



วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

Journal of Health and Nursing Education

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มิถุนายน) 2565

บทความวิจัย

- การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 โดยการเรียนรู้ร่วมกันของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์
- ประสบการณ์การเรียนรู้การพยาบาลผู้สูงอายุผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล
- ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง การพยาบาลมารดาและการรก
- การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของ คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด
- การรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย ในเขตสุขภาพที่ 10
- การพัฒนาและประสิทธิผลของนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ
- ปัจจัยทำนายและปัจจัยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลังเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ความรู้ ทักษะ และมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- ระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน
- การพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีภาระระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้ามาในจังหวัดตรัง

บทความวิชาการ

- การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์
- การดูแลมารดาหลังคลอดในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด -19
- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงตั้งแต่ในโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน
- การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีระบบการพยาบาล



E-ISSN-2730-2598

<http://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/index>

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

Journal of Health and Nursing Education

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
2. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพทางด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

177 ถ.ช้างเผือก ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวอุดมลักษณ์ กาญจนรังษิชัย
2. นางสาวอัจฉรินทร์ ณรงค์
3. นายอรรถสิทธิ์ สิกธิปุรุ
4. นายปิยะพุกฤษ์ พุกษชาติ
5. นางสาวบุญญาพร แสนยาใจ

กำหนดออกวารสาร ทุก 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ) มกราคม – มิถุนายน และ กรกฎาคม – ธันวาคม

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ประจำปี พ.ศ. 2565 – 2568

ที่ปรึกษาภายในสถาบันพระบรมราชชนก

1. ศ. ร.อ. พญ. วณิษา ชื่นกองแก้ว สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
2. อ. ดร. พรฤดี นิธิรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
3. อ. ดร. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี
4. อ. จงกลณี ดุ้ยเจริญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
5. อ. ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

บรรณาธิการ

อ.ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อ.ดร.สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

อ.พรรณทิพย์ ชัยขุนทด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายใน

1. อ.ดร. อติพร สำราญบัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
2. อ.ดร. จิรนุช สมโชค ไวท์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
3. อ.ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
4. อ.ดร. ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
5. อ.มโนไท วงษาหล้า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอก

1. รศ. ดร. รัชนี สุจิจันทร์รัตน์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
2. รศ. ดร. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
3. รศ. ดร. จันทรีทิรา เจียรณัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผศ. ดร. จิดาภา ผูกพันธ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
5. ผศ. ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
6. ผศ. ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
7. ผศ. ดร. หทัยชนก บัวเจริญ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
8. ผศ. ดร. สุภาพิษฐ์ มณีสาคร โพน โบร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผศ. จริยาพร ศรีสว่าง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. ผศ. ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
11. ผศ. ธวัชชัย เอกสันติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
12. อ. ดร. ปณิดา ครองยุทธ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี
13. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
14. อ. ดร. วิไลวรรณ ปะธิเก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์)
15. อ. ดร. สรินทิพย์ ทวีเดช มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
16. อ. ดร. สุดาพร สถิตยยุทธการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
17. อ. ดร.สุภาพร วรรณสันทัด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ
18. พว. ดร.เกษราภรณ์ เคนบุปผา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
19. พว. ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
20. พว. ดร. สีนศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
21. Mr. Kent Hamilton มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน) 2565 ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกหน่วยงานของผู้แต่ง เรื่องละ 2 – 3 ท่าน ดังนี้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. ผศ. จริยาพร ศรีสว่าง | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 2. รศ. ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 3. ผศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 4. ผศ. ดร. จิดาภา ผูกพันธ์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 5. พว. ดร. ชลียา วามะลุน | โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี |
| 6. ผศ. ธนวัฒน์ ธิติชนานนท์ | คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 7. พว. ปิยดา เกียง | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 8. รศ. ดร. ปิยะนุช ชูโต | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 9. พว. ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ | โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา |
| 10. ผศ. ดร. รัชนิกร อุปเสน | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 11. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล |
| 12. ผศ. ดร. วรรณวดี ฌัก | นักวิชาการอิสระ ข้าราชการเกษียณ กระทรวงสาธารณสุข |
| 13. ผศ. ดร. ศรัญญา จุฬาริ | สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี |
| 14. รศ. ดร. ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์ | ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข |
| 15. พว. ดร. สุเพียร โภคทิพย์ | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 16. ผศ. ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 17. พว. อังสนา ศิริวัฒนเมฆานนท์ | โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ |
| 18. ดร. เอกชัย ภูผาใจ | โรงพยาบาลยางตลาด |

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในสถาบันพระบรมราชชนก

1. อ. ดร. กนกภรณ์ อ่วมพราหมณ์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
2. อ. ดร. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
3. อ. ดร. จีรนุช สมโชค ไวก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
4. อ. ดร. จุฬารัตน์ ห้าวหาญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์
5. อ. ดร. ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี
6. อ. ดร. นุสรรา ประเสริฐศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
7. อ. ดร. บุญเตือน วัฒนกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี
8. อ. ดร. ปณิดา ครองยุทธ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินทร อุบลราชธานี
9. อ. ดร. พรฤดี นิธิรัตน์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
10. อ. ศิริพร ชูเดื่อจัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี
11. อ. ดร. สาดิ แฮมิลตัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
12. อ. ดร. อติพร สำราญบัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

-การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต
ชั้นปีที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์
อัสวเดช สละอวยพร, นฤมล จันทร์สุข, และมณี ดีประสิทธิ์

-ประสบการณ์การเรียนรู้การพยาบาลผู้สูงอายุผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล
สมจิตต์ เวียงเพิ่ม, ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก, และสุนิสา คำขึ้น

-ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง
การพยาบาลมารดาและทารก
พัชรินทร์ วิทคหาญ, นิสากร เขาวรัตน์, และรุ่งทิพย์ ไชโยยิ่งยงค์

-การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของ คลินิก หู คอ จมูก
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์
สุชานาฏ มุสิกรัตน์, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และศศิธร ลายเมฆ

-ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด
นิสากร เขาวรัตน์, ศรีนิษฐ มังคะมณี, และพัชรินทร์ วิทคหาญ

-การรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครองเด็ก
ที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในเขตสุขภาพที่ 10
วิมลพรรณ สังข์สกุล, และจรรยาศรี มีหนองหว้า

-การพัฒนาและประสิทธิผลของนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ
ยุพาวดี ขันทบปลั่ง, อนุญญา ถาวรรัตน์, อมลธิรา คชเวช, อิศรา จุนเดิน, อภิชัย พรรณรังษี,
อมิตา แก้วชนะ, โสภิตา เมฆจันทร์, สุธิมา แสงวงสุข, และไกรสร ปุ่นย่อง

-ปัจจัยทำนายและปัจจัยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตัลยกรรม:

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง

กัลยา ชาญเฉลิม, ศาสดี แฮมิลตัน, ลีต้า อาษาวิเศษ, บุญญพัฒน์ ไชยมล, และสมเกียรติยศ วรเดช

-ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

มณฑิรา ชาญณรงค์

-ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เพชร ทองเฝ้า, ดาราพร รักหน้าที่, กาญจนา ปัญญาธร, และวัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย

-ระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน

ศุภิสรา สุวรรณชาติ, และธิดารัตน์ นิมกระโทก

-การพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 เข้ามาในจังหวัดตรัง

จิราภรณ์ ชูวงศ์, และดวงใจ สวัสดิ์

บทความวิชาการ

-การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

สุภาวดี เนติเมธี, และสุนทร บุปผามาลา

-การดูแลมารดาหลังคลอดในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด -19

ณัชชา วรรณนิม, ปณิดา ปรีชากรกนกกุล, และวารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร

-บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงตั้งแต่ในโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน

กัญญาณัฐ เกิดชื่น, ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ, และชุตินา ปัญญาประดิษฐ์

-การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้

ทฤษฎีระบบการพยาบาล

จันทร์ทิรา เจียรณัย, อาทินุช เบญจระักษ์, กนกนาถ กิ่งสันเทียะ, และสุรางคณา พรหมมาศ

บทบรรณาธิการ

เรียน ท่านผู้อ่านและสมาชิกวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

วารสารฉบับนี้ เป็นปีที่ 28 ฉบับที่ 1 และเป็นอีกปีหนึ่งที่โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อยู่ร่วมกับเรา การระบาดของโรคก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจทั่วโลก บทความที่เกี่ยวข้องกับโรคนี้ทยอยได้รับการตีพิมพ์ครอบคลุมหลากหลายกลุ่มประชากร กองบรรณาธิการจึงได้เลือกเผยแพร่บทความวิชาการ เรื่อง การดูแลมารดาหลังคลอดในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด-19 และบทความวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้เป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาเกี่ยวกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อต่อไป

ปีนี้กองบรรณาธิการได้เลือกสาขาของวารสาร โดยสาขาหลักที่เลือกคือ สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Health science) ส่วนสาขาย่อย คือ วิชาชีพด้านสุขภาพ (Health profession) และการพยาบาล (Nursing) ในฉบับนี้จึงได้เลือกตีพิมพ์บทความให้สอดคล้องกับสาขาของวารสาร โดยบทความที่เกี่ยวกับวิชาชีพด้านสุขภาพ เป็น บทความวิจัย เรื่อง การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ส่วนบทความด้านการพยาบาล ได้แก่ บทความวิจัยเกี่ยวกับเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับ และสภาพผิวหนังที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตัลลยกรรม และการพัฒนาและประสิทธิผลของนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ รวมทั้งบทความวิชาการ เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล เป็นต้น กองบรรณาธิการหวังว่าบทความเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาความรู้ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพต่อไป

ในฉบับนี้วารสารมีบทบรรณาธิการพิเศษ 3 เรื่อง เริ่มจาก ดร.พรฤดี นิธิรัตน์ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ได้บอกเล่าความเป็นมา และที่จะเป็นไปของวารสาร ในเรื่อง *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล : พื้นที่ทางวิชาการของคนสายสุขภาพ* นอกจากนี้จากการที่ดิฉันในฐานะบรรณาธิการ และกองบรรณาธิการซึ่งทำงานร่วมกันมา 2 ปี มีความเห็นว่าจะเป็นการดีหากเราได้เผยแพร่หลักการเกี่ยวกับการเขียนบทความสำหรับผู้แต่งมือใหม่ ดิฉันจึงได้เขียน เรื่อง *การจัดการย่อหน้า* (The Paragraph Organization) และ Mr. Kent D. Hamilton ได้เขียนเทคนิคการเขียนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ เรื่อง *The Three Foundations of a Good Abstract: Content, Conciseness, and Simplicity* ซึ่งหวังว่าจะช่วยให้ผู้แต่งมือใหม่ได้เริ่มการเขียนบทความได้อย่างมั่นใจมากยิ่งขึ้น

อ.ดร.ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์

บรรณาธิการ

บทบรรณาธิการพิเศษ วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล : พื้นที่ทางวิชาการของคนสายสุขภาพ

พรฤดี นิธิรัตน์, Ph.D.^{1*}

เมื่อปี พ.ศ. 2536 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ได้ผลิตจุลสารครั้งแรกโดยใช้ชื่อว่า จุลสารวิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา เพื่อเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการของอาจารย์และบุคลากรทางสุขภาพ และเปลี่ยนเป็น วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2539 และเพื่อให้วารสารมีความเป็นสากลในยุคโลกไร้พรมแดน ในปี พ.ศ. 2563 จึงเปลี่ยนชื่อวารสารเป็น วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล ซึ่งเป็นวารสารที่เผยแพร่ออนไลน์ที่ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ได้โดยไม่มีค่าใช้จ่ายและไม่ต้องขออนุญาต (Open access)

ตามพระราชบัญญัติสถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562 สถาบันพระบรมราชชนกมีสถานะเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาตามกฎหมายว่าด้วยการศึกษาแห่งชาติ จึงเกิดคณะพยาบาลศาสตร์ที่มีวิทยาลัยพยาบาลในสังกัดทั้งสิ้น 30 แห่ง มีอาจารย์พยาบาลมากกว่า 1,500 คน ด้วยสถานะที่เปลี่ยนไป วิทยาลัยพยาบาลทุกแห่งมีการปรับตัวเพื่อให้พร้อมเป็นสถาบันการศึกษายพยาบาลในระดับแนวหน้า ด้วยการสนับสนุนให้อาจารย์มีความโดดเด่นทางวิชาการ ซึ่งถือเป็นกลยุทธ์ริเริ่มสำคัญ (Flagship) ของคณะพยาบาลศาสตร์ รวมถึงการยกระดับคุณภาพวารสารของสถาบันพระบรมราชชนก และวารสารของวิทยาลัยต่าง ๆ ในสังกัด จำนวน 30 ฉบับ ซึ่งเป็นวารสารวิชาการฉบับภาษาอังกฤษ 1 ฉบับ วิทยาลัยทุกแห่งใช้ศักยภาพสูงสุดในการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานของวารสาร เพื่อให้คงอยู่ในฐานข้อมูลดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thailand Citation Index) และก้าวไปสู่ฐานข้อมูลดัชนีการอ้างอิงวารสารในระดับนานาชาติต่อไป

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาลได้วางมาตรฐานการกลั่นกรองผลงานอย่างมีมาตรฐานและเป็นสากล เพื่อให้มั่นใจว่าผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์มีเนื้อหาสาระที่ถูกต้อง ทันสมัย สามารถสื่อสารไปยังผู้อ่านได้อย่างชัดเจนและน่าสนใจ การยื่นหยัดของวารสารในแวดวงวิชาการมานานกว่าสองทศวรรษจึงเป็นความภาคภูมิใจของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

¹ ผู้อำนวยการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: พรฤดี นิธิรัตน์, อีเมล: pornruedee@knc.ac.th

บทบรรณาธิการพิเศษ การจัดการย่อหน้า (Paragraph Organization)

ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, Ph.D.^{1*}

ย่อหน้า (Paragraph) คือ การเขียนกลุ่มประโยคเพื่ออธิบายใจความหลัก (Topic sentence หรือ Main idea) ที่ผู้แต่งต้องการนำเสนอ ความยาวของย่อหน้าขึ้นอยู่กับความสำคัญของใจความหลักจึงไม่มีข้อกำหนดอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามผู้แต่งควรคำนึงถึงการคงสมาธิของผู้อ่านด้วยเช่นกัน ย่อหน้าที่ยาวเกินไปอาจทำให้ผู้อ่านจับใจความได้ยาก เสียสมาธิได้ง่าย จนเกิดความเบื่อหน่ายและเลิกอ่านไปในที่สุด การจัดการย่อหน้าที่ถูกต้องในการเขียนบทความช่วยให้ผู้อ่านสามารถจับใจความได้อย่างรวดเร็วและคงสมาธิอยู่ในเรื่องที่อ่านได้นานขึ้น ในบทความนี้จะนำเสนอแนวทางการจัดการ สำหรับการเขียน 1 ย่อหน้า เพื่อเป็นแนวทางในการเขียนบทความสำหรับผู้แต่ง ลองพิจารณาตัวอย่างย่อหน้าดังต่อไปนี้ว่าอ่านเข้าใจง่ายหรือไม่

ตัวอย่าง ย่อหน้าที่ 1

การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ต่อสุขภาพจิต เช่น ความวิตกกังวล และความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะ GDM ในประเทศไทย พบมีการศึกษาของ Phalasri, Phahuwatanakorn, and Ratinthorn (2015) ซึ่งพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM ครั้งแรกจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย (Uncertainty) สูง หญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีการเหนื่อยล้าสูงขึ้นด้วย (Voravong, Kantaruksa, & Sansiriphun, 2014) หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยสูงจะมีความเครียดสูงขึ้น และจะเลือกวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused coping) ลดลง (Kritsanasuwan, Khanobdee, & Phumonsaku, 2018) แต่จะเลือกวิธีเผชิญความเครียดแบบหลีกเลี่ยง (Avoidance) มากขึ้น (Wunchooserm, Chareonsanti, & Sriarporn, 2019) ในทางตรงข้ามหากหญิงตั้งครรภ์มีความเข้มแข็งอดทน (Hardiness) สูง จะเลือกการเผชิญความเครียดแบบวางแผนเตรียมการ (Planning preparation) และการจัดการกับอารมณ์ (Spiritual-positive) มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าหากการตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลงด้วยการผ่าตัดหรือกรณีน้ำหนักรับเพิ่มมากกว่าปกติ หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้นด้วย (Nicklas et al., 2013) (ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, และกรศศิริ ชิดดี, 2563, น. 365)

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์, สถาบันพระบรมราชชนก, กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, อีเมล: prangthip@knc.ac.th

ความยาวของย่อหน้าโดยทั่วไปอาจกำหนดเป็นจำนวนประโยค หรือจำนวนบรรทัด เช่น 5-10 ประโยค หรือ 8-12 บรรทัด เป็นต้น และใน 1 ย่อหน้าประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ใจความหลัก (Topic sentence หรือ Main idea) ที่บอกให้ผู้อ่านทราบถึงสาระสำคัญที่จะกล่าวถึงในย่อหน้านี้ โดยทั่วไปจะเขียนเพียง 1 ความคิดหลักเท่านั้น ส่วนที่สอง คือ ข้อมูลสนับสนุน (Supporting detail) ซึ่งเป็นการขยายความใจความหลักให้มีความชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้น ข้อมูลสนับสนุนอาจได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมจากประสบการณ์ผู้แต่ง หรือเป็นการยกตัวอย่างเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้น เป็นต้น ส่วนสุดท้าย คือ ส่วนสรุป (Concluding sentence) ซึ่งเป็นการสรุปใจความหลักที่ได้นำเสนอไปแล้วอีกครั้ง ใจความหลักและส่วนสรุปเป็นคำกล่าว (Statement) ของนักวิจัยเองจึงไม่ต้องการอ้างอิง

เมื่อพิจารณาตัวอย่างย่อหน้าที่ 1 จะเห็นว่ามีความยาว 13 บรรทัด ซึ่งถือว่ายังอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่ยาวเกินไป แต่เมื่อพิจารณาองค์ประกอบของย่อหน้าพบว่าขาดส่วนที่เป็นการสรุปย่อหน้า สังเกตได้จากการที่ประโยคจบลงด้วยการอ้างอิงรายการ (Nicklas et al., 2013) แทนที่จะเป็นการสรุปของผู้แต่ง การปรับปรุงย่อหน้านี้สามารถทำได้โดยการเขียนส่วนใจความหลัก (อักษรสีม่วง) ให้ชัดเจนขึ้น และเพิ่มส่วนสรุปของย่อหน้าประมาณ 1-2 ประโยค ซึ่งจะส่งผลให้ย่อหน้าี้นี้ยาว 15 บรรทัด จึงควรลดความยาวของข้อมูลสนับสนุน (อักษรสีน้ำเงิน) ลง ย่อหน้าที่ปรับปรุงแล้วจึงอาจเป็นดังนี้

ตัวอย่าง ย่อหน้าที่ 1 (เรียบเรียงใหม่)

ภาวะ GDM มีความสัมพันธ์กับสุขภาพกายและสุขภาพจิตของหญิงตั้งครรภ์ โดย Phalasri, Phahuwatanakorn, and Ratinthorn (2015) พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM ครั้งแรกจะมีความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State anxiety) และความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วย (Uncertainty) สูง ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่มีความวิตกกังวลสูงจะมีอาการเหนื่อยล้าสูงขึ้นด้วย (Voravong, Kantaruksa, & Sansiriphun, 2014) ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้สึกไม่แน่นอนต่อความเจ็บป่วยสูงจะมีความเครียดสูงขึ้น (Kritsanasuwan, Khanobdee, & Phumonsaku, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่า หากการตั้งครรภ์นั้นสิ้นสุดลงด้วยการผ่าตัดหรือกรณีน้ำหนักเพิ่มมากกว่าปกติ หญิงตั้งครรภ์มีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดเพิ่มขึ้นด้วย (Nicklas et al., 2013) จะเห็นได้ว่าการเกิดภาวะ GDM สัมพันธ์กับการมีร่างกายเหนื่อยล้าและมีสุขภาพจิตที่ไม่ดี คือ มีความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และภาวะซึมเศร้า

ย่อหน้าที่ปรับปรุงใหม่นี้มีประมาณ 9 บรรทัด ซึ่งเป็นความยาวที่เหมาะสม ใจความหลักมีความชัดเจนขึ้นว่าจะนำเสนอ ความสัมพันธ์ของ GDM กับสุขภาพกายและสุขภาพจิต เท่านั้น ดังนั้นข้อมูลสนับสนุนเดิมที่เกี่ยวกับวิธีการเผชิญความเครียดจึงถูกตัดออกไปเพราะไม่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่นำเสนอ และในส่วนสรุป (อักษรสีเขียว) ที่เพิ่มมานั้น ได้เลือกใช้คำว่า ร่างกายเหนื่อยล้าแทน อาการเหนื่อยล้าเพื่อเชื่อมโยงกับคำว่า สุขภาพกาย ที่อยู่ในใจความหลัก และยังคงคำว่า สุขภาพจิต ไว้เหมือนเดิม แต่เพิ่มเติมข้อความที่แสดงทิศทางของสุขภาพจิตที่เป็นลบหรือ ไม่ดี ซึ่งเป็นคำที่มีความเป็นปรณัยต่ำ ไม่ชัดเจน และ

อาจตีความไปได้หลายทาง จึงใช้ตัวแปรจากผลการวิจัยที่ได้ทบทวนไว้ในส่วนข้อมูลสนับสนุนมาเป็นตัวอย่างประกอบเพื่อให้มีความชัดเจนว่า คำว่า สุขภาพจิตไม่ดี คือ มีความเครียด ความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และภาวะซึมเศร้า

การเรียบเรียงเนื้อหาใหม่จากย่อหน้าเดิมที่เขียนไว้แล้วอาจไม่ยากนัก แต่การเขียนย่อหน้าจากวรรณกรรมหลาย ๆ เรื่องที่สรุปมานั้นเป็นเรื่องที่ท้าทายและใช้เวลา บ่อยครั้งอาจเห็นการเขียนด้วยการนำสรุปผลการวิจัยมาเขียนเรียงต่อ ๆ กันไปซึ่งมักเรียกกันเล่น ๆ ว่า การเขียนแบบ *ขนมชั้น* จึงทำให้มีการใช้พื้นที่มากแต่ได้ใจความน้อย และการสื่อสารใจความหลักไปยังผู้อ่านไม่ชัดเจน หากย่อหน้าดังกล่าวอยู่ในบทนำของบทความวิจัยจะทำให้ผู้อ่านไม่เห็นความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาจนส่งผลให้การประเมินคุณค่างานวิจัยลดลง หากจะต้องเขียน 1 ย่อหน้าโดยไม่บังคับหัวข้อ แต่ให้ใช้ข้อมูลสนับสนุนจากสรุปผลการวิจัย 3 เรื่อง ต่อไปนี้ ท่านจะกำหนดใจความหลักและสรุปย่อหน้าว่าอย่างไร

สรุปผลการศึกษาที่ 1

เพชร ทองเฝ้า, ดาราพร รักหน้าที่, กาญจนา ปัญญาธร, และวัลภา ศรีบุญพิมพ์สวຍ (2565) ศึกษาและหาความสัมพันธ์ของความรู้ **ทัศนคติ** และการมีส่วนร่วมของ อสม. **ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่** ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.86) มีทัศนคติระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.57$) ซึ่งแสดงถึงการมีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นด้านบวก และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับมาก ($M = 3.82$, $SD = 0.74$) และพบว่าความรู้เกี่ยวกับทัศนคติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r(286) = .47$, $p < .01$)

สรุปผลการศึกษาที่ 2

วรัญญา จิตบรรทัด, ธมลวรรณ แกวกระจก, และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธร (2560) ศึกษาความรู้ความเข้าใจ **ทัศนคติ** ตลอดจน**ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ**ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับจาก อสม. พบว่า อสม. ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก ($M = 17.15$, $SD = 3.692$) มีทัศนคติอยู่ในระดับมาก ($M = 4.033$, $SD = 0.613$) มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก ($M = 3.51$, $SD = 1.182$) ระดับความพึงพอใจต่อการดูแลของ อสม. ของผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 6.47$, $SD = 1.532$) และอยู่ในระดับมากในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ($M = 7.2$, $SD = 1.247$)

สรุปผลการศึกษาที่ 3

สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ชะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, และสุจิน มอญเข้มช้อย (2564) ศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานด้านการ**ส่งเสริมสุขภาพจิต**และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. ความรู้ที่ให้ประชาชน และอาชีพสามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติงานของ อสม. ด้านการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ร้อยละ 13.1 ($R^2 = 0.131$, $p < .01$)

ตัวอย่างย่อหน้าที่ 2

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพบุคคลทุกช่วงวัยแบบองค์รวมด้วยทัศนคติที่ดี เริ่มตั้งแต่ด้านอนามัยแม่และเด็กในการศึกษาทัศนคติของอสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพชรา ทองเผ้า, คาราพร รักหน้าที่, กาญจนา ปัญญาธร, และวัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย (2565) พบว่า อสม. มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับมากแม้จะมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น ส่วนวรัญญา วรัญญา จิตรบรรทัด, ชมลวรรณ แก้วกระจก, และพิมพ์วรรณ เรื่องพุทธ (2560) ศึกษาทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของ อสม. พบว่า อสม. มีทัศนคติอยู่ในระดับมากและผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลของ อสม. อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ผลการปฏิบัติงานในด้านต่าง ๆ ของ อสม. ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยอีกหลายประการ เช่น การศึกษาของ สุพัตรา จันทร์สุวรรณ, สุนทรี ขะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, และสุจิน มอญแจ่มซ้อย (2564) พบว่าปัจจัยทำนุผลการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของ อสม. ได้แก่ ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเป็น อสม. ความรู้ที่ให้ประชาชน และอาชีพ จะเห็นได้ว่า อสม. มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลตั้งแต่ทารกแรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ โดยดูแลทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต ด้วยทัศนคติที่ดีต่องานที่อยู่ในความรับผิดชอบ

เนื่องจากโจทย์ไม่ได้กำหนดหัวข้อในการเขียน ผู้เขียนจึงได้เลือกเป้าหมายการศึกษาของการวิจัยทั้ง 3 เรื่องมาเป็นแนวทางในการกำหนดใจความหลัก คือ การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะเห็นว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับบทบาทด้านสุขภาพกาย (การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการดูแลผู้สูงอายุ) และสุขภาพจิต จึงเลือกใช้คำว่า *องค์รวม* ในใจความหลัก และเห็นว่ามีการดูแลตั้งแต่แรกเกิด (การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) ไปจนถึงผู้สูงอายุ จึงเลือกใช้คำว่า *ทุกช่วงวัย* และในงานวิจัย 2 เรื่อง เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ *ทัศนคติ* ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับมาก (ทัศนคติมีแนวโน้มไปด้านบวกหรือด้านดี) จึงเขียนใจความหลักว่า *อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชนทุกช่วงวัยแบบองค์รวมด้วยทัศนคติที่ดี* ส่วนข้อมูลสนับสนุนนั้นเนื้อหาจากเรื่องที่ 1 และ 2 จะตรงกับใจความหลักมากที่สุด เรื่องที่ 3 อาจไม่ตรงมากนัก ควรทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับทัศนคติของ อสม. ต่อการทำงานด้านต่าง ๆ ในบุคคลวัยอื่น ๆ เพิ่มเติม ในส่วนสรุปนั้นได้เลือกใช้คำว่า *แรกเกิดไปจนถึงผู้สูงอายุ* แทนคำว่า *ทุกช่วงวัย* และคำว่า *ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต* แทนคำว่า *แบบองค์รวม* เพื่อให้มีความชัดเจนมากกว่าตอนที่กล่าวไว้ในใจความหลัก ส่วนคำว่า *ทัศนคติที่ดี* ใช้คำเดิม เนื่องจากเป็นคำที่สื่อความหมายได้ดีแล้ว

การมีทักษะการเขียน 1 ย่อหน้าอย่างถูกต้องจะทำให้การเขียนแบบหลายย่อหน้าง่ายขึ้นมาก ในบทความที่เขียนประกอบด้วยหลายย่อหน้า ผู้แต่งมือใหม่อาจเริ่มด้วยการเขียนทีละย่อหน้า แล้วจึงนำมาร้อยต่อกันอย่างต่อเนื่องและเป็นเหตุเป็นผล ในฐานะของบรรณาธิการที่อ่านบทนามาตั้งแต่ร่าง (Draft) แรก ๆ ของแต่ละบทความ พบว่าหากผู้แต่งทบทวนวรรณกรรมมาอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับเรื่องที่ทำ

ศึกษา มีอ้างอิงอย่างครบถ้วน ตัดแบ่งย่อหน้าอย่างเหมาะสม และมีใจความหลักที่ชัดเจน บรรณาธิการจะสามารถช่วยปรับเนื้อหาให้เข้ากับโครงสร้างของย่อหน้าเพื่อให้เห็นใจความหลักและส่วนสรุปซึ่งเป็นคำกล่าวของนักวิจัยได้ง่ายขึ้นแม้ว่าวรรณกรรมที่เสนอมานั้นจะอยู่ในรูป *ขนมชั้น* ก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

- ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, และกรศศิริ ชิดดี. (2563). แนวทางการให้ความรู้ก่อนการถือศีลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(3), 361-375.
- เพชรทองเฝ้า, คาราวร รักหน้าที่, กาญจนา ปัญญาธร, และวัลภา ศรีบุญพิมพ์สว. (2565). ความรู้ทัศนคติและการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), e257524, 1-15. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/257524/175946>
- วรัญญา จิตรบรรทัด, ชมลวรรณ แกวกระจก, และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. (2560). ความรู้ความเข้าใจ ทัศนคติและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*, 23(1), 5-16.
- สุพัตรา จันทรสุวรรณ, สุนทรี ขะชาตย์, ปวีดา โพธิ์ทอง, เสาวลักษณ์ ศรีโพธิ์, และสุจิน มอญเข้มซ้อย. (2564). ปัจจัยทำนายการปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 27(2), 112-122.

Special Editorial

The Three Foundations of a Good Abstract: Content, Conciseness, and Simplicity

Kent D. Hamilton, BS, MA Ed, JD¹

The abstracts we write for our articles are a bit different than most other types of writing we do. Although they are the first thing a reader sees when they look at our articles, they are generally the last thing we write, and, in my opinion, they can be the most difficult part of a manuscript to write. Additionally, each one is unique, related only to that paper, its contents, what the reader needs to know about the article to decide if it is relevant, and the author(s) styles. Even experienced writers who are native English speakers (NES) often find it difficult to write article abstracts well. In the next few pages, I will discuss what I see as the three foundations, content, conciseness, and simplicity, that a good abstract is built upon. However, let's take a look at why abstracts are important and why writing them is so troublesome to begin with.

Why is having a good abstract important?

Simply put, you must have a good abstract because that is often the only part of your article that gets read, especially by researchers and students looking for articles related to a specific topic. If your abstract is poorly written, does not contain key words or concepts, or cannot communicate your articles' concepts and content to the reader clearly, they will simply move on to the next article on the list. More than once, I have almost passed over an article because of a poorly written abstract, but something "told" me to go ahead and read it, and I ended up finding really good, relevant, usable information in the article.

When researchers and students do literature searches on modern day electronic databases, their search for articles on a topic will turn up a huge number of possible matches, hundreds, even thousands, depending on the popularity of the topic. The results of the search generally contain the basic information about the article, such as the title, the author(s), where and when it was published and the abstract. There is often no way for them to read each and every one of the articles, so, they only read the abstracts looking for key terms or concepts related to their topic of interest. If the terms or concepts they are looking for are not included in the abstract, they quickly move on to the next one.

¹ Lecturer, Faculty of Liberal Arts, Ubon Ratchathani University

Another issue related to this is that many articles are on “pay to play” sites that only allow free access to the article abstracts. In other words, they are published by journals or on sites where you must either have a subscription to that journal / site, or pay a per article fee for access to the whole article. Unless the person performing the search has access to the journal or website through a personal or school subscription, the cost of downloading multiple articles can be a problem. So, if they abstract does not clearly indicate that what they are looking for is contained in the article, they will move along to the next article.

Additionally, how the abstract is written, including its organization, grammar, wording, and flow, effect the readers’ perception of the authors and the potential quality of their research. An abstract that is filled with grammatical errors, things that are poorly or confusingly worded, moves randomly from topic to topic, will similarly be dismissed the researcher or student will likely quickly move on to the next article on the printout. Ultimately, having a well written abstract is important for your article to get noticed, read, and, hopefully, cited in other works. For this to happen it must contain the correct content that is presented in a concise, comprehensible manner that will grab the attention of readers doing a literature search.

So, why is it so hard to write an abstract?

Well, there are several factors that play a part in this. Many of the toughest ones to deal with are related to the very limited number of words we are allowed to use. This means we have to carefully consider what content we must include, versus what we want to include, and how to be as concise as possible with how we communicate it. This also means we have to decide what we will leave out of the abstract, which is often far more difficult to decide.

We, as authors, tend to be proud of our research and writing and want to share it with the world. We know the content and value of our research and writing more intimately than anyone else. However, most journals limit the number of words, which is where our problems begin. Although the actual number varies, most journals limit abstracts to around 250 or 300 words. I have seen limits as low as 150 words in some journals and for some conference guides. Conveying the meaning and content of a research article in 300 words or less is extremely difficult. Often, authors have a difficult time keeping the article under 6000, or even 7000 words. In the abstract, authors are asked to convey essence of everything on that article in about 5% of the space.

Doing this is hard enough for an NES. If an author is a non-native English speaker (NNES), the difficulty is amplified. In addition to facing all of the obstacles that NESs face, NNESs have additional

issues they must contend with. While understanding the denotative (dictionary) meanings of words is relatively easy, understanding their connotative meanings, which are more related to cultural and circumstantial issues, have a huge influence on how NESs choose to express an idea or concept and are far more difficult for many NNEs to grasp. This often leads to messages being expressed in a manner that communicating a slightly, or even very, different message than was intended. Similar issues arise from the syntax (the order words and phrases are placed within a sentence) used when an author's native language, or first language (L1) uses different conventions than English. This frequently makes things vague, or difficult for readers to follow.

The Three Foundations: Content, Conciseness, and Simplicity

These three concepts are so entwined and tightly woven together, it is impossible to discuss them separately. So, I am not going to try to do that. Instead, we will discuss them in all their messy glory since that is how we will have to deal with them when we are writing.

The **content** in an abstract can be broken down into two categories: mandatory and optional content. **Mandatory content** includes the things that must be included in an abstract, such as the style of a study, its underpinning approaches and theories, the topic of interest, the study population, the study site (location), and the outcomes of the research and their importance. **Optional content** is anything else we want to include to provide the reader with a deeper, broader, or more meaningful understanding of the contents of the article. In order to include all the mandatory content and as much of the optional content that we can, we have to be very concise with how we communicate it to the reader. In other words, we have to use the minimum number of words to clearly and accurately communicate our message.

Mandatory content generally takes the majority of the wordcount we have available for the abstract and follows the same progression as our article. This means we generally start out by telling the reader what our research is about, why it is important, the outcomes, and, finally, our findings and why/how they are important to the field. Other things that are frequently included are the style of study, the theoretical underpinnings (if any) to our methods, and the data collection and analysis methods, especially when it is a mixed-methods, qualitative, quantitative study. Other types of studies, like case studies, retrospectives, or literature reviews, often omit this, but it really should always be included if there is sufficient word count. This really leaves precious little room for much of anything else.

Because there is so much of it, how we communicate the mandatory content has to be done very efficiently and we have to be very economical with our words. Which is simply another way of saying we have to be very concise with how we express them. This means we eliminate any excessive

wordiness, or at least as much as possible, without having a negative effect on how clearly our message is communicated to the reader. If we can communicate a message clearly and correctly with only two or three words instead of using five or six, then we should use the shorter wording.

Abstract 1

All hospitals recognize the importance of high alert drug (HAD) administration practice guidelines for medication safety. Nurses play an important role in the administration of these drugs, particularly with regard to administering the drugs, monitoring and recording the effects of the treatments, and monitoring for adverse reactions when these medications are administered incorrectly. This article aims to present the nurse's role in ensuring patient safety during HAD administration. The contents address the following 4 topics: 1) the definition of HAD; 2) the process of HAD administration; 3) the nurse's role in HAD administration; and 4) nursing care plans for patients receiving HAD treatments. This article benefits healthcare facilities by providing guidance to develop and improve their HAD administration systems for ensuring the safety of both their clients and healthcare personnel. (Doommai, Chiaranai, & Hamilton, 2021, p. 228)

One way to help keep the content and how we communicate it clear and concise is to keep things simple. **Simplicity** is a great concept as it helps us avoid unnecessary clutter and keep things clear and easy to understand. We all like using those big words we spent years in school and at work learning. They sound impressive and, if the other person understands them, they can convey a great deal of information. However, are they the best, most concise and simple, way to communicate something? The answer is maybe, or maybe not. Look at **Abstract 1**, above. Notice how it flows and how everything is stated very concisely, but it is clear and fully communicates all the important information about the article. Although the authors chose not to expressly state that this was a literature review, the abstract is still very strong, providing the reader with all the information needed to determine if the article is interesting or relevant to them. Everything needed for a reader to understand what they will find in the article is included in clear, simple, easy to understand language. Another good thing is the authors used an acronym to save word count.

In research writing we cannot assume that our readers know specialized terms or words with a special meaning in a specific field of endeavor (jargon), thus, we need to define them when we use them. We can do that in a parenthetical, like I just used to define jargon, or in another sentence. Once we have defined the term, we can use it freely and don't have to worry with defining it repeatedly. In the body of the article, doing that is not much of a problem, but, in a 300-word abstract, it uses up valuable

wordcount. However, sometimes it is better to use a little of your valuable wordcount to save more words later on, this is where acronyms come in to the picture. In **Abstract 1**, the authors are presenting information about “high alert drugs” (drugs that can be dangerous to a patient) and need to use this term several times in the abstract. The first time they use the phrase, they define an acronym, a word that is made up of letters from other words and is used to replace them in a text, in this case HAD for “High Alert Drugs”. After that, they simply use the acronym, saving them a dozen words that they could use for other things, if needed.

Abstract 2

Critically-ill surgical patients are at risk for developing pressure injuries. This retrospective, case-control design study was aimed to explore predictive and protective factors associated with the occurrence of pressure injuries among critically-ill surgical patients. The data of 285 critically-ill surgical patients were collected between 2015 and 2020 in a hospital in Ubon Ratchathani Province, Thailand. They were purposively recruited based on having ($n = 95$), or not having ($n = 190$), a pressure injury. The data were collected using the Factors Related to the Occurrence of Pressure Injury Record Form. The instrument’s content validity was approved by three clinical experts and its content validity index was 1.0. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regressions. Results showed that most of the participants were male (61.8%) with an average age of 65.83 years ($SD = 14.53$). The predictive factor of developing a pressure injury was body mass indexes (BMI). Those who were overweight or obesity were at 1.37 times ($OR = 1.37$, 95 % CI [1.06, 1.77]) greater risk for developing a pressure injury than those who had a normal BMI. It also revealed that moisture ($OR = 0.51$, 95 % CI [0.27, 0.98]), mobility ($OR = 0.11$, 95 % CI [0.04, 0.25]), and friction or shearing ($OR = 0.42$, 95 % CI [0.19, 0.91]) were protective factors preventing pressure injuries. When the score for any one of these three factors increases 1 point, the potential to develop a pressure injury is likely to decrease. Therefore, care for critically-ill surgical patients with overweight or obesity, decreasing level of consciousness, immobilization, and having moist skin or poor skin sensation should be more focus. (Chanchalerm, Hamilton, Arsaviset, Chaimay, & Woradet, 2022, p.2)

Abstract 2, above, is much longer because there is much more information that must be included. In this abstract, they had to present the study population information, a specialized research instrument and its characteristics, the types of statistics used, and the outcomes of the analysis, in addition to the information needed in **Abstract 1**. However, the flow, clarity, and use of clear, concise, simple language

to communicate the information (content) is quite similar. That is the key to a good abstract. It gives the reader what they need in terms of information to allow them to determine if the article is relevant to them and make them interested in reading it. It does it presenting the content in a clear, concise manner using a simple structure, and language that are easy to follow and understand.

To improve your abstract writing, pay attention to the abstracts you read when you are doing literature reviews or thumbing through the latest edition of the *Journal of Health and Nursing Education*, or any other journal, and notice the features that make them interesting and able to communicate clearly. You will notice that they will have these three things in common: the content is presented in an orderly and concise manner, in simple, easy to understand language. That is the secret of writing good abstracts. Good luck and good writing!

References

- Doommai, N., Chiaranai, C., & Hamilton, S. (2021). Nurse's role in high alert drug administration. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(2), 227-240. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/253664/173899>
- Chanchalerm, K., Hamilton, S., Arsaviset, L., Chaimay, B., & Woradet, S. (2022). Predictive and protective factors related to the occurrence of pressure injuries among critically-ill surgery patients: A retrospective, case-control study. *Journal of Health and Nursing Education*, 28(1), e257879, 1-16. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/257879/176190>

การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 โดยการใช้มีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์

อัสวเดช สละอวยพร, วท.ม.^{1*}

นฤมล จันทรัฐสุข, ค.ศ.¹

มณี ศีประสิทธิ์, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 21 มีนาคม 2565; วันที่แก้ไข: 15 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 28 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

ปัญหาคุณธรรมจริยธรรมในสังคมมีแนวโน้มสูงขึ้น การขาดคุณธรรมจริยธรรมทั้งในส่วนบุคคลและในวิชาชีพอาจมีผลร้ายต่อตนเอง สังคม และวงการวิชาชีพ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ปกครองของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จำนวน 36 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการใช้มีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ประกอบด้วยการทำกิจกรรม 8 ครั้ง ครั้งละ 30 นาที เป็นระยะเวลาต่อเนื่องกัน 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เชิงพรรณนา และการทดสอบค่าทีแบบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 หลังการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ($M = 103.60, SD = .81$) สูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ($M = 58.73, SD = .96$), $t(35) = 13.47$, $p < .05$, $d = 0.52$ ข้อเสนอแนะ ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี เพื่อเป็นการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: คุณธรรมจริยธรรม, นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต, การมีส่วนร่วมของผู้ปกครอง, แอปพลิเคชันไลน์

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชัยนาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: อัสวเดช สละอวยพร, อีเมล: atsawadej11@hotmail.com

The Development of Desired Moral and Ethical Characteristics among Second-Year Nursing Students Through Parental Engagement Using the Line Application Program

Atsawadej Salaauporn, M.Sc.^{1*}

Naruemon Jansook, Ph.D.¹

Manee Deprasit, M.N.S.¹

(Received: March 21th, 2022; Revised: June 15th, 2022; Accepted: June 28th, 2022)

Abstract

Moral and ethical problems in society tend to be increasing. Lack of morals and ethics, both personally and professionally, can have detrimental effects on one's self, society, and the profession. This quasi-experimental research's objective was to compare the desired moral and ethical characteristics of second-year nursing students before and after engaging with their parents using the Line application program. The research participants were 36 parents of second-year students in a Bachelor of Science in Nursing program. The intervention instrument was the Program to Develop the Desired Moral and Ethical Characteristics among Nursing Students Through Parental Engagement Using the Line Application Program. The program consisted of eight activities which lasted 30 minutes each and were delivered once a week for eight consecutive weeks. Data were collected online using the Desired Moral and Ethical Characteristics of Nursing Students Questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-tests. The results showed that the overall mean scores for the desired moral and ethical characteristics of the students after engaging parents in the program ($M = 103.60$, $SD = .81$) were significantly higher than before ($M = 58.73$, $SD = .96$), $t(35) = 13.47$, $p < .05$, $d = 0.52$. The research suggests that this program should be utilized with nursing students in every year of study to continually develop their desirable moral and ethical characteristics.

Keywords: moral and ethical, nursing student, parent engagement, Line application program

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Chainat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Atsawadej Salaauporn, Email: atsawadej11@hotmail.com

บทนำ

สังคมไทยเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทุกด้านโดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีการสื่อสารที่รวดเร็วจึงเกิดปัญหาสังคมตามมาทำให้โครงสร้างสังคมไทยอ่อนแอ วัฒนธรรมไทยที่เป็นเอกลักษณ์ถูกละเลยและปฏิเสธจากเด็กและเยาวชนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนเสี่ยงต่อการทำผิดกฎหมายและศีลธรรมอันดีงาม ค่านิยมที่ไม่พึงประสงค์ ขาดคุณธรรมจริยธรรมความรับผิดชอบ ความขยันหมั่นเพียร การเอาใจใส่ และการละเลยในการปลูกฝังเรื่องคุณธรรมจริยธรรม ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพคนให้มีจิตสำนึกของความเป็นมนุษย์ที่มีคุณธรรมและเป็นคนดีของสังคม (ศูนย์คุณธรรม (องค์กรมมหาชน), 2560) การพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมให้กับเด็กและเยาวชนจึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการเป็นพลเมืองที่ดีของประเทศชาติ

ปัญหาคุณธรรมจริยธรรมในสังคมมีแนวโน้มสูงขึ้น เยาวชนส่วนใหญ่มองไม่เห็นความสำคัญของคุณธรรมจริยธรรม ไม่ยึดมั่นในคุณธรรม ไม่ประพฤติปฏิบัติตามหลักจริยธรรม (นารี น้อยจินดา, 2556) การขาดคุณธรรมจริยธรรมทั้งในส่วนบุคคลและในวิชาชีพ อาจมีผลร้ายต่อตนเอง สังคม และวงการวิชาชีพในอนาคต (พระมหาอนันต์ อังกุรสิริ, 2561) การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมในสังคมไทยและต่างประเทศจำแนกได้เป็น 2 ประเด็น คือ การปลูกฝังในหลักสูตรการศึกษา และการปลูกฝังโดยสถาบันครอบครัว (พรพิทักษ์ เข็มบาตย์และวรรณพล พิมพะสาตี, 2563) สำหรับประเทศไทย การปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมที่มีความจำเป็นมากที่สุดจากผู้มีหน้าที่หลักคือ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ญาติผู้ใหญ่ และสถาบันการศึกษา ได้แก่ ความซื่อสัตย์สุจริต ความสามัคคีปรองดอง การอยู่ร่วมกันอย่างสันติ ความจงรักภักดีต่อชาติ ศาสนา และพระมหากษัตริย์ ความเคารพสิทธิมนุษยชน ความเสียสละ และมีระเบียบวินัย (สายจิตรา นิสาย, มัลลิกาการกสิวิธิ, และนารท ศรีสะโพธิ์, 2563) สถานศึกษาควรสร้างกระบวนการให้ผู้ปกครองมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการปลูกฝังส่งเสริมคุณธรรมของผู้เรียนในปกครองได้อย่างเหมาะสม สามารถพัฒนาคุณธรรมของตนได้อย่างเป็นระบบ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2551) สถาบันการศึกษาและสถาบันครอบครัวจึงต้องรับผิดชอบและร่วมมือกันหล่อหลอม ส่งเสริม ปลูกฝังและพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมให้กับผู้เรียนเพื่อสร้างคนดี

ศตวรรษที่ 21 สังคมต้องการผู้ที่มีคุณธรรมจริยธรรมเพื่อนำพาสังคมโลกให้ยั่งยืน สถาบันอุดมศึกษาเป็นแหล่งผลิตบัณฑิตเข้าสู่สังคม มีหน้าที่โดยตรงในการจัดการเรียนรู้ด้านคุณธรรมจริยธรรมโดยสอดแทรกกิจกรรมหรือโครงการและจัดให้มีวิชาเกี่ยวกับคุณธรรมจริยธรรมเฉพาะสาขาวิชาเป้าหมายเพื่อจะได้บัณฑิตที่มีคุณธรรมจริยธรรมเข้าสู่สังคม แต่อย่างไรก็ตามไม่สามารถหาตัวชี้วัดที่แน่นอนด้านคุณธรรมจริยธรรมได้ ทำให้สถาบันอุดมศึกษาสนใจศึกษาตัวชี้วัดคุณธรรมจริยธรรมที่ได้เรียนรู้ในสถาบันการศึกษา (เบญญพร มหาพิรุณ, เรณู จันทะวงศา, และสุริยะ พุ่มเฉลิม, 2560) สถาบันพระบรมราชชนกเป็นสถาบันอุดมศึกษาเฉพาะทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ผลิตและพัฒนาบุคลากรตามความต้องการของกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่ผลิตบัณฑิตและพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับแนวนโยบายแห่งรัฐเพื่อให้มีความรู้ความสามารถทางวิชาการและทักษะในวิชาชีพ มีคุณธรรม จริยธรรม มีความสำคัญต่อสังคม และมีศักยภาพในการเรียนรู้ด้วยตนเอง (สถาบันพระบรมราชชนก, 2562) สถาบันการศึกษาต้องผลิตบัณฑิตที่มีความรู้คู่คุณธรรมให้กับวิชาชีพ สังคม และประเทศชาติในอนาคต

ปัญหาด้านคุณธรรมจริยธรรมส่งผลกระทบต่อนักศึกษาพยาบาลซึ่งเป็นเยาวชนกลุ่มหนึ่งในสังคม พบการกระทำผิดต่อกฎระเบียบและการประพฤติตนไม่เหมาะสมมีมากกว่าในอดีต วิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ถูกคาดหวังในเรื่องจริยธรรมเนื่องจากพยาบาลต้องปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับคนโดยตรง ต้องมีความเมตตา ความอ่อนโยน ความเอื้ออาทร และตระหนักในคุณค่าความเป็นมนุษย์ พยาบาลที่ดีนอกจากจะมีความรู้ในศาสตร์สาขาต่าง ๆ แล้ว ยังถูกคาดหวังต้องเป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรมสูงจึงจะสามารถควบคุมการปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพตามความมุ่งหวังของผู้รับบริการ (วิริยาภรณ์ แสนสมรส, วิจารณ์ ยมดิษฐ์, นิสากร เขวรัตน์, อมรัตน์ สว่างเกตุ, และนพวรรณ ดวงจันทร์, 2560) การที่พยาบาลแต่ละคนจะสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่ด้วยความมีคุณธรรมจะต้องได้รับการปลูกฝังและพัฒนาบุคลิกทางจริยธรรมตั้งแต่เป็นนักศึกษา (วิทณีน นาคศรีสังข์, สุพัตรา ไตรอุดมศรี, และตรีตราภรณ์ สร้อยสังวาลย์, 2560) ดังนั้นคุณธรรมจริยธรรมจึงเป็นหลักพื้นฐานที่จำเป็นอย่างยิ่งและมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับวิชาชีพพยาบาล

โปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เป็นแอปพลิเคชันที่ใช้โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟน ซึ่งเป็นที่นิยมในประเทศไทยแต่ยังไม่มีนำมาใช้ในการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลมาก่อน ปัจจุบันประเทศไทยก้าวสู่ยุคดิจิทัล เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารผ่านโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนมีบทบาทต่อประชาชนมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม, 2561) ส่วนโปรแกรมแอปพลิเคชันที่ใช้ในโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ตโฟนที่นิยมมากที่สุดในประเทศไทยคือแอปพลิเคชันไลน์ (LINE ประเทศไทย, 2564) ซึ่งสามารถส่งข้อความ รูปภาพ วิดีโอ และสติ๊กเกอร์ที่แสดงความรู้สึกและอารมณ์หลากหลายรูปแบบเหมาะสมกับผู้ใช้ทุกกลุ่ม (ขวัญฤดี ฮวดหุ่น, 2560) จากการศึกษาของ กฤษณ์ เสือใหญ่ (2558) พบว่าคนในกรุงเทพมหานครใช้โปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์เป็นช่องทางการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และการปฏิบัติงาน และมีความพึงพอใจระดับมาก เพราะใช้งานง่าย ส่วนทางด้านการศึกษาพยาบาล บุญบา ทาธง, ปริญญาศรีธราพิพัฒน์, และบุญกร แก้วเขียว (2562) ได้นำโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์มาใช้ออกแบบการเรียนการสอนในรายวิชา การพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ แล้วพบว่าความพึงพอใจต่อการเรียนการสอนโดยประยุกต์ใช้โปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์อยู่ในระดับมาก

คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ผ่านทางโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ เพื่อจะได้นำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดนโยบาย ส่งเสริม และพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ก่อนและหลังการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์

สมมติฐานการวิจัย

คุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 หลังการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ปกครองนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ปีการศึกษา 2564 ที่สมัครใจเข้าร่วมไลน์กลุ่มผู้ปกครอง จำนวน 114 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบก่อนการวิจัย (Priori power analysis) ด้วยโปรแกรม G* Power โดยกำหนดค่าอิทธิพล (Effect size) = .50 ซึ่งเป็นค่ามาตรฐาน (Gold standard) ของการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำเมื่อทำการทดสอบด้วย t-test (Cohen, 1988) กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power (1-β) = .90 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 36 คน คัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ปกครองนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีผลการประเมินด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับต่ำ (35-81 คะแนน) มีสติสัมปชัญญะดี สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และมีความสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ การที่ผู้ปกครองที่ไม่สามารถอยู่ร่วมในการวิจัยตลอดช่วงของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท ภายใต้หนังสือรับรองเลขที่ BCNC-IRB 002/2564 โดยผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยโดยละเอียดตามเอกสารชี้แจง หากยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามกำกับ ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบสรุปเท่านั้น ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือขอยุติจากการวิจัยครั้งนี้เมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดย

ใช้กรอบแนวคิดการปลูกฝังค่านิยมคนไทยที่พึงประสงค์ 4 ประการและค่านิยม 12 ประการ จัดกิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน แต่ครั้งใช้เวลา 30 นาที โดยผู้ปกครองใช้กิจกรรมตามโปรแกรมเพื่อพัฒนานักศึกษาพยาบาลดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครองและชี้แจงโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล โดยให้ผู้ปกครองเล่าเรื่อง ส่งรูปภาพ ข้อความกระตุ้นเตือน เน้นย้ำผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ตามรายละเอียดที่ต้องการในกิจกรรมที่ 2-7

ครั้งที่ 2-7 ผู้ปกครองเล่าเรื่อง ส่งภาพ และข้อความ ผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ เกี่ยวกับคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ที่ต้องการพัฒนาในแต่ละครั้งดังนี้

ครั้งที่ 2 ความรักชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ครั้งที่ 3 มีความซื่อสัตย์ กตัญญูต่อพ่อแม่ ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ การมีศีลธรรม รักษาความสัตย์ มีระเบียบวินัย รักษากฎหมาย ผู้น้อยรู้จักผู้ใหญ่

ครั้งที่ 4 ใฝ่หาความรู้ ใฝ่ใจการเรียนรู้การเป็นประชาธิปไตย มีสติรู้ตัว รู้คิด รู้ทำ

ครั้งที่ 5 รักษาวัฒนธรรมประเพณีไทย

ครั้งที่ 6 รู้จักดำรงตนโดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ครั้งที่ 7 มีความเข้มแข็งทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่ยอมแพ้ต่ออำนาจใฝ่ต่ำคำนึงถึงผลประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าผลประโยชน์ของตนเอง

ครั้งที่ 8 ผู้ปกครองสะท้อนคิดในการมีส่วนร่วมเรื่องการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล ประกอบด้วย 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปให้ผู้ปกครอง เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อได้แก่ ความเกี่ยวข้องกับนักศึกษา อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน โดยส่งแบบสอบถามผ่านไลน์กลุ่มผู้ปกครอง

ตอนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งครอบคลุมค่านิยมคนไทยที่พึงประสงค์ 4 ประการ คือ พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา และค่านิยม 12 ประการ จำนวน 35 ข้อ แต่ละข้อลักษณะคำตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (น้อยที่สุด) ถึง 5 (มากที่สุด) และเติมข้อความระบุพฤติกรรมบ่งชี้ที่นักศึกษาแสดงออก โดยส่งแบบสอบถามผ่านไลน์กลุ่มผู้ปกครอง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ และแบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์

ของนักศึกษาพยาบาล ได้รับการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านคุณธรรมจริยธรรม 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านแอปพลิเคชันไลน์ 1 ท่าน โปรแกรมได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence [IOC]) เท่ากับ 1 ส่วนแบบสอบถาม ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง .67 -1.00 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามทดสอบความเชื่อมั่น ด้วยการนำไปทดลองใช้กับผู้ปกครองของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 2 ของวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคกลาง และนำมาหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะดังนี้

1. ระยะก่อนการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยประชุมเพื่อประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้ผู้ปกครองของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ทุกคน ผ่านระบบการประชุม Zoom meeting ในการพบกับผู้ปกครองแบบออนไลน์ครั้งแรก โดยได้อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการคัดกรอง และการเก็บข้อมูลตามรายละเอียดในเอกสารชี้แจงการวิจัย

1.2 ส่งแบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลให้ผู้ปกครอง ประเมินนักศึกษาโดยให้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทางไลน์กลุ่ม แล้วคำนวณคะแนนที่ได้

1.3 ติดต่อผู้ปกครองที่ให้คะแนนนักศึกษาในปกครอง อยู่ในระดับต่ำ (35-81 คะแนน) เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าอื่น ๆ ผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์จะได้รับการเชิญเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาคูณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดในการเข้าร่วมโปรแกรมก่อนให้เซ็นหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการทำแบบสอบถามแบบออนไลน์ คะแนนที่ได้ในขั้นตอนนี้ใช้เป็นคะแนนก่อนการทดลอง (Pretest)

2. ระยะทดลอง

ดำเนินการทดลองตามโปรแกรมการพัฒนาคูณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ จัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ติดต่อกัน แต่ครั้งใช้เวลา 30 นาที ดังนี้

ครั้งที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้ปกครอง และอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโปรแกรมการพัฒนาคูณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ โดยจะมีกิจกรรมให้ผู้ปกครองเล่าเรื่อง ส่งรูปภาพ ข้อความกระตุ้นเตือน เน้นย้ำ ผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ตามรายละเอียดคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ที่ต้องการพัฒนาในกิจกรรมครั้งที่ 2-7

ครั้งที่ 2-7 ผู้ปกครองเล่าเรื่อง ส่งภาพ และข้อความ ผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ เกี่ยวกับ คุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ที่ต้องการพัฒนา โดยผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดวัน เวลาและอำนวยความสะดวกให้กับผู้ปกครองในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ดังนี้

ครั้งที่ 2 ความรักชาติ ศาสน์ กษัตริย์

ครั้งที่ 3 มีความซื่อสัตย์กตัญญูต่อพ่อแม่ผู้ปกครอง ครูอาจารย์ การมีศีลธรรม รักษาความสัตย์ มีระเบียบวินัย รักษากฎหมาย ผู้น้อยรู้จักผู้ใหญ่

ครั้งที่ 4 ใฝ่หาความรู้ ใฝ่ใจการเรียนรู้การเป็นประชาธิปไตย มีสติรู้ตัว รู้คิด รู้ทำ

ครั้งที่ 5 รักษาวัฒนธรรมประเพณีไทย

ครั้งที่ 6 รู้จักดำรงตนโดยใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง

ครั้งที่ 7 มีความเข้มแข็งทั้งร่างกายและจิตใจ ไม่ยอมแพ้ต่ออำนาจใฝ่ต่ำคำนึงถึงผลประโยชน์ของส่วนรวมมากกว่าผลประโยชน์ของตนเอง

ครั้งที่ 8 ผู้วิจัยให้ผู้ปกครองสะท้อนคิดในการมีส่วนร่วมเรื่องการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ใน 3 ประเด็น ได้แก่ รู้สึกอย่างไร ได้เรียนรู้อะไร และนำไปประยุกต์ใช้อย่างไร

3. หลังการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดการทดลองในสัปดาห์ที่ 8 ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล ส่งให้ผู้ปกครองที่เป็นผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบออนไลน์ผ่านทางไลน์กลุ่ม เพื่อใช้เป็นคะแนนหลังการทดลอง (Posttest) ที่จะนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบกับคะแนนก่อนการทดลอง การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ก่อนและหลังการทดลองด้วยการทดสอบค่าที่แบบสองกลุ่มที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (Dependent t-test) โดยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) โดยการทดสอบข้อมูลว่ามีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) หรือไม่ด้วยการทดสอบจากสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่าข้อมูลแจกแจงแบบโค้งปกติ ($p > .05$)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำแนกตามลักษณะทั่วไป พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเป็นบิดา มารดาของนักศึกษา ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 92.67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 58.14) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 64.71) และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 72.57)

คะแนนเฉลี่ยคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 หลังการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ สูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมดังกล่าว ($t(35) = 13.47, p < .05, d = 0.52$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ก่อนและหลังการทดลอง

คุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>d</i>	<i>p</i> -value (1-tailed)
ก่อนการทดลอง	58.73	0.96	13.47	35	.52	.021*
หลังการทดลอง	103.60	0.81				

* $p < .05, n = 36$

อภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 หลังการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลสูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์สามารถพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาได้ อธิบายได้ว่า ผู้ปกครองของนักศึกษา โดยเฉพาะบิดามารดา ซึ่งถือว่าเป็นครูคนแรกของบุตร จึงเป็นผู้ที่มีบทบาทในการให้การศึกษาอบรมด้านต่าง ๆ แก่บุตรหลานของตนเอง เช่น ด้านคุณธรรม จริยธรรม กิริยามารยาท และด้านบุคลิกภาพต่าง ๆ ดังนั้นการที่ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมกับสถาบันการศึกษาในการส่งเสริมด้านคุณธรรมจริยธรรมให้กับนักศึกษาย่อมส่งผลให้นักศึกษาได้พัฒนาคุณลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาประเทศ สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและประเทศชาติ สามารถอยู่ร่วมกับคนอื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข (สุริยา อนุญญเวียง, 2559) คือ เป็นผู้ที่มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สติปัญญา ความรู้ มีคุณธรรม จริยธรรมและวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต

การที่พบผู้ปกครองมีส่วนในการพัฒนาคุณธรรมและจริยธรรมของนักศึกษานั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยนันท์ นามสกุล (2561) ที่พบว่า ปัจจัยสภาพแวดล้อมด้านครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ตรงกับที่กลุ่มยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนาสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ (2560) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคม เป็นปัจจัยสำคัญของการสร้างสมาชิกที่ดีให้กับสังคมและประเทศชาติ เป็นแหล่งหล่อหลอมคุณธรรมที่สำคัญ ซึ่งครอบครัวจะทำหน้าที่ในการดูแลสมาชิกในครอบครัวให้ได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ไม่ว่าจะในสภาวะปกติหรือในสภาวะที่ไม่ปกติ นอกจากนี้ยังทำหน้าที่ให้สมาชิกในครอบครัวสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

ครอบครัวเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม ที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล การที่นักศึกษาได้ใช้เวลาร่วมกันในครอบครัว ก่อให้เกิดความใกล้ชิดสนิทสนมกัน ทำให้ได้รับการอบรมเลี้ยงดูแบบเอาใจใส่จากครอบครัว และได้รับการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรม โดยผู้ปกครองปฏิบัติตนเป็นตัวอย่างที่ดีแก่นักศึกษา ทั้งด้านการอยู่ในกฎระเบียบที่วางไว้ การประพฤติตนอย่างเหมาะสม การมีความอดทน อดกลั้น การมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง การดำเนินชีวิตอยู่ด้วยความพอเพียง และการบำเพ็ญประโยชน์เพื่อส่วนรวม ทำให้นักศึกษามีการเรียนรู้และซึมซับความคิด เจตคติ พฤติกรรม และการกระทำเหล่านั้น เกิดการเลียนแบบและแสดงพฤติกรรมเหมือนสมาชิกในครอบครัว ทำให้นักศึกษามีคุณธรรมจริยธรรม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคมของ Bandura ที่ได้อธิบายไว้ว่า การเรียนรู้เกิดจากการที่บุคคลมีการสังเกตสมาชิกในครอบครัวที่มีความใกล้ชิดสนิทสนมและมีอิทธิพลต่อตนเอง ก่อให้เกิดการเลียนแบบโดยการแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา (ณัฐกร อินทุยศ, 2556) และประกอบกับการอบรมเลี้ยงดูในครอบครัวที่เป็นตัวอย่างที่ดี ทำให้นักศึกษามีการซึมซับพฤติกรรมในครอบครัว ทำให้เกิดแนวโน้มที่บุคคลจะเลียนแบบและปฏิบัติตามพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว ถ้าครอบครัวมีพฤติกรรมที่เหมาะสมบุคคลย่อมจะเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมเช่นกัน (ประณต คำจิณ, 2551) ซึ่งตรงกับที่ ซัลโควสกี และเดकिन (Sulkowski & Deakin, 2009) พบว่า สถาบันครอบครัวมีส่วนช่วยในการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษา ดังนั้นถึงแม้ว่านักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข จะเป็นนักศึกษาที่อยู่ประจำในหอพักของสถาบันการศึกษาไม่ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว แต่ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีช่วยให้นักศึกษาได้ใกล้ชิดกับครอบครัวโดยใช้การสื่อสารผ่านโปรแกรมต่าง ๆ โดยเฉพาะโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์

โปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยใช้กิจกรรมให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการเล่าเรื่องส่งรูปภาพและข้อความกระตุ้น ย้ำเตือนในคุณธรรมที่ต้องการพัฒนา โดยผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งเป็นการสื่อสาร 2 ทาง (Two-way communication) และเป็นการสื่อสารโดยตรงจากผู้ปกครองไปยังนักศึกษาที่อยู่ในความดูแล โดยผู้ปกครองสามารถส่งข้อความ รูปภาพ เอกสาร หรือข้อมูลข่าวสารตามวัตถุประสงค์ของผู้ปกครอง เพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้และพฤติกรรมที่ผู้ปกครองต้องการ อีกทั้งนักศึกษายังสามารถแสดงปฏิกิริยาตอบกลับ (Feedback) โดยตรงได้ทันที ทำให้ผู้ปกครองสามารถวัดผลของการสื่อสารได้ทันที (อมรณรี ปิ่นปิ่นคง, 2563) จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 หลังการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์สูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์

สรุปและข้อเสนอแนะ

หลังจากที่ผู้ปกครองเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลโดยการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองผ่านโปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์ พบว่า นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ตามการประเมินของผู้ปกครองสูงกว่าก่อนการมีส่วนร่วมในโปรแกรมฯ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำโปรแกรมนี้ไปใช้กับนักศึกษาพยาบาลทุกชั้นปี เพื่อเป็นการพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลในระยะยาว หลังจากเสร็จสิ้นการจัดกิจกรรมไปแล้ว เพื่อดูว่าคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาที่ได้รับการส่งเสริม และพัฒนาไปแล้วยังคงอยู่กับนักศึกษา
2. อาจจะใช้เทคนิคการปรับพฤติกรรมโดยการวางเงื่อนไข เทคนิคแม่แบบมาประกอบเพิ่มเติม ร่วมกับการใช้โปรแกรมแอปพลิเคชันไลน์เพื่อพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ พล.อ.ท.รศ.นิกร ชำนาญกุล อดีตประธานคณะกรรมการดำเนินกิจกรรมการสอนที่มุ่งเน้นความรู้คุณธรรมและการสอนสอดแทรกจริยธรรมในการสอนฯ ของเครือข่ายสถาบันอุดมศึกษาเขตภาคกลาง เพื่อพัฒนานักศึกษาดุจคณิตไทย และ น.อ.รศ. อนุรักษ โขติลลิก โรงเรียนนายเรืออากาศนวมินทกษัตริยาธิราช ที่ปรึกษาในการวิจัย อ.สมทรง มณีรอด ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท อ.พิมใจ ทวีพัคตร์ รองผู้อำนวยการฝ่ายกิจการนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท และผู้ปกครองนักศึกษาทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มยุทธศาสตร์การวิจัยและพัฒนา สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ. (2560). *การศึกษาคุณธรรมจริยธรรมของผู้เรียนในสถานศึกษาสังกัดกระทรวงศึกษาธิการ*. (รายงานการวิจัย). สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ, กรุงเทพมหานคร.
- กฤษณี เสือใหญ่. (2558). *พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ความพึงพอใจและการนำไปใช้ประโยชน์ของคนในกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพฯ.
- ขวัญฤดี สวดหุ่น. (2560). อิทธิพลของแอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารยุคปัจจุบัน. *วารสารศิลปการจัดการ*, 1(2), 75-88.

ณัฐกร อินทุยศ. (2556). *จิตวิทยาทั่วไป*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นารี น้อยจินดา. (2556). คุณธรรมจริยธรรมในสังคมไทย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยรัตนบัณฑิต*, 7(2), 54-62.

บุษบา ทาธง, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, และบุษกร แก้วเขียว. (2562). ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อผลลัพธ์การเรียนรู้และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตในรายวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพ 1. *วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 11(1), 155-168.

เบญญพร มหาพิรุณ, เรณู จันทะวงศา, และสุริยะ พุ่มเฉลิม. (2560). ตัวชี้วัดคุณธรรมจริยธรรมของบัณฑิต. *วารสารเศรษฐีฮ้างกอก*, 3(2), 127-140.

ประณต เค้าจิม. (2551). *จิตวิทยาวัยรุ่น*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ปียนันท์ นามสกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมคุณธรรม จริยธรรม และคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี. *วารสารศรีวันาลัยวิจัย*, 8(2), 27-38.

พรพิทักษ์เห็มบาสัย, และวรรณพล พิมพะสาตี. (2563). แนวทางการปลูกฝังคุณธรรมจริยธรรมในสังคมไทย. *วารสารด้านการบริหารรัฐกิจและการเมือง*, 9(2), 63-80.

พระมหานันต์ องค์กรศิริ. (2561). คุณธรรมจริยธรรมกับการพัฒนาผู้เรียนในยุคไทยแลนด์ 4.0. *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*, 2(2), 81-90.

วัลลภ นาคศรีสังข์, สุพัตรา ไตรอุดมศรี, และตรีตราภรณ์ สร้อยสังวาล. (2560). การส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(ฉบับพิเศษ), 32-45.

วิริยาภรณ์ แสนสมรส, วิภารัตน์ ยมดิษฐ์, นิศากร เขียวรัตน์, อมรรัตน์ สว่างเกตุ, และนพวรรณ ดวงจันทร์. (2560). คุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 10(4), 144-159.

ศูนย์คุณธรรม(องค์การมหาชน). (2560). เอกสารประกอบการประชุมงานสมัชชาคุณธรรมภาคเหนือ. *รวมพลังประชารัฐขับเคลื่อนสังคมคุณธรรม: พอเพียง วินัย สุจริต จิตอาสา*. ณ ศาลาถนอมบริหารคณะสงฆ์, พิจิตร.

สถาบันพระบรมราชชนก พ.ศ. 2562. (2562, 5 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 43 ก. 40 – 65. สายจิตรา นิสาข, มัลลิกา การกลีขวิ, และนารท ศรีสะโพธิ์. (2563). คุณธรรมจำเป็นสำหรับโรงเรียนชายขอบทางภาคเหนือ. *วารสารวิชาการและวิจัยทางสังคมศาสตร์*, 15(2), 1-14.

สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2551). *แนวทางการประเมินคุณธรรมของผู้เรียน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. (2561). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจการมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561ไตรมาสที่ 1*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุริยา อัญญะเวียง. (2559). *ผลการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรมของนักเรียนโรงเรียนวัดศรีโพธิ์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชลบุรี เขต 1 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโท)*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อมรณรี ปิ่นปิ่นคง. (2563). *ผลการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ออนไลน์ด้วย Application LINE โดยการใช้สื่อวิดีโอ (VDO) ในรายวิชาการพัฒนาทักษะชีวิตเพื่อสุขภาพและสังคม (ลีลาศ) ของนักศึกษา ระดับชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขาวิชาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ วิทยาลัยเทคโนโลยีอรรถวิทย์พัฒนศึกษา. (รายงานการวิจัย). โรงเรียนราชประชานุเคราะห์ 15, เชียงราย.*
- LINE ประเทศไทย. (2564). *LINE เผยมีผู้ใช้บริการครบ 50 ล้านราย ครองอันดับ 1 แอปฯ ที่คนไทยชอบ*. สืบค้นจาก <https://www.thairath.co.th/business/market/2186708>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis of the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Sulkowski, N. B., & Deakin, M. K. (2009). Does understanding culture help enhance students' earning experience. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 21(2), 154-166.

ประสบการณ์การเรียนรู้การพยาบาลผู้สูงอายุผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล

สมจิตต์ เวียงเพิ่ม, ศษ.ด.^{1*}

ภรณ์ทิพย์ ผลกระโทก, พย.ม.²

สุนิสา คำขึ้น, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 2 มีนาคม 2565; วันที่แก้ไข: 2 พฤษภาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 17 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

การสะท้อนคิดสามารถใช้เป็นเครื่องมือในการอธิบายประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาและผลกระทบที่ส่งผลต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา การสะท้อนคิดช่วยให้นักศึกษาพัฒนาความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาที่เป็นไปได้ การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เป็นการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis) เพื่ออธิบายประสบการณ์การเรียนรู้การพยาบาลผู้สูงอายุผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เลือกแบบเจาะจงเก็บรวบรวมข้อมูลจากบันทึกสะท้อนคิด ในระหว่างเดือนมีนาคม ถึงมิถุนายน พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบ 3 ประเด็นหลักคือ 1) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้นักศึกษาเข้าใจกระบวนการสูงอายุ ได้แก่ การรับรู้และเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมในวัยสูงอายุ 2) มีความรู้สึกในเชิงบวกต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ได้แก่ ส่งเสริมความภาคภูมิใจและความพึงพอใจที่สร้างความสุขและรอยยิ้มให้กับผู้สูงอายุและเพิ่มความมั่นใจและอบอุ่นใจ ต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 3) นักศึกษาได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลไม่เพียงพอ และขาดความมั่นใจในความรู้และความสามารถ และทักษะการซักประวัติ ซึ่งทำให้มีความวิตกกังวล เครียด และกลัวเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาพยาบาลสามารถเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติ แต่ยังขาดความมั่นใจและขาดทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นจำเป็นต้องเพิ่มความสามารถของนักศึกษาในทักษะด้านต่าง ๆ โดยการจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาเผชิญสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์จำลองในคลินิก เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติ

คำสำคัญ: ประสบการณ์การเรียนรู้, การพยาบาลผู้สูงอายุ, การสะท้อนคิด, นักศึกษาพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประสานงานบรรณกิจ: สมจิตต์ เวียงเพิ่ม, อีเมล: somjitt@knc.ac.th

Learning Experiences in Gerontological Nursing Through the Reflection of Nursing Students

Somjitt Wiangperm, Ed.D.^{1*}

Pornthip Pholkrahtok, M.N.S.²

Sunisa Khakhuen, M.N.S.²

(Received: March 2nd, 2022; Revised: May 2nd, 2022; Accepted: May 17th, 2022)

Abstract

Reflection can be used as a tool to describe student learning experiences and the impact they have on student learning. Reflection helps students develop their ability to analyze problems and provide possible solutions. This qualitative research was a documentary analysis to describe the learning experiences in geriatric care through the reflections of nursing students. The participants were second year nursing students participating in the *Gerontological Nursing Practicum*. The participants were purposively selected and the data collected using the student's reflection notes between March and June 2020. The data were analyzed using content analysis. The results of the study revealed three main issues: 1) nursing practice helps students to understand the process of aging, including the perception and understanding of physical, mental, and social changes in older adults 2) engenders positive feelings towards geriatric care, including promoting the students' pride and satisfaction from creating happiness and smiles for the older adults and increases their confidence and comfort with regard to their nursing practice, and 3) students are inadequately prepared before beginning their nursing practice and lack confidence in their knowledge and competence, as well as interview skills, which causes elevated levels of anxiety, stress and fear. The results of the study revealed that nursing students are capable of linking theoretical knowledge to practice, but that they did not have the confidence and practical skills for participating in nursing practice. Therefore, it is imperative to enhance students' competence in a range of skills by providing experiences that allow students to face real or simulated clinical situations in order to ensure that students are properly prepared before entering clinical practice.

Keywords: learning experience, gerontological nursing, reflection, nursing student

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Somjitt Wiangperm, E-mail: somjitt@knc.ac.th

บทนำ

อัตราการเกิดที่ลดลงและการมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) ทำให้ในอนาคตปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่จะเป็นปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ต้องการการรักษาและดูแลแตกต่างจากวัยอื่น ๆ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งต้องการการดูแลในระยะยาวและต้องการพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้พยาบาลในอนาคตต้องเผชิญกับความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการเปลี่ยนแปลงดังที่กล่าวมาแล้ว มีผลต่อการปรับกระบวนการทศนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรที่ตองสร้างเสริมให้ผู้เรียนมีลักษณะของการปฏิบัติงานพยาบาลในศตวรรษที่ 21 ที่ให้ความสำคัญกับทักษะการเรียนรู้ ดังนั้นการเรียนรู้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 จึงเป็นกรอบแนวคิดสำคัญในการกำหนดยุทธศาสตร์ในการจัดการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณ การแก้ปัญหา ซึ่งเป็นทักษะที่มีความจำเป็นมากในการปฏิบัติการพยาบาล (สมจิตต์ สินธุชัย, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, และปิยะรัตน์ หยกสุริยันธ์, 2561)

การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตรประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ คือ ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยในภาคปฏิบัติซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจของการศึกษาพยาบาล มุ่งเน้นให้นักศึกษานำความรู้ความเข้าใจและประสบการณ์ที่ได้รับจากชั้นเรียนไปประยุกต์ในสถานการณ์จริง ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ Dewey (1933) เชื่อว่าการเรียนรู้เป็นผลจากการได้รับประสบการณ์แล้วได้รับการกระตุ้นให้สะท้อนคิดถึงประสบการณ์ จะทำให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างความคิด ความเชื่อและการกระทำ ซึ่งประสบการณ์ในสถานการณ์ทางคลินิกเต็มไปด้วยประสบการณ์ที่มีชีวิต การมีปฏิสัมพันธ์ ความคาดหวัง และอารมณ์ที่เกิดขึ้นในระหว่างการเรียนรู้ เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีการบูรณาการความรู้ความเข้าใจจากประสบการณ์เดิมของแต่ละบุคคลแล้วนำความรู้ดังกล่าวไปสู่การปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Jasper & Rosser, 2013) การสะท้อนคิดเป็นรูปแบบการคิดที่ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่มีคุณค่าและทำให้การเรียนรู้ของผู้เรียนดีขึ้น (Sun et al., 2016) การสะท้อนคิดจึงเป็นกลวิธีที่ผู้สอนนำมาใช้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการคิดพิจารณาประสบการณ์ที่ผ่านมารอบรอบคอบ จนทำให้เกิดการเรียนรู้ที่จะนำไปปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาลของตนเองในอนาคตให้ดีขึ้น (Bagnato, Dimonte, & Garrino, 2013)

การเขียนบันทึกสะท้อนคิดเป็นการสะท้อนคิดที่เขียนโดยนักศึกษา ทำให้นักศึกษาได้วิเคราะห์ถึงความคิด การปฏิบัติการพยาบาล การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Mlinar Reljic, Pajnikihar, & Fekonja, 2019) การเขียนบันทึกสะท้อนคิดทำให้นักศึกษาได้พิจารณาไตร่ตรองถึงสิ่งที่ได้รับจากประสบการณ์ ความรู้สึกที่เกิดขึ้น และเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้และพัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Westin, Sundler, & Berglund, 2015) บันทึกสะท้อนคิดให้โอกาสนักศึกษาได้สะท้อนถึงการพัฒนาสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเมื่อต้องเผชิญปัญหาในสถานการณ์จริง โดยผ่านมุมมองของนักศึกษา จากการสังเกตความรู้สึกและการอธิบายที่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติเพื่อแก้ไขสถานการณ์ที่เสี่ยงหรือสถานการณ์ที่ไม่เหมาะสมในวิชาชีพ (Bagnato et al., 2013) ซึ่งจะทำให้นักศึกษาเข้าใจถึงรูปแบบการเผชิญปัญหา ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของผู้เรียน (Bjerkvik & Hilli, 2019)

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมักก่อให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลกับนักศึกษา (Levett-Jones & Bourgeois, 2015) โดยมีปัจจัยจากกระบวนการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน สภาพแวดล้อมทางคลินิก พยาบาลประจำการ ผู้สูงอายุที่นักศึกษาไม่เคยรู้จักมาก่อน และกลัวที่จะทำผิดพลาด การเขียนบันทึกสะท้อนคิดจึงเปิดโอกาสให้นักศึกษาได้ระบายความคิด ความรู้สึก ความคิดเห็นและเจตคติของตนเอง ดังนั้น การสะท้อนประสบการณ์ทางอารมณ์ในระหว่างการฝึกปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกมีความสำคัญมาก (Mlinar Reljic, Pajnikihar, & Fekonja, 2019) ซึ่งการเขียนและการสะท้อนถึงความรู้สึกและอารมณ์จะสามารถลดทอนอารมณ์และความรู้สึกของนักศึกษาโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ของตนออกมาเป็นตัวอักษร (Naber & Markley, 2017) ทำให้นักศึกษาก่อความมั่นใจในความสามารถต่อการเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ในอนาคต (Sun et al., 2016) และมีความสามารถในการเข้าใจในความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้น (Teskereci & Boz, 2019) นอกจากนี้ บันทึกสะท้อนคิดให้ "ภาพรวม" ของการฝึกภาคปฏิบัติตามความเป็นจริง (ลักษณะของการให้บริการ ลักษณะของผู้สูงอายุ) และกระบวนการสอน (เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างนักศึกษากับพยาบาลพี่เลี้ยง อาจารย์ และผู้สูงอายุ) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถนำมาปรับปรุงกิจกรรมการเรียนการสอนในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ในรายวิชาให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การจัดการเรียนการสอนในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุมุ่งเน้นให้นักศึกษาพยาบาลได้เข้าใจทุกมิติภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความหลากหลายและแตกต่างทั้งในด้านวิธีการดำเนินชีวิต สุขภาพ สังคม กิจกรรมการเรียนการสอนในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุได้จัดให้นักศึกษาผ่านประสบการณ์ในบริบทที่หลากหลาย ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ในชุมชนและในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษาได้มีโอกาสฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุในชุมชน การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกับโรงเรียนผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ

ดังนั้นเพื่อเป็นการเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้สามารถให้การพยาบาลผู้สูงอายุครอบคลุมองค์รวมตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงต้องอาศัยความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ นักศึกษาพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุควรมีความรู้ความเข้าใจในความต้องการของผู้สูงอายุ รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุยอมรับให้เกียรติและเคารพในตัวผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกได้รับการยอมรับ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ภาคภูมิใจ มีความสุข และให้ความร่วมมือในการพยาบาล ฉะนั้นการเตรียมพยาบาลตั้งแต่เป็นนักศึกษาพยาบาลให้พร้อมในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อจบไปเป็นพยาบาลจึงมีความสำคัญยิ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมต่อไป (สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี, และณัฐธยาน์ ชาบัวคำ, 2565) การศึกษาครั้งนี้จึงมีเป้าหมายที่จะอธิบายประสบการณ์การเรียนรู้การพยาบาลผู้สูงอายุผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล เพื่อเข้าใจถึงประสบการณ์การเรียนรู้ ความคิด อารมณ์และความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลที่จะสามารถนำมาปรับปรุงการเรียนการสอนที่เหมาะสมสำหรับการพยาบาลผู้สูงอายุในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ในอนาคตและช่วยส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์การเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดหลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ
กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเขียนบันทึกสะท้อนคิดของ Gibbs (1988) ประกอบด้วย 6 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นตอนบรรยายเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น 2) ขั้นตอนบอกความรู้สึกที่เกิดขึ้น 3) ขั้นตอนประเมินความคิดเห็นต่อสถานการณ์ เป็นการพิจารณาความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นไปในด้านบวกหรือด้านลบ 4) ขั้นตอนวิเคราะห์ภาพรวมของสถานการณ์ สิ่งที่เกิดขึ้นมีอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรค มีอะไรบ้างที่จะสามารถช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้น 5) ขั้นตอนหาข้อสรุป และ 6) ขั้นตอนวางแผนการกระทำ โดยให้นักศึกษาเขียนบันทึกสะท้อนคิด 6 ขั้นตอนหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในแต่ละแหล่งฝึกจำนวน 3 ครั้ง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบการวิเคราะห์เอกสาร (Documentary analysis; González-García, Lana, Zurrón-Madera, Valcárcel-Álvarez, & Fernández-Feito, 2020) เป็นแบบบันทึกสะท้อนคิดที่เขียนโดยนักศึกษาพยาบาลหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร

ประชากร คือ แบบบันทึกสะท้อนคิดที่นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 2 เป็นผู้บันทึก จำนวน 195 ฉบับ ผู้ให้ข้อมูลหลักคือ แบบบันทึกสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติคือ 1) เป็นแบบบันทึกสะท้อนคิดของนักศึกษาที่ฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุในกลุ่มที่ผู้วิจัยเป็นผู้นิเทศศึกษาในแต่ละแหล่งฝึก 2) เป็นแบบบันทึกสะท้อนคิดที่ครบถ้วนและครอบคลุมทั้ง 6 ขั้นตอนของแบบบันทึก การบันทึกมีความชัดเจนและสามารถเข้าใจได้ง่าย มีข้อมูลที่จะสร้างความหมายให้กับงานวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา โครงการวิจัยรหัส COA No. 011.2563.012/2564 ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลโดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อคะแนนในวิชาดังกล่าวและการเรียนวิชาอื่น ๆ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานข้อมูลในภาพรวม ไม่ระบุชื่อหรือชื่อที่ปรากฏในการวิจัยนี้เป็นนามสมมติทั้งหมด ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น หลังเสร็จสิ้นการวิจัยแล้ว ข้อมูลจะถูกทำลายโดยไม่เผยแพร่
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยที่สำคัญคือ ตัวผู้วิจัยและเครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยคือ แบบบันทึกสะท้อนคิด โดยผู้วิจัยสร้างตามแนวคิดของ Gibb's มีลักษณะเป็นแนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง ที่ประกอบ

ด้วยแนวคำถามหลักคือ 1) การฝึกภาคปฏิบัติในสัปดาห์นี้มีเหตุการณ์สำคัญอะไรเกิดขึ้น (นักศึกษาทำอะไร มีใครเกี่ยวข้องบ้าง) 2) ในขณะที่เกิดเหตุการณ์นักศึกษาคิดอะไรหรือรู้สึกอย่างไร 3) จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีสิ่งทีมนักศึกษาคิดว่าทำได้ดี เพราะเหตุใด 4) จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมีสิ่งทีมนักศึกษาคิดว่าทำได้ยังไม่เหมาะสม เพราะเหตุใด 5) จากเหตุการณ์นี้นักศึกษาเข้าใจหรือได้เรียนรู้อย่างไร และ 6) หากเกิดเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกันอีกทีมนักศึกษาจะปฏิบัติแตกต่างไปจากเดิมอย่างไร ซึ่งผ่านการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจความหมายและความชัดเจนของแนวคำถามก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

ในการวิจัยครั้งนี้ มีการควบคุมคุณภาพของงานวิจัยตามแนวคิดของ Guba and Lincoln (1989) ซึ่งคำนึงถึงหลักความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย (Credibility) ผู้วิจัยทำการวิจัยอย่างเป็นระบบขั้นตอนตามหลักระเบียบวิธีวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ และนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ไปให้ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 รายซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลดีที่สุดที่สุดทำการตรวจสอบว่าตรงตามปรากฏการณ์หรือไม่ (Member checking) รวมทั้งให้อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 2 ราย ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ (Peer debriefing) นอกจากนี้ได้คำนึงถึงหลักการยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) โดยการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูลประกอบผลการวิจัยเพื่อสามารถตรวจสอบความถูกต้องภายหลังได้ รวมทั้งปรึกษาทบทวนการลงรหัสกับอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญเป็นระยะตลอด

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ มีนาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2563 นักศึกษาต้องทำการหมุนเวียนแหล่งฝึกทุกสัปดาห์ จำนวน 3 แหล่งฝึกคือ โรงพยาบาล ชุมชน และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุโดยมอบหมายให้นักศึกษาเขียนบันทึกสะท้อนคิดหลังสิ้นสุดการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 3 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis; ปณดา เหล่าชนदार, 2561) ดังนี้ 1) ผู้วิจัยอ่านข้อมูลทั้งหมดที่ได้หลาย ๆ ครั้งเพื่อให้ได้มุมมองที่ครอบคลุมของทั้งหมด เกิดความเข้าใจในภาพรวมของปรากฏการณ์ 2) นำประโยคที่สามารถสะท้อนประสบการณ์การเรียนรู้การพยาบาลผู้สูงอายุมาลงรหัส 3) ผู้วิจัยนำหน่วยรหัสทั้งหมดมาจัดเป็นหมวดหมู่ โดยพิจารณาจากเนื้อหาของรหัสที่คล้ายคลึงและสอดคล้องกันจึงจัดรหัสเหล่านั้นอยู่ในหมวดหมู่เดียวกัน และ 4) เมื่อจัดหมวดหมู่ของหน่วยรหัสแล้วพบว่าข้อมูลอิ่มตัวแล้ว ผู้วิจัยจึงนำหมวดหมู่แต่ละหมวดหมู่มาจัดทำประเด็นหลักสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นเหล่านั้นให้อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 2 ราย ตรวจสอบผลการวิเคราะห์ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัย

ประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การเรียนรู้การพยาบาลผู้สูงอายุผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลมี 3 ประเด็นหลักคือ 1) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้เข้าใจกระบวนการสูงอายุ 2) มีความรู้สึกเชิงบวกต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 3) ขาดความมั่นใจในความรู้ความสามารถ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 การฝึกปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้เข้าใจกระบวนการสูงอายุ

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุทำให้นักศึกษาเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการสูงอายุที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภายนอก ได้แก่ การเสื่อมถอยของร่างกายในวัยสูงอายุที่นักศึกษารับรู้มากที่สุด เรื่องการมองเห็นและการได้ยิน ส่วนการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุแต่ละคนมีความเป็นตัวเองและมีอารมณ์ที่แตกต่างกัน มีการแสดงอารมณ์ในลักษณะน้อยใจ เสียใจง่าย อ่อนไหวง่าย สำหรับการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ผู้สูงอายุต้องการแรงเสริมหรือคำชมในระหว่างการร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และ นักศึกษาให้การปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุบนพื้นฐานของความเข้าใจ ให้ความสนใจเอาใจใส่ในการปฏิบัติการพยาบาล โดยความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ในวัยสูงอายุ มีดังนี้

1. รับรู้และเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในวัยสูงอายุ

การเสื่อมถอยทางสรีระภายนอกของผู้สูงอายุที่นักศึกษสามารถสังเกตเห็นได้ชัดเจน เช่น สายตาไม่ค่อยดีทำให้เวลาสาธิตมองเห็นไม่ชัด นักศึกษาจึงได้ทำสื่อที่ช่วยให้ผู้สูงอายุสนใจ ปัญหาการได้ยินควร จะพูดให้ดัง ฟังชัด นอกจากนี้ นักศึกษามีความรู้สึกชื่นชมผู้สูงอายุที่ยังคงมีร่างกายแข็งแรงสามารถเข้าร่วม กิจกรรมได้ทุกครั้ง ดังข้อมูลที่นักศึกษานันทิก ดังนี้ “เข้าใจความเสื่อมถอยและความถดถอยของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุบางท่านมีความเสื่อมถอย ก็ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างเต็มที่” (187s) และ

ตอนทำกิจกรรมทำบริหารเข่า ซึ่งผู้สูงอายุมองไม่เห็น ขณะสาธิตทำท่าบริหารเร็วเกินไป เรียนรู้ว่า ผู้สูงอายุสายตาไม่ค่อยดีทำให้เวลาสาธิตมองเห็นไม่ชัด จึงไม่สามารถปฏิบัติได้ตรงกับท่าที่ถูกต้อง (42c)

การได้ไปพูดคุยและดูแลผู้สูงอายุท่านหนึ่งที่มีอายุมากถึง 82 ปี แต่คุณตาแข็งแรง สามารถเดินเองได้ เข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง ซึ่งแตกต่างจากผู้สูงอายุท่านอื่น รู้สึกชื่นชมและอยากมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคุณตา (118s)

2. รับรู้และเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุที่นักศึกษารับรู้ได้ถึงความเป็นตัวเองของผู้สูงอายุแต่ละคน ยึดติดอยู่กับความคิดและเหตุผลของตนเอง มีการแสดงทางอารมณ์ในลักษณะน้อยใจ เสียใจง่าย อ่อนไหวง่าย นักศึกษาเกิดการเรียนรู้และเข้าใจ ปรับตัว ปรับวิธีการพูดด้วยการใช้คำพูดที่เหมาะสมและแสดงออกด้วย ท่าทีที่อ่อนน้อมต่อผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองด้วยการให้ผู้สูงอายุเล่าเรื่อง ภูมิใจหรือประสบการณ์ในอดีตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุยิ้มและหัวเราะกับสิ่งที่เขาภาคภูมิใจ นักศึกษา ยอมรับว่าผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์มากกว่าคนรุ่นใหม่สมควรต้องเข้าใจและให้เกียรติผู้สูงอายุ ดังข้อมูล ที่นักศึกษานันทิกไว้ ดังนี้

การลงไปเยี่ยมคนตาเหมือนคนตาเป็นคนที่มีความคิดเป็นของตนเองเอาความคิดตัวเองเป็นหลัก รู้สึกว่าเขาเป็นคนที่เชื่อในสิ่งที่ตัวเองคิดเป็นส่วนใหญ่ เราควรจะรับฟังมากกว่าการที่เราจะไปพูดขัดแย้งในสิ่งที่บางอย่างมันไม่ควร (29c)

การยอมรับในความคิดของผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุผ่านประสบการณ์มากกว่าเรียนรู้ชีวิตมาเยอะถึงขอบที่จะพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ผ่านมาของช่วงชีวิต ผู้สูงอายุชอบเล่าเรื่องและชอบสอนลูกหลาน ทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณค่า คอยเป็นครูสอนประสบการณ์ชีวิตให้ฟัง (182s)

3. รับรู้และเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในวัยสูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุเป็นประสบการณ์ระหว่างการจัดกิจกรรมให้กับผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ในระหว่างการทำกิจกรรมมีผู้สูงอายุบางคนที่ไม่มียศศึกษาดูแลเกิดความน้อยใจและมีอารมณ์อ่อนไหวง่าย ต้องการคำชมหรือแรงเสริมในการทำกิจกรรม และการแสดงออกถึงพฤติกรรม การไม่ยอมรับและไม่พอใจผู้สูงอายุที่เข้ามาอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุที่หลัง นอกจากนี้ นักศึกษารับรู้ว่าศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุไม่ใช่ที่พักของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมาอยู่ เพราะไม่มีลูกหลานดูแลเท่านั้น แต่ยังเป็นสถานที่พักสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการพึ่งพาลูกหลาน จึงเลือกมาอยู่สถานที่พักสำหรับผู้สูงอายุด้วยความสมัครใจและความสบายใจของตนเอง และมั่นใจว่าจะมีผู้ดูแลตนเองในบั้นปลายชีวิต ดังข้อมูลที่นักศึกษาได้บันทึกไว้ ดังนี้ “ผู้สูงอายุที่นี้จะมีอารมณ์ที่อ่อนไหวง่าย ต้องระวังในเรื่องการใช้คำพูด หรือการแสดงออกที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ดี” (155s)

ผู้สูงอายุบางคนไม่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรม การเข้าหาผู้สูงอายุยังไม่ทั่วถึง เพราะมีผู้สูงอายุหลายคนอาจทำให้ผู้สูงอายุบางท่านน้อยใจได้ ผู้สูงอายุต้องการแรงเสริมหรือคำชมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ (57s)

รู้สึกว่าการที่คุณยายแต่ละคนเลือกที่จะเข้ามาอยู่มีเหตุผลต่างกัน ก่อนที่ยังไม่ฝึกเคยมีความคิดว่าการที่มาอยู่บ้านพักคนชราคือคนที่ยากจน ไม่มีที่อยู่ ถูกทอดทิ้งเท่านั้น แต่ในความเป็นจริงแล้วคุณยายบางคนเลือกที่จะมาอยู่เอง เพื่อความสบายใจทำให้มีการเปลี่ยนมุมมองความคิดและเข้าใจถึงการเป็นอยู่ (152s)

ประเด็นหลักที่ 2: มีความรู้สึกเชิงบวกต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

นักศึกษาร้อยละ 95 ให้ข้อมูลตรงกันว่า การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุทำให้ได้รับประสบการณ์ที่ดีและเกิดความรู้สึกในเชิงบวกต่อการเรียนรู้ ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมกับอาจารย์และพยาบาลพี่เลี้ยงในปฏิบัติทักษะการพยาบาล และการปฏิบัติหน้าที่ผู้นำกิจกรรมได้ตามเป้าหมายที่นักศึกษาตั้งไว้ ความรู้สึกดีใจที่ผู้สูงอายุให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมที่นักศึกษาจัด ซึ่งในขณะเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุมีรอยยิ้มและเสียงหัวเราะ ทำให้นักศึกษารับรู้ถึงความสุขที่ผู้สูงอายุได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม รวมถึงการที่พยาบาลพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ สอน และพูดให้กำลังใจ ทำให้นักศึกษากล้าที่จะสอบถามหรือขอประสบการณ์ที่อยากได้ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการพยาบาล และสามารถปฏิบัติทักษะการ

พยาบาลได้คล่องขึ้น ความรู้สึกอุ่นใจที่มีอาจารย์เฝ้าอยู่ด้วย และการที่ผู้สูงอายุให้กำลังใจนักศึกษา และปฏิบัติต่อนักศึกษาเหมือนเป็นลูกหลานด้วยการสัมผัสมือนักเรียนระหว่างการพูดคุย ความรู้สึกเชิงบวกของนักศึกษาที่เกิดขึ้น มีดังนี้

1. ความภาคภูมิใจ

ความภาคภูมิใจ เป็นความรู้สึกที่นักศึกษามีต่อตนเองในทางที่ดี นักศึกษาที่รู้สึกภาคภูมิใจระบุว่าความรู้สึกนี้เกิดขึ้นเมื่อตนเองได้ใช้ความรู้ความสามารถที่มีอยู่ปฏิบัติทักษะการพยาบาลให้ประสบผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ ดังข้อมูลที่นักศึกษานำมาบอกดังนี้

การขึ้นฝึกปฏิบัติในสัปดาห์นี้ เหตุการณ์ที่สำคัญคือ การได้สวนปัสสาวะแบบชั่วคราวเพื่อเก็บยูเอ (UA [Urinalysis] = การตรวจปัสสาวะอย่างละเอียด) เพราะว่าการใส่สายสวนปัสสาวะครั้งนี้ถือว่ามีความยากพอสมควร ทั้งนักศึกษาและอาจารย์มีความพยายามสุดกำลัง แต่ก็เก็บไม่ได้จึงต้องเรียกพี่พยาบาลมาช่วยนักศึกษาอาจารย์และพี่พยาบาลช่วยกันอยู่นานจนในที่สุดก็ได้เก็บยูเอของผู้สูงอายุท่านนั้น เมื่อปัสสาวะของผู้สูงอายุท่านนั้นไหลออก ก็รู้สึกดีใจภาคภูมิใจ ว่าอย่างน้อยเราก็มีส่วนร่วมในการเก็บยูเอ สำเร็จ และได้นำยูเอ ไปส่งตรวจ ทำให้เข้าใจว่าเมื่อเรามีความพยายามแล้วต่อให้สิ่งที่จะทำให้มีผลออกมาอย่างไรเราก็มีความพยายามที่จะทำให้สำเร็จ (91w)

ดิฉันรู้สึกมีความสุข สนุกสนานร่วมไปกับผู้สูงอายุ และคิดว่าดิฉันก็สามารถที่จะเป็นผู้นำในการทำกิจกรรมได้ รู้สึกภาคภูมิใจที่ทำตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ได้ ถ้าทุกคนมีความมั่นใจในตนเอง กิจกรรมที่ได้จัดขึ้นนั้นจะออกมาดี และจะมีความพอใจที่ตนเองได้ทำตามเป้าหมายที่ตนเองตั้งไว้ได้ (25c)

2. มีความพึงพอใจที่สร้างความสุขและรอยยิ้มให้กับผู้สูงอายุ

ในการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ นักศึกษาต้องการเห็นผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้น เมื่อผู้สูงอายุให้ความร่วมมือโดยการปฏิบัติตามและร่วมตอบคำถาม รวมถึงมีรอยยิ้มแห่งความสนุกสนาน ซึ่งสะท้อนว่าผู้สูงอายุผ่อนคลายและมีความสุข ส่งผลให้นักศึกษารับรู้ได้ถึงพลังความสุขที่ผู้สูงอายุพยายามถ่ายทอดออกมา โดยเฉพาะการทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่อยากร่วมทำกิจกรรมมาสนใจทำกิจกรรมได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้นักศึกษารู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่ตนเองได้ทำให้กับผู้สูงอายุ ดังข้อมูลที่นักศึกษานำมาบอกดังนี้

หลังจากที่ได้พูดคุยไปสักพักแล้วรู้สึกอบอุ่น เพราะผู้สูงอายุชอบการคุยไปและสัมผัสตัวไปทำให้เรารู้สึกว่าผู้สูงอายุมองเราเหมือนลูกหลาน ในการทำกิจกรรมรู้สึกได้ถึงความสุขที่พบจากรอยยิ้มและการทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ (115s)

มีความสุขที่ได้เห็นว่าผู้สูงอายุให้ความร่วมมือและมีความสุขกับกิจกรรมที่นักศึกษาจัดให้ สามารถทำให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายเพราะเมื่อผู้สูงอายุมีความสุข นักศึกษาก็รับรู้ได้ถึงพลังความสุขที่ผู้สูงอายุพยายามถ่ายทอดออกมา (184s)

3. มีความมั่นใจและอบอุ่นใจต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

นักศึกษาให้ข้อมูลว่านักศึกษารู้สึกมั่นใจและอบอุ่นในการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เพราะพยาบาลที่เลี้ยงเป็นคนใจดี พูดจาไพเราะ ให้คำแนะนำและสอน จึงเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน ทำให้นักศึกษากล้าที่จะสอบถามหรือขอประสบการณ์ที่อยากเรียนรู้กับพยาบาลที่เลี้ยงมากขึ้น นักศึกษารู้สึกอุ่นใจที่อาจารย์อยู่บนหอผู้ป่วยด้วย ส่วนสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย เป็นการที่ผู้สูงอายุยินดีที่จะสนทนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับนักศึกษา โดยในระหว่างการสนทนาผู้สูงอายุสัมผัสตัวนักศึกษา ทำให้นักศึกษารู้สึกว่าผู้สูงอายุมองนักศึกษาเหมือนลูกหลาน ดังข้อมูลที่นักศึกษานำมาบอกดังนี้

ครั้งแรกที่ทำหัตถการคู่กับพี่รู้สึกตื่นเต้นมาก ๆ จับอุปกรณ์ผิด ๆ ถูก ๆ กลัวทำไม่ได้แล้วโดนพี่ดุ แต่พี่บนหอผู้ป่วยใจดีทุกคนเข้าคู่ทำหัตถการกับใครพี่คนนั้นก็คอยเตือนสติให้ใจเย็น ๆ คอยบอกสอนโดยไม่ต่อว่า ทำให้เรามั่นใจในการทำหัตถการและทำได้รวดเร็วมากยิ่งขึ้น (123w)

ในวันถัดมาที่ลงไปพบผู้สูงอายุมีความเป็นกันเองมากขึ้น พูดคุยได้ดีขึ้น ตัวนักศึกษาเองก็กล้าที่จะพูดคุยกับผู้สูงอายุมากขึ้นกว่าวันแรก มีการเตรียมตัวตั้งคำถามมากขึ้น และมีอาจารย์คอยให้คำแนะนำตลอดการสนทนา ได้เห็นรอยยิ้มเวลาผู้สูงอายุพูดคุยถึงเรื่องราวการใช้ชีวิตตั้งแต่อายุยังน้อย การเลี้ยงดูบุตร ได้รู้ถึงความสุขของผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกดีและมีความสุขในการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดกับผู้สูงอายุ (32c)

ประเด็นหลักที่ 3 ขาดความมั่นใจในความรู้ความสามารถ

ในขณะที่นักศึกษามีความรู้รู้สึกเชิงบวกต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ นักศึกษาก็ยังได้กล่าวถึงความรู้สึกเชิงลบที่แผ่มาด้วยกันคือ ความเครียด ซึ่งเป็นสภาวะที่นักศึกษารู้สึกกดดันไม่สบายใจ นักศึกษารู้สึกขาดความมั่นใจในตัวเองว่าปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยนั้นถูกหรือผิด การต้องปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้นำกิจกรรมในการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ นอกจากนั้นยังวิตกกังวลว่าผู้สูงอายุจะดึงท่อช่วยหายใจออกเองและการที่ท่อช่วยหายใจหลุดโดยไม่ได้อาสาแผน ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพร่องออกซิเจน นักศึกษากลัวว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติจะก่อให้เกิดความผิดพลาดหรือทำให้ผู้สูงอายุอาการทรุดลงกว่าเดิม กลัวว่าผู้สูงอายุจะไม่เข้าใจในเนื้อหาความรู้ที่สอน บางครั้งนักศึกษายังรู้สึกท้อแท้ใจ เสียใจ จากการไม่สามารถตอบคำถามของอาจารย์นิเทศได้ ทำให้นักศึกษารู้สึกว่าตนเองเตรียมความรู้ในการฝึกภาคปฏิบัติไม่มากพอ นอกจากนี้ นักศึกษาจะต้องใช้การสื่อสารกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้พูดเพื่อแสดงความคิดเห็น บอกถึงปัญหาและความรู้สึกของตนเองในระหว่างการซักประวัติเพื่อค้นหาปัญหาของผู้สูงอายุ ซึ่งปัญหาการสื่อสารที่พบได้แก่ความรู้สึกอึดอัดและกังวลใจไม่รู้ว่าจะเริ่มต้นในการสื่อสารหรือเลือกใช้คำพูดอย่างไร รู้สึกขาดความมั่นใจในการเริ่มต้นสนทนากับผู้สูงอายุ และเกรงว่าคำพูดของตนจะกระทบความรู้สึกของผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งสภาวะกดดันที่ให้นักศึกษารู้สึกไม่สบายใจมาจาก 3 เรื่องหลัก ดังนี้

1. วิดกกังวล/กลัว

ความวิตกกังวล/กลัวว่าสิ่งที่ตนเองปฏิบัติจะก่อให้เกิดความผิดพลาดกับผู้ป่วยเป็นความรู้สึกของนักศึกษาที่เกิดขึ้นในหลายสถานการณ์ของการฝึกภาคปฏิบัติ เช่น ขาดความมั่นใจในความสามารถในบทบาทการเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุ กังวลใจในการผสมยาให้ผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่ การใช้เวลาในการทำแผลให้ผู้ป่วยนาน กลัวว่าจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากขึ้นหรือไม่ สุขสบายจากการดูแลหะ ดังข้อมูลที่นักศึกษาได้บันทึกไว้ ดังนี้

การผสมยาเพิ่งเป็นวันแรกของการขึ้นฝึก หนูก็ไม่รู้ว่าที่หนูกำลังทำอยู่นั้นถูกไหม หนูก็ไปถามอาจารย์แต่อาจารย์ก็ตอบกลับมาว่าเธออยู่ปี 2 แล้วจะทำอะไรเธอก็คิดเองบ้าง ทำให้ตอนนั้นหนูก็ผสมยาช้าและใช้เวลาในการผสมยาค่อนข้างเยอะ รู้สึกว่าสิ่งที่ทำอยู่นั้นถูกหรือผิดและไม่มีความมั่นใจในตัวเอง กลัวว่าตัวเองจะทำสิ่งที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดแก่ผู้ป่วย (121w)

ฉันรู้สึกตื่นเต้นและกลัว เพราะคุณยายดังท้อออกต่อหน้าต่อตา และฉันกลัวนางขอให้คุณยายไม่เป็นอะไร ขณะที่พี่พยาบาลและหมอใส่ท่อให้คุณยาย ฉันก็รู้สึกสงสารคุณยาย เพราะคุณยายท่าทางจะเจ็บมาก (190w)

2. ขาดการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาล

นักศึกษาบางคนที่มีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวลหรือไม่มั่นใจในตนเอง และขาดความรู้ทางทฤษฎีที่เพียงพอ ทำให้เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกในการจัดการสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งสถานการณ์ที่นักศึกษาได้กล่าวถึง ได้แก่ การตอบคำถามของอาจารย์ที่หาคำตอบไม่ได้ ทำให้นักศึกษาประเมินตนเองว่าเตรียมความรู้ทางทฤษฎีที่ไม่เพียงพอ เกิดความผิดพลาดในการผสมยาจากความไม่รอบคอบ ลักษณะการนิเทศของอาจารย์ที่นักศึกษาได้กล่าวถึง อาจารย์บางท่านพูดลักษณะตำหนิไม่ให้เกียรตินักศึกษา โดยไม่คำนึงว่านักศึกษายังไม่มีประสบการณ์ในปฏิบัติการพยาบาลนั้น ๆ ทำให้นักศึกษารู้สึกล้มเหลว เป็นคนที่ผิดพลาด ผิดต่อเพื่อน ๆ ที่ไม่ใช่สมาชิกกลุ่มที่ดี รู้สึกท้อแท้ใจ เศร้า เสียใจ คิดอยากลาออกจากวิทยาลัย ดังข้อมูลที่นักศึกษาได้บันทึกไว้ ดังนี้

ในขณะที่เกิดเหตุการณ์นี้หนูรู้สึกท้อแท้ใจ ที่หนูไม่ได้เตรียมข้อมูลไปดีพอ ทำให้อาจารย์ต้องมาบ่นมาดุเรื่องของหนู ทำให้เพื่อนที่เขาไม่เกี่ยวข้องต้องมารับฟังเรื่องบ่นของหนู หนูรู้สึกท้อแท้ใจ รู้สึกเศร้า รู้สึกอยากลาออก (28w)

รู้สึกว่าตนเองไม่พร้อมในการขึ้นฝึกครั้งนี้ ความรู้ที่เตรียมไปยังไม่ครอบคลุมพอที่จะดูแลผู้ป่วยคนหนึ่งได้เป็นอย่างดีและรู้สึกตื่นเต้นกับการตอบคำถามอาจารย์ทุกครั้ง ทำให้คิดไม่ทันไม่สามารถตอบคำถามของอาจารย์ได้ (26w)

3. ขาดทักษะการซักประวัติ

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญในการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยใช้วิธีการซักประวัติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความครอบคลุมและถูกต้อง สามารถนำข้อมูลที่ได้นำไปวางแผนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งในการซักประวัติผู้สูงอายุของนักศึกษาที่มีความรู้สึกตื่นเต้น ทำให้เกิดปัญหาในระหว่างการซักประวัติ เช่น การใช้คำถามที่ผู้สูงอายุไม่เข้าใจ การถามคำถามเดิม ๆ ซ้ำ ๆ การถามวกไปวนมา หรือการถามเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุไม่พอใจที่นักศึกษาได้รับรู้ได้จากคำพูดและการแสดงออกของผู้สูงอายุ นักศึกษาได้เรียนรู้แนวทางในการแก้ปัญหาโดยการซ่อมพุดซักถามกับเพื่อน การเรียบเรียงคำถามก่อนมาสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ การหยุดถามคำถามเมื่อรู้สึกว้าวใจเกินไปจนจิตใจของผู้สูงอายุ การใช้ความเจียมหรือทักษะการฟังเพื่อรอให้ผู้สูงอายุได้พูดระบาย หากผู้สูงอายุยังเจียมต้องใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก และการใช้คำพูดที่ถนอมน้ำใจผู้สูงอายุให้มากที่สุด นอกจากนี้ นักศึกษายังได้เรียนรู้ว่าสิ่งสำคัญที่สุด คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ เพื่อที่จะทำให้การพูดคุยกับผู้สูงอายุราบรื่นไปด้วยดี ดังข้อมูลที่นักศึกษาได้บันทึกไว้ ดังนี้

มีปัญหาเกี่ยวกับการซักประวัติข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อทำการสำรวจปัญหาและกิจกรรมการพยาบาลที่จะให้ผู้สูงอายุ ขณะนั้นก็รู้สึกเครียดและกดดัน เพราะผู้สูงอายุยังมีสัมพันธภาพที่ยังไม่ดีกับผู้ซักถาม ทำให้ได้ข้อมูลไม่ครบและไม่ตรงกับคำถามที่ได้ถามไป จากเหตุการณ์นี้แสดงให้เห็นว่าในการซักประวัติ สิ่งสำคัญที่สุด คือ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความไว้วางใจ เพื่อที่จะทำให้การพูดคุยกับผู้สูงอายุราบรื่นไปด้วยดี (119s)

การถามคำถามเดิม ๆ ซ้ำ ๆ ทำให้คุณยายพูดว่า “บอกไปแล้ว” และสีหน้าคุณยายก็เปลี่ยน มีท่าทีที่ไม่อยากคุยต่อ ซึ่งบางคำถามที่เพื่อนถามไปแล้วก็ไม่ควรที่จะถามซ้ำอีก หากได้ข้อมูลในส่วนนี้แล้ว และให้ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ (153s)

อภิปรายผลการวิจัย

ประสบการณ์การเรียนรู้การพยาบาลผู้สูงอายุผ่านการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลมี 3 ประเด็นหลักคือ 1) การฝึกปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้เข้าใจกระบวนการสูงอายุ 2) มีความรู้สึกในเชิงบวกต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล 3) ขาดความมั่นใจในความรู้ความสามารถ ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การฝึกปฏิบัติการพยาบาลช่วยให้นักศึกษาเข้าใจกระบวนการสูงอายุสะท้อนให้เห็นว่านักศึกษาได้มีการเชื่อมโยงความรู้ภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากการเรียนรู้ทางคลินิกเป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ ทำให้นักศึกษาได้มีโอกาสพิจารณาไตร่ตรองกระบวนการสูงวัยผ่านประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม ค้นหาประเด็นและปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุเพื่อการดูแลและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์นี้จะช่วยสร้างมุมมองต่อผู้สูงอายุขึ้นใหม่ ส่งผลให้ทัศนคติของนักศึกษาเปลี่ยนไป การเรียนรู้ทางคลินิกเป็นโอกาสที่ดีในการสร้างแรงบันดาลใจให้นักศึกษา

พยาบาลเข้าใจการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุและส่งเสริมทัศนคติเชิงบวกที่มีต่อการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับผลการวิจัย ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, และสุภัทรา สีเสนห์ (2560) นักศึกษาพยาบาล ได้แสดงความคิดเห็นต่อประโยชน์ของการใช้รูปแบบการจัดการเรียนรู้จากประสบการณ์ว่าการเรียนรู้จาก ประสบการณ์จริง ทำให้มีความรู้ความเข้าใจผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมทั้งในภาวะ ปกติหรือภาวะเสี่ยง และ Sakamoto (2022) ได้ศึกษาการรับรู้ของนักศึกษาต่อประสบการณ์การฝึกปฏิบัติ การพยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี พบว่า ประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติทำให้นักศึกษาพยาบาล เกิดกระบวนการเรียนรู้จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้นักศึกษาเข้าใจกระบวนการสูงอายุได้ ลึกซึ้งเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ประสบการณ์การเรียนรู้ดังกล่าวไม่ได้ส่งผลต่อเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ยังส่งผลต่อนักศึกษาพยาบาลในการตั้งเป้าหมายเพื่อดำเนินชีวิตไปสู่การสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy aging)

ความรู้สึกเชิงบวกต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลนักศึกษา ต้องการผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดี มีความยิ้มแย้มแจ่มใส เพื่อให้เกิดความกล้าแสดงออกทางด้านความคิดและ การปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย วิกฤต พบว่า นักศึกษาพยาบาลจะกล้าปฏิบัติทักษะการพยาบาล กล้าถามและขอคำแนะนำถ้าอาจารย์เินเทศ อาจารย์พี่เลี้ยง พยาบาลประจำการมีความยิ้มแย้มแจ่มใส เข้าใจ เห็นใจให้ความรู้ให้การดูแลแบบเอื้ออาทร และมีสัมพันธภาพที่ดีกับนักศึกษา ทำให้ลดความวิตกกังวล ความเครียด นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ที่ดี และ ฝึกปฏิบัติทักษะได้อย่างมั่นใจมากขึ้น (Naglaa & Amal, 2015) นอกจากนี้ นักศึกษายังเกิดความภาคภูมิใจ ในตนเอง ซึ่งเกิดจากการประเมินคุณค่าของตนเองว่ามีความสามารถและมีความพึงพอใจที่สามารถใช้ ศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล และการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจนประสบความสำเร็จ ความภาคภูมิใจในตนเองนี้เป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่ สำคัญ เช่น ผู้สูงอายุ อาจารย์ พยาบาลพี่เลี้ยง (Panteka, Koukourikos, & Pizirtzidou, 2014) และ Mattos et al. (2015) ได้เสนอว่า การจัดให้นักศึกษาพยาบาลและผู้สูงอายุได้ร่วมกันทำกิจกรรมในระหว่าง การฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลมีความสนใจต่อการดูแล ผู้สูงอายุต่อไป

ขาดความมั่นใจในความรู้ความสามารถของตนเอง เป็นประสบการณ์เชิงลบที่นักศึกษาได้บันทึก ในแบบสะท้อนคิด ซึ่งมีหลายปัจจัยคือ วิตกกังวล ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ขาดความรู้ สัมพันธภาพและการสื่อสาร ลักษณะการนิเทศงานและสัมพันธภาพกับอาจารย์ ขาดการเตรียมความพร้อม เป็นปัจจัยที่ทำให้นักศึกษาขาดแรงจูงใจและความสนใจต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ส่งผลให้การเรียนรู้ ลดลงและผลการเรียนรู้ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง รวมถึงประสิทธิภาพในการปฏิบัติการพยาบาลลดลง ซึ่ง อาจารย์เินเทศไม่สามารถควบคุมปฏิกิริยาตอบสนองต่อสภาพแวดล้อมทางคลินิกของนักศึกษาได้ แต่ควร ทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์เชิงลบที่นักศึกษาพยาบาลกำลังประสบในระหว่าง การฝึกปฏิบัติการทางคลินิก ดังนั้น อาจารย์ควรดูแลนักศึกษาอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะเมื่อนักศึกษาให้การดูแล

ผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยและมีความซับซ้อนในการดูแล เพื่อลดความวิตกกังวลและตื่นเต้นของนักศึกษา และควรเตรียมความพร้อมของนักศึกษาก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติ โดยการประเมินความรู้และทักษะการปฏิบัติพยาบาลก่อนและหลังการเตรียมความพร้อมเพื่อให้ นักศึกษาทราบปัญหาของตนเองและวางแผนการ พัฒนาตนเองต่อไป เช่นเดียวกับอาจารย์จำเป็นต้องวางแผนให้การช่วยเหลือนักศึกษาที่มีปัญหาการเตรียม ความพร้อมให้นักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติจึงมีความสำคัญมากในการช่วยให้นักศึกษามีความเครียดน้อยลง และมีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะการพยาบาลต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย (ภักทิยา จันทเวช, 2561)

ประสบการณ์เชิงลบอีกอย่างของนักศึกษาคือ ขาดทักษะการซักประวัติ การประเมินสถานะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาลที่มีความสำคัญ โดยใช้การพูดคุยหรือซักถามข้อมูลของผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ คุณภาพของการประเมินภาวะสุขภาพขึ้น กับทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ จากผลการวิจัยพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการสื่อสารเกิดขึ้นทั้งจาก ผู้สูงอายุและตัวนักศึกษาเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dahlke, Kalogirou, and Swoboda (2020) พบว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความเห็นว่าการสื่อสารกับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ซับซ้อนและเป็นทักษะที่ยาก บทเรียน การสื่อสารไม่มีข้อมูลแนะนำว่าควรจะพูดกับผู้สูงอายุในเรื่องอะไร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสื่อสารกับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ผลการวิจัยยังพบว่า นักศึกษาได้เรียนรู้ว่าการซักประวัติเป็นสิ่งสำคัญ ที่สุด การพูดคุยกับผู้สูงอายุจะต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Hammar, Holmstrom, Skoglund, Meranius, and Sundler (2017) ซึ่งทำการศึกษาการดูแลและการสื่อสารกับผู้ สูงอายุของนักศึกษาพยาบาลพบว่าแม้ว่านักศึกษามีทัศนคติที่ดีในการสื่อสารกับผู้สูงอายุแต่สมรรถนะ การสื่อสารของนักศึกษายังต้องได้รับการปรับปรุงทั้งในด้านการสร้างสัมพันธภาพและเทคนิคการสื่อสาร ที่ดีอาจารย์จำเป็นต้องเพิ่มความสามารถของนักศึกษาในการสื่อสารกับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพโดยการ ส่งเสริมให้นักศึกษาได้เรียนรู้ทักษะการสื่อสารที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุ โดยการจัดประสบการณ์ให้ นักศึกษาเผชิญสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์จำลองในคลินิกเพื่อฝึกทักษะการสื่อสารในการปฏิบัติการ พยาบาล และ จากการศึกษาของ ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์ และสุภัทรา สีเสนห์ (2560) ได้พัฒนาโปรแกรม พัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลด้านการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมผ่านการเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์ หลังจากที่ใช้ทดลองใช้โปรแกรมพบว่า นักศึกษาทุกคนมีทักษะการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ถูกต้อง มีความมั่นใจในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุ

สรุปและข้อเสนอแนะ

นักศึกษาพยาบาลสะท้อนให้เห็นว่าการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุช่วยเพิ่มพูนการเรียนรู้จาก ภาคทฤษฎี ประสบการณ์การเรียนรู้ในภาคปฏิบัติเพิ่มความรู้ลึกเชิงบวกต่อการฝึกปฏิบัติการพยาบาล ผู้สูงอายุและมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามนักศึกษาพยาบาลยังขาดทักษะปฏิบัติการพยาบาลทำใ้ นักศึกษาพยาบาลขาดความมั่นใจ อาจส่งผลต่อคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุและการเรียนรู้ของนักศึกษา

การเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุและการเพิ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารกับผู้สูงอายุ อาจารย์นิเทศควรมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ผ่านการรับรู้ของตนเองจากแบบอย่างจะทำให้การแสดงออกของนักศึกษาเมื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพมีโอกาสที่จะปฏิบัติเป็นรูปแบบเดียวกัน

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาพยาบาล

สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการเตรียมนักศึกษาพยาบาลให้มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ภายหลังการจัดกิจกรรมสิ้นสุดลงควรได้มีการสะท้อนผลสำเร็จในการจัดกิจกรรมของนักศึกษา เพื่อส่งเสริมคุณค่าในตนเองและเกิดเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุและการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ
2. ควรจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรให้นักศึกษาก่อนการเรียนการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มประสบการณ์และพัฒนาเจตคติต่อผู้สูงอายุ
3. ควรจัดประสบการณ์ให้นักศึกษาเผชิญสถานการณ์จริงหรือสถานการณ์จำลองในคลินิกเพื่อพัฒนาทักษะต่าง ๆ เป็นการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนการฝึกปฏิบัติ สร้างเสริมความรู้และความมั่นใจให้กับนักศึกษา

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

ข้อมูลวิจัยไปศึกษาความต้องการของนักศึกษาต่อการเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติ หรือพัฒนารูปแบบหรือผลของการเตรียมความพร้อมนักศึกษาก่อนฝึกปฏิบัติงานต่อความรู้ เจตคติและทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ทุ่มเทเวลาและให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- ปณดา เหล่าธนากร. (2561). *ประสบการณ์ทางจิตใจในการทำวิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาเอก (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับที่ ๓ ไม่ได้ตีพิมพ์)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพฯ.
- ภักทิยา จันทเวช. (2561). การเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลเพื่อลดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงาน ห้องคลอด. *วารสารเกื้อการุณย์*, 25(1), 184-191.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริกุล การุณเจริญพาณิชย์, และสุภัทรา สีเสนห์. (2560). การพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาลด้านการประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมผ่านการเรียนรู้โดยใช้ประสบการณ์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(2), 168-180.

- สมจิตต์ สีนุชชัย, สุดา เดชพิทักษ์ศิริกุล, และปิยะรัตน์ หยกสุริยันต์. (2561). การสะท้อนคิดการปฏิบัติในการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 19(2), 15-23.
- สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี, และณัฐชานันท์ ชาบัวคำ. (2565). ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 16(1), 325-342.
- Bagnato, S., Dimonte, V., & Garrino, L. (2013). The reflective journal: A tool for enhancing experience-based learning in nursing students in clinical practice. *Journal of Nursing Education and Practice*. 3(3), 102-111.
- Bjerkvik, L. K., & Hilli, Y. (2019). Reflective writing in undergraduate clinical nursing education: A literature review. *Nurse Education in Practice*. 35, 32-41.
- Dahlke, S., Kalogirou, M. R., & Swoboda, N. L. (2020). Registered nurses' reflections on their educational preparation to work with older people. *International Journal of Older People Nursing*. 1-11.
<https://doi.org/10.1111/opn.12363>
- Dewey, J. (1933). *How we think: A restatement of the relation of reflective thinking to the educative process*. Boston, MA: D.C. Heath & Co Publishers.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Educational Unit, Oxford Polytechnic.
- González-García, M., Lana, A., Zurrón-Madera, P., Valcárcel-Álvarez, Y., & Fernández-Feito, A. (2020). Nursing students' experiences of clinical practices in emergency and intensive care units. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2-14.
<http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17165686>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Hammar, L. M., Holmstrom, I. K., Skoglund, K., Meranius, M. S., & Sundlere, A. J. (2017). The care of and communication with older people from the perspective of student nurses. A mixed method study. *Nurse Education Today*, 52, 1-6.
- Jasper, M., & Rosser, M. (2013). *Reflection and reflective practice*. In Rosser, M., Mooney, G. P., & Jasper, M. (Eds). Professional development. reflection and decision making in nursing and Healthcare. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Levett-Jones, T., & Bourgeois, S. (2015). *The clinical placement: An essential guide for nursing students*. Sydney, Australia: N.S.W. Elsevier Australia.
- Mattos, M. K., Jiang, Y., Seaman, J. B., Nilsen, M. L., Chasens, E. R., & Novosel, L. M. (2015). Baccalaureate nursing students' knowledge of and attitudes toward older adults. *Journal of Gerontological Nursing*. 41(7), 46-56.

- Mlinar Reljic, N., Pajnkihar, M., & Fekonja, Z. (2019). Self-reflection during first clinical practice: The experiences of nursing students. *Nurse Education Today*. 72, 61-66.
- Naber, J., & Markley, L. (2017). A guide to nursing students' written reflections for students and educators. *Nurse Education in Practice*. 25, 1-4.
- Naglaa, A., & Amal, I. (2015). Assessment of critical care nursing student's stressor and coping strategies during clinical practice in intensive care and emergency units. *Asian Academy of Management Journal*. 13(4), 1-39.
- Panteka, A. D., Koukourikos, K., & Pizirtzidou, E. (2014). The concept of self-esteem in nursing education and its impact on professional behavior. *International Journal of Caring Sciences*, 7(1), 6-11.
- Sakamoto, R. R. (2022). Influence of "RAP" experiences on nursing students' career choices in aging: A qualitative exploration. *Nurse Education Today*. 109, 1-5.
- Sun, F. K., Long, A., Tseng, Y. S., Huang, H. M., You, J. H., & Chiang, C. Y. (2016). Undergraduate student nurses' lived experiences of anxiety during their first clinical practicum: A phenomenological study. *Nurse Education Today*. 37, 21-26.
- Teskereci, G., & Boz, I. (2019). "I try to act like a nurse": A phenomenological qualitative study. *Nurse Education in Practice*. 37, 39-44.
- Westin, L., Sundler, A. J., & Berglund, M. (2015). Students' experiences of learning in relation to didactic strategies during the first year of a nursing programme: A qualitative study. *BMC Medical Education* 15(49), 2-8.

ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง การพยาบาลมารดาและทารก

พัชรินทร์ วิหคหาญ, พย.ม.^{1*}

นิศากร เขารัตน์, วท.ม.¹

รุ่งทิพย์ ไชยโยยิ่งยงค์, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 26 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 16 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 16 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การจัดการเรียนการสอนโดยสถานการณ์จำลองช่วยให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกจากสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพการณ์จริงมากที่สุด ส่งผลให้นักศึกษามีความพร้อมสำหรับการปฏิบัติการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดได้ การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับคัดเลือกตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3 ของวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง จำนวน 89 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอด ผู้วิจัยพัฒนาเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ภาพรวมอยู่ใน ระดับมากที่สุด ($M=4.24$, $SD=0.68$) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ใช้ข้อมูลจากสถานการณ์จำลองที่เรียนรู้มาเป็นฐานในการคิดวิเคราะห์และมีเหตุผลประกอบการปฏิบัติที่เชื่อถือได้ ($M=4.35$, $SD=0.57$) และ การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้เข้าใจการทำงานเป็นทีมและการมีส่วนร่วมในการวางแผนงานร่วมกับทีมสุขภาพได้มากขึ้นเหมาะสม ($M=4.35$, $SD=0.64$) การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองสามารถนำมาใช้ในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา และทารกและการผดุงครรภ์ แก่นักศึกษาภายใต้การนิเทศที่ผู้สอนมีการเตรียมความพร้อม และกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลเกิดสะท้อนคิดอย่างเป็นเหตุผล

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอน, สถานการณ์จำลอง, นักศึกษาพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: พัชรินทร์ วิหคหาญ, อีเมล: phatcharin.wi@bcnr.ac.th

Nursing Students' Opinions Towards Simulation Based Maternal-Newborn Nursing Education

Phatcharin Wihokharn, M.N.S.^{1}*

Nisakorn Yaowarat, M.Sc.¹

Rungtip Chaiyoyingyong, M.N.S.¹

(Received: May 26th, 2022; Revised: June 16th, 2022; Accepted: June 16th, 2022)

Abstract

Simulation-Based Learning (SBL) allows nursing students to practice maternal and child nursing skills by imitating real-life situations to develop the students' readiness for nursing practice during a patient's pregnancy, childbirth, and postpartum period. This descriptive research aimed to study the nursing students' opinions toward SBL. Eighty-nine participants who met the inclusion criteria of being a third-year nursing student at a nursing college in the central part of Thailand were recruited into the study. The intervention was an SBL learning experience about nursing care for pregnant women during childbirth. Data were collected using the Students' Opinions Towards Simulation Based Learning Questionnaires. The questionnaire's reliability analysis yielded a .98 Cronbach's alpha coefficient. The results showed that, overall, the students' opinions about SBL were at the highest level ($M = 4.24$, $SD = 0.68$). The items with highest scores were the use of data learned from SBL contributes to students' critical thinking skills and supports rational for a reliable practice ($M = 4.35$, $SD = 0.57$) and SBL helps students to understand teamwork and participation with healthcare providers to produce care plans ($M = 4.35$, $SD = 0.64$). The result suggests that SBL can be applied to preparation activities for nursing students in the Maternal-Newborn Nursing and Midwifery Practicum under the supervision of nursing instructors who have prepared and are able to stimulate critical reflection to nursing students.

Keywords: learning and teaching, Simulation Based Learning, nursing students

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Phatcharin Wihokharn, E-mail: phatcharin.wi@bcnr.ac.th

บทนำ

ด้วยพระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 (2545) มีแนวทางจัดการศึกษาในระดับอุดมศึกษา โดยยึดหลักว่าผู้เรียนทุกคนสามารถเรียนรู้และพัฒนาตนเองได้ และถือว่าผู้เรียนมีความสำคัญที่สุด กระบวนการจัดการศึกษาต้องส่งเสริมให้ผู้เรียนสามารถพัฒนาตามธรรมชาติและเต็มตามศักยภาพเพื่อให้มีความรู้ และมีทักษะในการประกอบอาชีพ การจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จึงมีการจัดการเรียนการสอนที่สะท้อนความเป็นจริง และมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น โดยเอื้อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติได้หลายครั้งจนเกิดความชำนาญ มีทักษะการคิด การแก้ไขปัญหาอย่างมีวิจารณญาณ และสามารถที่จะตัดสินใจทางคลินิกได้ (จิราวุธวัน ชาญสูงเนิน, 2564) การฝึกปฏิบัติในวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและการผดุงครรภ์ ในปัจจุบันยังคงต้องมีการฝึกปฏิบัติจริงกับหญิงตั้งครรภ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอดที่ต้องใช้ความร่วมมือทั้งด้านความรู้ ความมั่นใจ การมีทักษะการทำคลอดที่ดี และการฝึกฝนประสบการณ์จริงกับหญิงตั้งครรภ์ในห้องคลอด (นิตยา สุขแสน, 2561) แต่เนื่องจากสถานการณ์การเกิดของเด็กไทยที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญตลอดหลายปีที่ผ่านมา (Prasartkul, Thaweessit, & Chuanwan, 2019) ประกอบกับการคำนึงถึงสิทธิผู้บริโภคเป็นสำคัญ ส่งผลให้นักศึกษามีประสบการณ์ในการดูแลผู้คลอดได้น้อยลง ส่งผลต่อการเรียนรู้ในการให้การพยาบาล และขาดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา (วรางคณา คุ่มสุข, 2564) เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจตั้งแต่เรียนทฤษฎีในวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ นักศึกษามองเห็นภาพการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ระยะคลอดได้ชัดเจนขึ้น และได้มีการทบทวนตนเอง และพัฒนาตนเองให้พร้อมสำหรับการฝึกภาคปฏิบัติวิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1

การนำแนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง (Simulation base learning [SBL]) มาใช้ในการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล เป็นวิธีหนึ่งที่เปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะการปฏิบัติการพยาบาลจากสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพการณ์จริงมากที่สุด โดยสามารถฝึกปฏิบัติได้บ่อยตามต้องการ และไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับหญิงตั้งครรภ์ในกรณีที่เกิดความผิดพลาด (วรางคณา คุ่มสุข, 2564; Lin, 2016) หุ่นจำลองทางการแพทย์ สามารถแสดงอาการต่าง ๆ เพื่อให้ผู้เรียนได้ตัดสินใจปฏิบัติทักษะทางการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์ตามเหตุการณ์จำลองที่ผู้สอนกำหนดขึ้น (วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมูสิ, และจิตติอาภา ตั้งคำวานิช, 2559) ซึ่งแตกต่างจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จริงหรือบนห้องคลอด เพราะนักศึกษาพยาบาลที่ไม่มีความรู้ ความมั่นใจ และไม่มีความพร้อมในการรับคลอด จึงขาดโอกาสในการปฏิบัติการพยาบาลแก่หญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดได้ เนื่องจากการคลอดเป็นสถานการณ์ที่ฉุกเฉิน เกิดขึ้นรวดเร็ว ต้องใช้การตัดสินใจแก้ปัญหาในภาวะวิกฤติหรือภาวะฉุกเฉินต่าง ๆ และหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ปลอดภัยได้มาตรฐานจากทีมสุขภาพ เพื่อป้องกันผลกระทบที่อาจเกิดกับหญิงตั้งครรภ์ (วรางคณา คุ่มสุข, 2564) ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองจึงเป็นทางเลือกในวิธีการสอนอย่างหนึ่งที่สามารถกำหนดสถานการณ์ ยุติสถานการณ์ และกำหนดให้เกิดสถานการณ์ซ้ำได้

สาขาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี จัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 โดยให้นักศึกษาฝึกทักษะ ประสบการณ์ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด โดยให้ฝึกจากหญิงตั้งครรภ์จริงบนหอผู้ป่วย พบว่านักศึกษาไม่สามารถนำความรู้ที่เรียนจากภาคทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาล หญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดได้ ทั้งนี้เนื่องจาก เนื้อหาที่เรียน มีจำนวนมาก มีคำศัพท์เฉพาะ นักศึกษาจำ เนื้อหาที่เรียนไม่ได้ และเป็นการสอนที่เน้นการบรรยายในห้องเรียนมากกว่าการฝึกปฏิบัติหรือทดลอง จากของจริง ทำให้การเรียนรู้ จดจำเนื้อหาที่เรียนค่อนข้างสั้น สอดคล้องกับแนวคิดพีรามิดการเรียนรู้ ของ Dale's (Master, 2013) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้จากการบอกต่อหรืออธิบายคนอื่นได้ เป็นวิธีการเรียนรู้ ที่ทำให้ผู้เรียนมีความคงทนของการเรียนรู้มากที่สุด (ร้อยละ 90) การปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการ ลงมือปฏิบัติทำให้ผู้เรียนมีความคงทนของการเรียนรู้รองลงมา (ร้อยละ 75) ในขณะที่การปรึกษาหารือ ภายในกลุ่มซึ่งการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม ทำให้ผู้เรียนมีความคงทนของการเรียนรู้อย่างน้อย ร้อยละ 50 และเปอร์เซ็นต์ ของความคงทนของการเรียนรู้ค่อยๆ ลดลงไปตามลำดับ จากการจำลองการทำงาน หรือการสาธิตย้อนกลับ (ร้อยละ 30) การเรียนรู้สิ่งที่ได้เห็นได้ยิน (ร้อยละ 10) และการฟังการบรรยาย (ร้อยละ 5) การเรียนรู้จากการบอกต่อหรืออธิบายคนอื่นได้ การเรียนรู้จากการลงมือปฏิบัติ การปรึกษาหารือภายในกลุ่มซึ่งการเรียนรู้เกิดจากปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม และจำลองการทำงานหรือการสาธิตย้อนกลับ ทำให้เข้าใจลึกซึ้งถึงการปฏิบัติ (Active learning) นั้นมีฐานมาจากการรับรู้ข้อมูลจากการได้เห็น และได้ยินจากภาพนิ่ง ภาพยนตร์ รวมทั้งเสียงจากการฟังการบรรยาย ดังนั้นการเรียนรู้จากสถานการณ์ จำลองเป็นการลงมือปฏิบัติที่ก่อให้เกิดความคงทนของการเรียนรู้ตามแนวคิดพีรามิดการเรียนรู้

ผู้วิจัยและคณะจึงได้นำการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมาใช้ในรายวิชาการ พยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 เพื่อช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยจัดให้ผู้เรียนได้แสดงบทบาทตามสถานการณ์ที่กำหนดขึ้นหรือจำลองสถานการณ์คล้ายหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอดจริง ผู้เรียนได้ฝึกบทบาท และมีปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ที่มีสภาพคล้ายความเป็นจริง ทำให้ เกิดการเรียนรู้ และฝึกทักษะซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงานจริง เมื่อขึ้นฝึกภาคปฏิบัติ และพบสถานการณ์จริงที่คล้ายคลึงกับสถานการณ์จำลอง จะส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลเกิดความมั่นใจ และทำให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลทันที (มาลี คำคง, ผาณิต หลีเจริญ, ยุวนิดา อารามรมย์, และอริสา จิตต์วิบูลย์, 2559) เนื่องจากเป็นปีที่ 2 ที่ทางภาควิชาการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มาใช้ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาทำความเข้าใจของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้ สถานการณ์จำลอง เพื่อนำไปพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และ การผดุงครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาล มารดา ทารกและการผดุงครรภ์ 1 โดยใช้สถานการณ์จำลอง

คำถามการวิจัย

ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 โดยใช้สถานการณ์จำลองอยู่ในระดับใด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 โดยใช้สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561

นิยามเชิงปฏิบัติการ

1. ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล หมายถึง ความคิดเห็นและความรู้สึกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง ที่มีต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 ประเมินได้จากแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2. สถานการณ์จำลอง หมายถึง กระบวนการที่ผู้วิจัยใช้ในการจัดการเรียนการสอนนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง เพื่อช่วยให้เกิดการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยให้ผู้เรียนได้ฝึกประสบการณ์เสมือนจริงขึ้นสูงกับหุ่นภายใต้สถานการณ์จำลองที่ผู้สอนกำหนดขึ้นเป็นห้องคลอดที่มีผู้รับบริการมีอาการเจ็บครรภ์คลอดและคลอดทางช่องคลอด โดยมีข้อมูลของผู้รับบริการ บทบาท และกติกาการเล่นของผู้เรียน เมื่อผู้เรียนมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งต่างๆ ที่อยู่ในสถานการณ์นั้น จะตัดสินใจและแก้ปัญหาต่าง ๆ ในลักษณะเดียวกันกับที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ปีการศึกษา 2561 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคกลาง จำนวน 144 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้ตารางของ Krejcie and Morgan (1970) โดยกำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่น 95% สามารถคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้ 103 คน แต่ตอบแบบสอบถามเพียง 89 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยแบ่งนักศึกษาเป็นกลุ่มตามระดับการศึกษา เก่ง ปานกลาง อ่อน แล้วในแต่ละกลุ่มเรียงตามชื่อ ตามลำดับเลขประจำตัว แล้วเลือกนักศึกษาจากรายชื่อทุกคนที่ 1 และ 2 จากนั้น 3 ตามลำดับรายชื่อ

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้านี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรม ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี รหัส BCNR 025/2561 และผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของ

กลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งไม่มีผลกระทบต่อชีวิต การเป็นนักศึกษาและผลการเรียนที่พึงได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ ขณะคลอด ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามขอบเขตเนื้อหาวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ระยะคลอด จากข้อมูลจริงของหญิงตั้งครรภ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย คือ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอด สร้างโดยผู้วิจัย แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการเตรียมความพร้อมจำนวน 4 ข้อ ด้านการสอนและดำเนินสถานการณ์ จำนวน 7 ข้อ ด้านการประเมินผลการเรียนรู้ จำนวน 5 ข้อ และด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 26 ข้อ คำตอบเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) การแปลผลระดับความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง แปลตามช่วงของค่าเฉลี่ยดังนี้ เห็นด้วยมากที่สุด ($M = 4.20 - 5.00$) เห็นด้วยมาก ($M = 3.40 - 4.19$) เห็นด้วยปานกลาง ($M = 2.60 - 3.39$) เห็นด้วยน้อย ($M = 2.59 - 1.80$) และเห็นด้วยน้อยที่สุด ($M = 1.00 - 1.79$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นทั้ง 2 ส่วน ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลแม่และเด็ก จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความตรงตามโครงสร้าง (Construct validity) เพื่อให้ได้สาระตรงกับสิ่งที่ต้องการมากที่สุด หลังจากได้รับพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือกลับมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำสถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดไปทดลองใช้กับนักศึกษา ชั้นปีที่ 4 จำนวน 10 คน 2 กลุ่ม เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ด้านเทคนิค (Technical feasibility) และด้านการปฏิบัติ (Operational feasibility)

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอด ที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มนักศึกษาที่ลักษณะเหมือนกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 ของสถาบันอื่น จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .98

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยพบนักศึกษาทั้งชั้นเรียน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การวิจัย รายละเอียดของการจัดการเรียนการสอน โดยผู้สอนใช้สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิง

ตั้งครรภ์ขณะคลอดในวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 กับทุกคน และแจ้งผลการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างการวิจัยเพื่อตอบแบบสอบถาม มีรายละเอียดดังนี้

1. แบ่งนักศึกษาออกเป็น 10 กลุ่ม ๆ ละ 14-15 คน โดยมีกลุ่มตัวอย่างกระจายอยู่ตามกลุ่มต่าง ๆ กลุ่มละ 10-11 คน มอบหมายให้นักศึกษาศึกษาค้นคว้าด้วยตนเองจากสถานการณ์เรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดโดยศึกษาข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการเจ็บป่วย รายงานการฝากครรภ์ อาการปัจจุบัน ความก้าวหน้าทางการคลอด การรักษาที่ได้รับ อาการหลังคลอด การตรวจสุขภาพมารดา ทารกหลังคลอด ตามวันและเวลาที่กำหนดร่วมกับอาจารย์ประจำกลุ่ม เพื่อระบุข้อมูลที่มีความสำคัญและสิ่งที่สังเกตได้

2. นักศึกษาประชุมปรึกษาในกลุ่ม นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ของข้อมูล ร่วมกับอาจารย์ประจำกลุ่มโดยวิเคราะห์ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ และบอกความสัมพันธ์ของข้อมูลนำไปสู่ปัญหาทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอด

3. นักศึกษาซักถามและอภิปรายร่วมกัน แสดงความคิดเห็น ผู้สอนสรุปประเด็นสำคัญเพิ่มเติมและสรุปการศึกษาสถานการณ์

4. แบ่งนักศึกษาออกเป็น 4 กลุ่ม ๆ ละ 36 คน สุ่มตัวแทนกลุ่ม ๆ ละ 4 คน (กลุ่มตัวอย่าง 2 ราย) เข้าร่วมฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดที่ห้องปฏิบัติการมารดา ทารก นักศึกษาคนที่ไม่ได้ฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองให้สังเกตการณ์อยู่ในห้องที่สามารถมองเห็นการฝึกปฏิบัติผ่านกระจกกัน หรือดูเหตุการณ์ผ่านทีวีในห้องได้ โดยมีอาจารย์เป็นผู้ชี้แนะระหว่างให้การพยาบาล 1 คน และอีก 1 คนคุมสถานการณ์ในคอมพิวเตอร์ ภายหลังเสร็จการฝึกทักษะจากสถานการณ์จำลอง อาจารย์และนักศึกษาร่วมถอดบทเรียนจากการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองที่ละกลุ่มโดยมีอาจารย์ช่วยในการสรุปแนวคิดในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอด

5. จัดทำแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอดในรูปแบบออนไลน์ และส่งลิงก์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยชี้แจงการตอบแบบสอบถาม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามแสดงเจตนาพร้อมยินยอมเข้าร่วมวิจัยในใบปะหน้าแบบสอบถามและตอบแบบสอบถามใช้เวลา 15-20 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ตอบกลับมา และนำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบแล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปและความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง วิเคราะห์โดยหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นนักศึกษาพยาบาล จำนวน 89 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 97.75) และอายุอยู่ในช่วง 20-22 ปี (อายุเฉลี่ย 20.92 ปี, $SD = 0.61$) ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($M = 4.24$, $SD = 0.68$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุดคือ ด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ ($M = 4.27$, $SD = 0.62$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือ ด้านการเตรียมความพร้อม ($M = 4.11$, $SD = 0.71$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง

ความคิดเห็นของนักศึกษา	ร้อยละของระดับความคิดเห็น				M	SD	แปลผล
	5	4	3	2			
การเตรียมความพร้อม	29.78	53.37	15.17	1.68	4.11	0.71	มาก
การสอนและดำเนินสถานการณ์	36.76	51.69	10.91	0.64	4.25	0.67	มากที่สุด
การประเมินผลการเรียนรู้	37.98	49.44	12.58	0	4.25	0.66	มากที่สุด
ผลลัพธ์การเรียนรู้	36.40	54.38	9.22	0	4.27	0.62	มากที่สุด
ภาพรวม	35.39	51.40	12.50	0.70	4.24	0.68	มากที่สุด

หมายเหตุ $n = 89$ คน

ด้านการเตรียมความพร้อมในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือ ทำความเข้าใจกับนักเรียนถึงวิธีการสอน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ กิจกรรมการเรียนการสอน การประเมินผลหลังดูสถานการณ์จำลอง และข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการเรียน ให้ผู้เรียนเข้าใจและการวางแผนการเรียนได้ ($M = 4.25$, $SD = 0.70$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือ เตรียมเนื้อหาเสียงประกอบ สื่ออุปกรณ์การจัดสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น สถานที่ดูการถ่ายทอดสถานการณ์จำลอง สอนชัดเจน ได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ($M = 4.04$, $SD = 0.72$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองด้านการเตรียมความพร้อม

ความคิดเห็นของนักศึกษา ด้านการเตรียมความพร้อม	ร้อยละของระดับความคิดเห็น				M	SD	แปลผล
	5	4	3	2			
1. เตรียมเนื้อหา เสี่ยงประกอบ สื่ออุปกรณ์ การจัดสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น สถานที่ คู่มือถ่ายทอดสถานการณ์จำลอง สอนชัดเจน ได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์	23.60	61.80	10.11	4.49	4.04	0.72	มาก
2. เตรียมเนื้อหาการสอน เหมาะสมกับ เวลา 2 ชั่วโมง	25.84	56.18	17.98	0	4.08	0.66	มาก
3. การจัดเตรียมนักศึกษาเป็นตัวแทนเข้าไปร่วม ในสถานการณ์จำลอง เหมาะสม	30.34	49.44	17.98	2.24	4.08	0.76	มาก
4. ทำความเข้าใจกับนักเรียนถึงวิธีการสอน ชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมการเรียนการสอน การประเมินผลหลังสถานการณ์จำลอง และ ข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการเรียน ให้ผู้เรียน เข้าใจและวางแผนการเรียนได้	39.33	46.07	14.60	0	4.25	0.70	มากที่สุด

หมายเหตุ $n = 89$ คน

ด้านการสอนและดำเนินสถานการณ์ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง
ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือ การนำสื่อ
การสอน เช่น หุ่นมารดา รก ทารก อุปกรณ์การรับคลอด มาใช้ในการประกอบการถ่ายทอด กระตุ้นให้
ผู้เรียนเข้าใจได้ง่ายขึ้น ($M = 4.33$, $SD = 0.70$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือ
ลำดับขั้นตอนการสอนเป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง เข้าใจง่าย ชวนให้น่าเรียนรู้ ($M = 4.12$, $SD = 0.69$)
ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองด้านการสอนและดำเนินสถานการณ์

ความคิดเห็นของนักศึกษาด้านการสอน และดำเนินสถานการณ์	ร้อยละของระดับความคิดเห็น				M	SD	แปลผล
	5	4	3	2			
1. ลำดับขั้นตอนการสอนเป็นขั้นตอน มีความต่อเนื่อง เข้าใจง่าย ชวนให้น่าเรียนรู้	28.09	58.43	11.24	2.24	4.12	0.69	มาก
2. การนำสื่อการสอน เช่น หุ่นมารดา รก ทารก อุปกรณ์การรับคลอด มาใช้ในการประกอบ การถ่ายทอด กระตุ้นให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่ายขึ้น	46.07	40.45	13.48	0	4.33	0.70	มากที่สุด
3. ถ่ายทอดความรู้เหมาะสมกับเนื้อหา	37.08	56.18	6.74	0	4.30	0.59	มากที่สุด
4. ผู้สอนสามารถสื่อสาร/ถ่ายทอดความรู้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล	34.83	56.18	8.99	0	4.26	0.61	มากที่สุด
5. มีการกระตุ้นให้ผู้เรียนมีส่วนร่วม ส่งเสริม กระบวนการคิด และแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ อย่างเหมาะสม	43.82	42.70	13.48	0	4.30	0.70	มากที่สุด
6. วิธีการให้นักศึกษาได้ดูการถ่ายทอดผ่าน สถานการณ์จำลอง สามารถทดแทนการไป ศึกษาของจริง/ดูงานบนหอผู้รับบริการ และคู่มือได้	37.08	49.44	11.24	2.24	4.21	0.73	มากที่สุด
7. ผู้สอนยืดหยุ่นและปรับแก้การสอนได้เหมาะสม กับเหตุการณ์และผู้เรียนได้อย่างเหมาะสม	30.34	58.42	11.24	0	4.19	0.62	มาก

หมายเหตุ $n = 89$ คน

ด้านการประเมินผลการเรียนรู้ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือ การใช้วิธีประเมินผล วิธีการสุ่มให้นักศึกษา ได้แสดงความรู้สึกล่อสิ่งให้เห็น การหาเหตุผลของการกระทำผ่านสถานการณ์จำลอง และการนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ (Debrief) เหมาะสม ($M = 4.33$, $SD = 0.67$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับเห็นด้วยมาก คือ มีการสรุปข้อมูลหลังการถ่ายทอดสดที่เหมาะสม เข้าใจง่าย ($M = 4.17$, $SD = 0.68$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองด้านการประเมินผลการเรียนรู้

ความคิดเห็นของนักศึกษาด้านการประเมินผล การเรียนรู้	ร้อยละของระดับความคิดเห็น			M	SD	แปลผล
	5	4	3			
1. วิธีการมอบหมายให้นักศึกษา ศึกษาจาก สถานการณ์ และมีการทวนสอบความรู้สึ การเรียนรู้หลังเรียน (Debrief)	43.82	41.57	14.61	4.29	0.71	มากที่สุด
2. การใช้วิธีประเมินผล วิธีการสุ่มให้นักศึกษา ได้แสดงความรู้สึกล่อลวงให้เห็น การหาเหตุผล ของการกระทำผ่านสถานการณ์จำลอง และ การนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ (Debrief) เหมาะสม	43.82	44.94	11.24	4.33	0.67	มากที่สุด
3. ผู้เรียนมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง เพื่อนในกลุ่มมากขึ้น	34.83	50.56	14.61	4.20	0.68	มากที่สุด
4. มีการสรุปข้อมูลหลังการถ่ายทอดสดที่เหมาะ สม เข้าใจง่าย	32.58	51.69	15.73	4.17	0.68	มาก
5. นักศึกษามีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่าง มีเหตุผล	34.83	58.43	6.74	4.28	0.58	มากที่สุด

หมายเหตุ n = 89 คน

ด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ในการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือ ใช้ข้อมูลจากสถานการณ์จำลองที่เรียนรู้ มาเป็นฐานในการคิดวิเคราะห์มีเหตุผลประกอบการปฏิบัติที่เชื่อถือได้ ($M = 4.35$, $SD = 0.57$) และการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ทำให้เข้าใจการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วมในการวางแผนงานร่วมกับทีมสุขภาพได้มากขึ้น ($M = 4.35$, $SD = 0.64$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด แต่อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด คือ มีการสอดแทรกคุณธรรมและค่านิยมที่ดีงามแก่นักศึกษาโดยใช้สถานการณ์จำลอง ($M = 4.21$, $SD = 0.67$) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาล
ต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองด้านผลลัพธ์การเรียนรู้**

ความคิดเห็นของนักศึกษาด้านผลลัพธ์การเรียนรู้	ร้อยละของระดับความคิดเห็น			M	SD	แปลผล
	5	4	3			
1. การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง กระตุ้นผู้เรียนให้มีปฏิสัมพันธ์กับผู้สอนและเพื่อนในกลุ่มมากขึ้น	34.83	53.93	11.24	4.24	0.64	มากที่สุด
2. ความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดการเรียนการสอนแบบโดยใช้สถานการณ์จำลอง	32.58	59.55	7.87	4.25	0.59	มากที่สุด
3. มีการเชื่อมโยงความรู้ในเนื้อหาวิชาที่เรียนกับสถานการณ์จำลองที่จัดขึ้นทำให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้น	37.08	49.44	13.48	4.24	0.67	มากที่สุด
4. มีการสอดแทรกคุณธรรมและค่านิยมที่ดีงามแก่นักศึกษาโดยใช้สถานการณ์จำลอง	34.83	51.69	13.48	4.21	0.67	มากที่สุด
5. การกระตุ้นความคิดโดยใช้สถานการณ์จำลอง	37.08	52.81	10.11	4.27	0.64	มากที่สุด
6. ใช้ข้อมูลจากสถานการณ์จำลองที่เรียนรู้มาเป็นฐานในการคิดวิเคราะห์มีเหตุผลประกอบการปฏิบัติที่เชื่อถือได้	39.33	56.18	4.49	4.35	0.57	มากที่สุด
7. การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ช่วยให้ผู้เรียนเกิดความคิดวิเคราะห์ คิดอย่างเป็นระบบมากขึ้น	34.83	60.68	4.49	4.30	0.55	มากที่สุด
8. การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองทำให้เข้าใจการทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วมในการวางแผนงานร่วมกับทีมสุขภาพได้มากขึ้น	43.82	47.19	8.99	4.35	0.64	มากที่สุด
9. การสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ทำให้เข้าใจความสำคัญของการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมกับเพื่อน มากขึ้น	37.08	51.68	11.24	4.26	0.65	มากที่สุด
10. ภาพรวมการเรียนโดยสถานการณ์จำลอง	32.58	60.68	6.74	4.26	0.57	มากที่สุด

หมายเหตุ n = 89 คน

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาการพยาบาลมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ 1 โดยใช้สถานการณ์จำลองเรื่องการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอด ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ภาพรวมอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ($M = 4.24$, $SD = 0.68$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการเตรียมความพร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของ วรวิษา สำราญเนตร และนิตยา กออิสรานภาพ (2562) ที่ศึกษาความพึงพอใจและความเชื่อมั่นในตนเองในการพยาบาลผู้รับบริการวิกฤตของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยนเรศวร ที่เรียนโดยใช้สถานการณ์จำลอง พบว่า นิสิตพยาบาลมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ ดวงฤทัย บัวด้วง, จำปี เกรนเจอร์, จิราภรณ์ ปั่นอยู่, และจงใจ จงอร่ามเรือง (2563) ที่พบว่าภายหลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงเรื่องการพยาบาลผู้รับบริการเด็กที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว นักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจและมีความมั่นใจในตนเองในระดับมากและมากที่สุด

ด้านการเตรียมความพร้อมพบว่า ข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ มีการทำความเข้าใจกับนักเรียนถึงวิธีการสอน ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ กิจกรรมการเรียนการสอน การประเมินผลหลังดูสถานการณ์จำลอง และข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการเรียน ให้ผู้เรียนเข้าใจและการวางแผนการเรียนได้ ($M = 4.25$, $SD = 0.70$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภรัตน์ แจ่มแจ้ง และคณะ (2560) พบว่าการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองสูงขึ้น ซึ่งการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิดและเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ มีบทบาทสำคัญในการเป็นศูนย์กลางทางจิตใจและก่อให้เกิดความรู้สึกถึงความพยายาม มั่นใจคลายความกังวลและสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง และสมจิตต์ สิ้นธุชัย และกันยารัตน์ อุบลวรรณ (2560) ที่ว่าการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ เป็นแนวทางที่สำคัญ ในการเตรียมความพร้อมให้ผู้เรียนก่อนการเรียนรู้ (Prebrief) นักศึกษาเข้าใจถึงบทบาทของตนก่อนการเรียน ซึ่งการกำหนดบทบาทของผู้ที่อยู่ในสถานการณ์ เปิดโอกาสให้ผู้เรียนสร้างความคุ้นเคยกับหุ่น เพื่อให้เกิดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เตรียมเนื้อหา เสียงประกอบ สื่ออุปกรณ์การจัดสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ เช่น สถานที่ดูการถ่ายทอดสถานการณ์จำลอง สอนชัดเจนได้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เนื่องจากสถานที่ที่วิทยาลัยใช้ในการสังเกตการณ์ไม่ใช่ห้องสำหรับการสังเกตการณ์ตลอด กล้องวงจรปิดในห้องจะติดเฉพาะจุดเพื่อวิชาผู้ใหญ่ที่ไม่จำเป็นต้องเน้นบริเวณช่วงล่างของหุ่นเหมือนของการคลอด ห้องค่อนข้างแคบสำหรับนักศึกษา 32 คน อยู่ในห้องขนาด 12 ตารางเมตร นักศึกษาไม่สามารถสังเกตสถานการณ์ผ่านกระจกได้ชัดเจนทุกคน การดูผ่านทีวีขึ้นอยู่กับมุมกล้อง บางช่วงนักศึกษาที่อยู่ในสถานการณ์ยังไม่สามารถเห็นได้ เช่น ช่วงที่ทำคลอด กอปรกับเป็นการใช้สถานการณ์จำลองเป็นครั้งแรกทำให้นักศึกษาตื่นเต้นอยากเห็น อยากได้ยินอย่างชัดเจน แต่สถานที่ไม่เอื้อจึงส่งผลต่อความคิดเห็นของนักศึกษาต่อการเตรียมสื่ออุปกรณ์และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ได้ สอดคล้อง

กับการศึกษาของ สุพรรณิ กัณห์ดิลก และตรีชญา ปูนสำเร็จ (2559) ที่พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง คือมีอุปกรณ์ หุ่นจำลองทั้งอย่างง่ายและหุ่นจำลองเสมือนขั้นสูง จอรับภาพ และอุปกรณ์สนับสนุนอื่น ๆ มีห้องปฏิบัติการและห้องเรียนกลุ่มย่อย ที่สามารถมองเห็นการปฏิบัติการของเพื่อนได้

ด้านการสอนหรือดำเนินสถานการณ์ (Scenario) ข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยความคิดเห็นมากที่สุด คือ การนำสื่อการสอน เช่น หุ่นมารดา รก ทารก อุปกรณ์การรับคลอด มาใช้ในการประกอบการถ่ายทอด กระตุ้นให้ผู้เรียนเข้าใจได้ง่ายขึ้น ($M = 4.33$, $SD = 0.70$) เนื่องจากขณะใช้ในสถานการณ์จำลองสอน มีการใช้หุ่นหญิงตั้งครรภ์ทางการแพทย์ (Sim Mom) ที่แสดงอาการได้เสมือนหญิงตั้งครรภ์ขณะคลอด เช่น ส่งเสียงร้องได้ มีสัญญาณชีพ มีเสียงหัวใจทารก และทำคลอดจริงได้ มีอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับผู้คลอด พร้อมใช้ ผู้สอนกระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการแสดงบทบาท ส่งเสริมกระบวนการคิด ขณะดำเนิน สถานการณ์ นักศึกษาได้ลงมือปฏิบัติทำคลอดจริง ซึ่งสะท้อนถึงการออกแบบสถานการณ์และการดำเนิน สถานการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับ วันดี แก้วแสงอ่อน, อุทุมพร คลยเกษม, และสุทัศน์ เหมทานนท์ (2564) ที่กล่าวว่าบทบาทของครูผู้สอนในการใช้สถานการณ์จำลอง ควรมีการออกแบบสถานการณ์และการสรุป ผลการเรียนรู้จึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ผู้สอนต้องวางแผนการจัดการเรียนรู้เป็นอย่างดี เพื่อส่งเสริม ให้ผู้เรียนบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่คาดหวัง

ด้านการประเมินผลการเรียนรู้ (Debriefing) ข้อรายการที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ วิธีการสุมให้นักศึกษาได้แสดงความรู้สึกต่อสิ่งที่เห็น การหาเหตุผลของการกระทำผ่านสถานการณ์จำลอง และการนำ ความรู้ไปประยุกต์ใช้ (Debrief) เหมาะสม ($M = 4.33$, $SD = 0.67$) ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุด ของการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองที่ทำให้มีความรู้เพิ่มขึ้น มีความพึงพอใจ และมีความมั่นใจในตนเอง (สมจิตต์ สินธุชัย และกันยรัตน์ อุบลวรรณ, 2560; Shiner, 2018) เพราะช่วยให้นักศึกษาทำความเข้าใจกับ ประสบการณ์ ได้วิเคราะห์ตนเอง ความรู้สึก วิเคราะห์สถานการณ์ และกิจกรรมที่ปฏิบัติ ตามรูปแบบการ สะท้อนคิดของ Gibbs's reflective cycle (Fanning & Gaba, 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตต์ สินธุชัย และกันยรัตน์ อุบลวรรณ (2560) ที่ศึกษาผลลัพธ์การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง เสมือนจริงพบว่า นักศึกษาได้รับประโยชน์จากการเรียนรู้ จัดจำความรู้ที่ได้เรียนรู้ได้นาน ผู้เรียนมีความ พึงพอใจ และตระหนักในความรู้ของตนเองที่ต้องพัฒนา ดังนั้นสรุปได้ว่าการทบทวนหลักการแนวคิดที่ นำมาปฏิบัติ เปรียบเสมือนการทบทวนความรู้ที่มีว่ามีเพียงไร พอสำหรับการนำมาประยุกต์ใช้ครั้งต่อไป หรือไม่ ทำให้นักศึกษาเห็นว่าตนเองต้องพัฒนาตนเองอย่างไรต่อไป

ด้านผลลัพธ์การเรียนรู้ พบว่าการใช้ข้อมูลจากสถานการณ์จำลองที่เรียนรู้ มาเป็นฐานในการคิด วิเคราะห์ มีเหตุผลประกอบการปฏิบัติที่เชื่อถือได้ และการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง ทำให้เข้าใจการ ทำงานเป็นทีม มีส่วนร่วมในการวางแผนงานร่วมกับทีมสุขภาพได้มากขึ้น ($M = 4.35$, $SD = 0.57$) สอดคล้อง กับการศึกษาของ นิตยา สุขแสน (2561) ที่กล่าวว่า กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพการทำคลอดครั้งแรก ของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศด้วยการเปิดโอกาสให้แสวงหาความรู้ด้วยตนเองและส่งเสริมให้นำความรู้

และทักษะการทำความเข้าใจอย่างต่อเนื่อง ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใฝ่เรียนรู้ การจัดการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้มีความสำคัญ เพราะทำให้ผู้เรียนมีการเรียนรู้ที่อิสระ ได้คิด ได้กระทำ สามารถค้นหา ข้อมูลการเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง รวมทั้ง ได้เรียนรู้ความก้าวหน้าของตนเองอีกด้วย และสอดคล้องกับการ ศึกษาของ สุพรรณิ กัณห์ติก และตรีชฎา ปูนสำเร็จ (2559) ที่พบว่า การสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง ช่วยให้ผู้เรียนเกิดทักษะการแก้ปัญหาการพยาบาล (Problem solving skill) ในระดับมาก ($M=4.41$, $SD=0.57$) และทำให้เกิดทักษะการตัดสินใจทางคลินิกในระดับมาก ($M=4.41$, $SD=0.48$) ผู้เรียนร้อยละ 93 ระบุว่า ขั้นตอนของการสะท้อนคิดช่วยให้ผู้เรียนเรียนรู้ในระดับมาก การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง เป็นวิธีการจัดการเรียนรู้ที่จำลองสถานการณ์ทางคลินิกเพื่อให้ผู้เรียนได้มีประสบการณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติ การพยาบาลด้วยตนเอง เป็นวิธีการเรียนรู้ที่สามารถทำให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่หลากหลาย ทั้งด้านความรู้ ทักษะ การคิด การตัดสินใจแก้ปัญหา ตลอดจนการสื่อสาร และการทำงานเป็นทีม ที่สอดคล้องกับความสามารถของผู้เรียนแต่ละชั้นปี และการคิดวิเคราะห์ที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การตั้งคำถามที่เหมาะสม และกระตุ้นผู้เรียนด้วยคำถามเจาะลึก (Cantrell, Franklin, Leighton, & Carlson, 2017) ซึ่งจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้วิเคราะห์ตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

1. ด้านการจัดการเรียนการสอน สามารถนำผลการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลอง มาใช้เพื่อเตรียมความพร้อมในการฝึกภาคปฏิบัติวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารกแก่นักศึกษา โดยครูต้องเตรียมนักศึกษา และสะท้อนคิดอย่างเป็นเหตุผลผ่านสถานการณ์จำลอง
2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลของการจัดการเรียนการสอนใช้สถานการณ์จำลอง กับการรับรู้สมรรถนะและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลมารดาและทารกของนักศึกษาพยาบาล

เอกสารอ้างอิง

- จิราณัฐพร ชาญสูงเนิน. (2564). การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง: การศึกษาพยาบาล. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 14(1), 145-153.
- ดวงฤทัย บัวด้วง, จำปี เกรนเจอร์, จิราภรณ์ ปั่นอยู่, และจงใจ จงอร่ามเรือง. (2563). ความพึงพอใจ และความมั่นใจในตนเอง ในการพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวของนักศึกษา พยาบาลหลัง การเรียนรู้ด้วยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง. *วารสารรามายิต*, 26(3), 385-400.
- นิตยา สุขแสน. (2561). กลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพการทำคลอดครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลทหารอากาศ. *วารสารแพทยสารทหารอากาศ*, 64(3), 89-95.
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2545). *พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542 แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2545 หมวด 4 แนวการจัดการศึกษา: มาตรา 22 ราชกิจจานุเบกษา*, 116 (74ก), 1-28.

- มาลี คำคง, ผาณิต หลีเจริญ, ยวนิดา อารามรมย์, และอริสา จิตต์วิบูลย์. (2559). ผลของการใช้สถานการณ์จำลองต่อความมั่นใจในความสามารถ ของตนเองในการดูแลและการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงสำหรับ ผู้รับบริการวิกฤตฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุข ภาคใต้*, 3(3), 52-64.
- วงเดือน สุวรรณศิริ, อรพิน จุลมณี, และฐิติอาภา ตั้งคำวานิช. (2559). การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองสำหรับนิสิตนักศึกษาพยาบาล, *วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 28(2), 1-14.
- วรรณวิสา สำราญเนตร, และนิตยา กออิสรานูภาพ. (2562). ความพึงพอใจในการจัดการเรียนการสอนแบบใช้สถานการณ์จำลอง ในการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะช็อคของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 22(1), 64-75.
- วรางคณา กุ่มสุข. (2564). การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการเตรียมความพร้อมก่อนฝึกปฏิบัติงาน วิชาปฏิบัติการพยาบาลมารดา ทารกและผดุงครรภ์ 1 ต่อความรู้ ความพึงพอใจและความมั่นใจ ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 3. *The New Viridian Journal of Arts, Humanities and Social Sciences*, 1(6), 1-15.
- วันดี แก้วแสงอ่อน, อุทุมพร ดุลยเกษม, และสุทัศน์ เหมทานนท์. (2564). การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาล ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง: จากห้องเรียนสู่การเรียนรู้ด้วยโปรแกรมออนไลน์. *วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม*, 8(11), 96-111.
- ศุภรัตน์ แจ่มแจ้ง, วิจารณ์ ยมดิษฐ์, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิศ, ดวงแข พิทักษ์สิน, ปิยะนาฏ ช่างเสียง, และ อังคณา หมอนทอง. (2560). ผลการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(ฉบับพิเศษ), 46-58.
- สุพรรณิ กัณห์ฉิลก, และตรีชฎา ปุ่นสำเร็จ. (2559). การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์เสมือนจริง: การ ออกแบบการเรียนรู้ทางการพยาบาล. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 9(1), 1-14.
- สมจิตต์ สินธุชัย, และกันยรัตน์ อุบลวรรณ. (2560). การเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง: การนำ ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(1), 29-38.
- Cantrell, M. A., Franklin, A., Leighton, K., & Carlson, A. (2017). The evidence in simulation-based learning experiences in nursing education and practice: An umbrella review. *Clinical Simulation in Nursing*, 13(12), 634-667.
- Fanning, R. M., & Gaba, D. M. (2007). The role of debriefing in simulation-based learning. *Simulation in healthcare*, 2(2), 115-125.
- Lin, H. H. (2016). Effectiveness of simulation-based learning on student nurses' self-efficacy and performance while learning fundamental nursing skills. *Technology and Health Care*, 24(s1), S369-S375.

- Master, K. (2013). Edgar Dale's Pyramid of learning in Medical education: A Literature review. *Medical Teacher*, 35(11), e1584-e1593.
- Prasartkul, P., Thaweessit, S., & Chuanwan, S. (2019). Prospects and contexts of demographic transitions in Thailand. *Journal of Population and Social Studies*, 27(1), 1-22.
- Shiner, N. (2018). Is there a role for simulation-based education within conventional diagnostic radiography? A literature review. *Radiography*, 24(3), 262-271.

การวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของ คลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

สุชานาฏ มุสิกการัตน์, พว.^{1*}
ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ประ.ด.²
ศศิธร ลายเมฆ, ประ.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 13 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 6 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 6 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้พัฒนาองค์กรอย่างยั่งยืน การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ประชากรเป้าหมายเป็นผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดในคลินิก จำนวน 31 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) แพทย์ด้านหู คอ จมูก ที่ปฏิบัติงานในทีมนำในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 10 คน 2) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน 3) บุคลากรที่มีใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน และ 4) บุคลากรห้องตรวจการได้ยินจำนวน 5 คน เก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยง และวิเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งบันทึกอุบัติการณ์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเอกสาร คือเอกสารที่ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์ ได้แก่ เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยง เช่น รายงานการทบทวนอุบัติการณ์ และถูกจัดทำขึ้นระหว่าง พ.ศ. 2561- พ.ศ. 2563 แนวคำถามการสนทนากลุ่มได้รับการตรวจสอบตรงโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า การบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ในด้านโครงสร้าง บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้และความสามารถในการบริหารความเสี่ยง และมีความเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วย ในด้านกระบวนการ บุคลากรในคลินิกมีกระบวนการบริหารความเสี่ยงครบ 5 ขั้นตอน และด้านผลลัพธ์ มีรายงานอุบัติการณ์ 3 ปี (พ.ศ. 2561-2563) รวม 60 ครั้ง ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ คือ เพิ่มอัตราค่าจ้างให้เหมาะสมกับงานที่เพิ่มขึ้น พัฒนาทักษะการรายงานอุบัติการณ์ผ่านคอมพิวเตอร์ เพิ่มช่องทางการสื่อสารของทีมทำงาน และพัฒนาคู่มือการบริหารความเสี่ยงให้มีความสอดคล้องกับงาน

คำสำคัญ: การวิเคราะห์สถานการณ์, การบริหารความเสี่ยง, คลินิกหู คอ จมูก

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* ผู้ประพันธ์บทความ: สุชานาฏ มุสิกการัตน์, อีเมล: msuchana@medicine.psu.ac.th

Situational Analysis of the Risk Management of the Ear, Nose, and Throat Clinic at Songklanagarind Hospital

Suchanat Musikarat, RN.^{1}*

Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.²

Sasithorn Laimek, Ph.D.²

(Received: May 13th, 2022; Revised: June 6th, 2022; Accepted: June 6th, 2022)

Abstract

A risk management is an important tool for sustainable organizational development. The objective of this qualitative research was to analyze risk management at Ear, Nose, and Throat (ENT) clinics, Songklanagarind Hospital. The target population was: 1) 10 ENT physicians working in a patient care team, 2) four registered nurses, 3) 12 practical nurses and nursing assistants, and 4) five auditory laboratory staff. Researchers collected data using focus group discussions about risk management and document analysis of related documents and written incident record. Documents which met the inclusion criteria of being related to risk management, such as incident report reviews, and having been produced between 2018 and 2020, were included in the sample. The validity of the focus group discussion guidelines was assessed by three experts. The guideline's index of item objective congruence was 1.0. The data were analyzed using content analysis. The results revealed three aspects of risk management: the structure, process, and outcomes. Regarding the structural aspect, most staff have knowledge about and the ability to perform risk management, as well as understanding and being aware patients' risks. Regarding process aspect, the clinic personnel followed all five steps of risk management. Finally, with regard to the outcome aspect, there were a total of 60 incidents reported during three-year periods (2018-2020) analyzed. Nursing administrators can use the research results to develop an effective risk management model by increasing the number of workers to be suitable for the workload, improving the staff's incident reporting skills via computer, increasing communication channels among the working teams, and developing a risk management manual to ensure consistent application of the system.

Keywords: situational analysis, risk management, ENT Clinic

¹ Master of Nursing Science in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Prince of Songkla University.

* Corresponding author: Suchanat Musikarat, E-mail: msuchana@medicine.psu.ac.th

บทนำ

การบริหารความเสี่ยงเป็นการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย แม้จะมีการพัฒนาระบบและแนวทางเฝ้าระวังความเสี่ยงในระบบบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นและส่งผลกระทบต่อความสูญเสีย จากสถิติทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 10 ได้รับอันตรายจากความคลาดเคลื่อนในการรักษาพยาบาล (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล [องค์การมหาชน; สรพ.], 2562) ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ตลอดจนค่าใช้จ่ายต่าง ๆ แม้ว่าปัจจุบันความเจ็บป่วยจะมีความซับซ้อนและรุนแรงขึ้น แต่ความรู้และเทคโนโลยีด้านการรักษาพยาบาลได้พัฒนาอย่างรวดเร็วมากขึ้นเช่นกัน ซึ่งส่งผลให้มีผลลัพธ์การรักษที่ดี ความท้าทายที่เกิดควบคู่กับผลการรักษาที่ดีขึ้น คือ การเฝ้าระวังความเสี่ยงทางคลินิกเฉพาะโรค และการไม่มีความเสี่ยงที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เพื่อให้สถานพยาบาลได้รับการยอมรับว่าเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ (Dlugacz, 2017) การมีระบบบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยมากขึ้นจึงเป็นภารกิจสำคัญของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโรงพยาบาลตติยภูมิขั้นสูง ที่มีผู้มาใช้บริการในคลินิก หู คอ จมูก จำนวนมาก โดยในระยะ 3 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนผู้มาใช้บริการในคลินิกเพิ่มขึ้น 2-3 เท่า กล่าวคือจากเดิมมีผู้มาใช้บริการวันละ 100 ราย มีห้องตรวจ 14 ห้อง เพิ่มเป็น มีผู้มาใช้บริการวันละ 250-300 ราย มีห้องตรวจรวม 21 ห้อง ได้แก่ ห้องตรวจทั่วไป 16 ห้อง ห้องส่องกล้อง 1 ห้อง ห้องตรวจประสาทการได้ยิน 3 ห้อง และห้องฝึกพูด 1 ห้อง นอกจากนี้ยังมีห้องรอตรวจสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว โดยคลินิกหู คอ จมูก นี้จะให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ ซึ่งส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ เช่น หายใจลำบาก ติดเชื้อทางเดินหายใจ หรือโรคทางเดินหายใจภูมิแพ้ และผู้ป่วยที่มีท่อเจาะคอที่ส่งมาขอรับการปรึกษาจากแผนกต่าง ๆ รวมทั้งผู้ป่วยในที่ได้รับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยที่ส่งต่อมาจากห้องฉุกเฉินเพื่อทำหัตถการที่ซับซ้อนมีความเสี่ยงสูง จากจำนวนเตียงที่มีจำกัด และนโยบายลดจำนวนวันนอนทำให้จำนวนผู้ป่วยที่ทำหัตถการที่แผนกผู้ป่วยนอกแบบไม่พักค้าง (One day surgery) ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นร้อยละ 50 จากปี พ.ศ. 2562 (งานเวชระเบียน, 2562; 2563) การทำหัตถการต่าง ๆ จึงทำที่คลินิก เช่น การส่องกล้องถึงหลอดลม การเปลี่ยนท่อช่วยหายใจ การจี้ไฟฟ้าเพื่อหยุดการไหลของเลือดในจมูก รวมทั้งรับส่งต่อผู้ป่วยมะเร็งหู คอ จมูกจากทุกโรงพยาบาลในภาคใต้ ความเสี่ยงสำคัญของผู้ป่วยซึ่งเป็นความท้าทายของคลินิกหูคอจมูก คือ ความเสี่ยงต่อทางเดินหายใจส่วนต้นอุดตันในผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งทางหู คอ จมูก และผู้ป่วยติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และความเสี่ยงต่อการหยุดหายใจจากการได้รับยานอนหลับในเด็กที่ทำการตรวจประสาทการได้ยินด้วยคอมพิวเตอร์และเยื่อแก้วหู รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมาคลินิกหู คอ จมูก ได้ดำเนินการตามนโยบายและแนวทางบริหารความเสี่ยงของโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่ายังคงมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงของผู้ป่วยเกิดขึ้น ใน พ.ศ. 2561-2563 มีอุบัติการณ์ระดับ E (เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา) 1 ราย และอุบัติการณ์ระดับ H (เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วย ส่งผลให้ต้องมีการช่วยชีวิต) 1 ราย

จากการวิเคราะห์สาเหตุที่แท้จริงของทั้ง 2 อุบัติการณ์ พบว่า การคัดกรองและการประเมินผู้ป่วยหลังการตรวจวินิจฉัย ไม่รัดกุม ไม่มีการแยกผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงออกจากผู้ป่วยทั่ว ๆ ไป รวมทั้งไม่มีการแยกกลุ่มระหว่างผู้ป่วยที่ผ่านการคัดกรองและยังไม่ได้รับการคัดกรองออกจากกัน บุคลากรไม่มีความไวในการสังเกตอาการและสื่อสารความเสี่ยงกับผู้เกี่ยวข้องได้ รวมทั้งระบบกำกับติดตาม การทำงานของบุคลากรทุกระดับยังไม่ชัดเจน (งานเวชระเบียน, 2561; 2562; 2563) จากปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงที่มีความเฉพาะเจาะจงกับลักษณะความเจ็บป่วยของผู้ใช้บริการทางหู คอ จมูก โดยเริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันที่เกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์

แนวคิดที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง คือ แนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาพยาบาลของ Donabedian (2005) ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ส่วนการวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงในประเทศไทย ส่วนใหญ่ยึดตามแนวทางของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล เช่น องค์ประกอบในระบบบริหารความเสี่ยงและความปลอดภัย (สรพ., 2558) ประกอบด้วย 1) การประสานงานระบบที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงและระบบสารสนเทศ 2) การค้นหาและจัดลำดับความสำคัญของความเสี่ยง 3) การกำหนดมาตรการป้องกันสื่อสารสร้างความตระหนัก 4) ระบบรายงานอุบัติการณ์ รายงาน วิเคราะห์ ใช้ประโยชน์ 5) การวิเคราะห์สาเหตุและนำไปสู่การแก้ปัญหา และ 6) การประเมินประสิทธิผลและนำไปสู่การปรับปรุง ส่วนขั้นตอนการบริหารความเสี่ยง ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดบริบทเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal environment) 2) การสื่อสารและปรึกษาหารือ (Communication & consultation) 3) การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง (Risk assessment) 4) แผนรับมือกับความเสี่ยง (Risk treatment plan) และ 5) การติดตามและทบทวน (Monitor & review; สรพ., 2561) ซึ่งงานวิจัยนี้ได้นำทั้ง 2 แนวคิดมาเป็นแนวทางในการวิเคราะห์สถานการณ์

การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้พัฒนาองค์กรให้ผู้ปฏิบัติตระหนักและรับผิดชอบร่วมกัน นำไปสู่การเป็นองค์กรที่น่าไว้วางใจ ลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ป้องกันได้ให้ผู้ใช้บริการดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่า มีความจำเป็นที่จะทำการวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เพื่อให้ได้ซึ่งข้อมูลเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์บริหารความเสี่ยงของคลินิกหู คอ จมูก ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยงใช้แนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาพยาบาลของ Donabedian (2005) โดยวิเคราะห์ 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) โครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านคู่มือบริหารความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ และด้านปัจจัยสนับสนุน 2) กระบวนการ (Process) และ 3) ผลลัพธ์ (Output) โดยในส่วนของการกระบวนการ วิเคราะห์ตามขั้นตอน

การบริหารความเสี่ยงของ สรพ. (2561) ประกอบด้วย 1) การกำหนดบริบทเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร 2) การสื่อสารและปรึกษาหารือ 3) การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง 4) แผนรับมือกับความเสี่ยง และ 5) การติดตามและทบทวน

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบการงานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เก็บข้อมูลในเดือนเมษายนถึงตุลาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยผู้ปฏิบัติงานทั้งหมด 31 คน ของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ แบ่งเป็น 4 กลุ่มตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ได้แก่ 1) อาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้านประจำคลินิก หู คอ จมูก ที่ปฏิบัติงานในทีมนำในการดูแลผู้ป่วย (Patient care team [PCT]) จำนวน 10 คน 2) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 4 คน 3) บุคลากรที่มีใช้พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 คน และ 4) บุคลากรห้องตรวจการได้ยินจำนวน 5 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเอกสารคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ คือ เป็นเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่จัดทำขึ้นระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2561- ตุลาคม พ.ศ. 2563 เช่น รายงานการทบทวนอุบัติการณ์ เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เอกสารเลขที่ REC.64 -103 -19-9 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2564 เมื่อได้รับการรับรอง ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หลังจากนั้นจึงติดต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัยและขอความยินยอม ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 7 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่ใช้สนทนากลุ่มจำนวน 4 ข้อ ที่สร้างจากแนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาของ Donabedian (2005) ใน 2 องค์ประกอบ คือ โครงสร้าง ประกอบด้วย ด้านบุคลากร ด้านคู่มือบริหารความเสี่ยง ด้านสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ และด้านปัจจัยสนับสนุน ในส่วนกระบวนการ กำหนดแนวคำถามการสนทนากลุ่มตามขั้นตอนการบริหารความเสี่ยงของ สรพ. (2561) ประกอบด้วย 1) การกำหนดบริบทเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร 2) การสื่อสารและปรึกษาหารือ 3) การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง 4) แผนรับมือกับความเสี่ยง และ

5) การติดตามและทบทวน รวมถึงปัญหาและแนวทางแก้ไขการบริหารความเสี่ยง ในแต่ละองค์ประกอบ ตัวอย่างแนวคำถามการสนทนากลุ่ม เช่น “มีความคิดเห็นอย่างไรกับสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูก คอ จมูก ในปัจจุบัน” และ “มีความคิดเห็นอย่างไรกับการสื่อสารเกี่ยวกับความเสี่ยง” เป็นต้น

2. แบบบันทึกการวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อประเมินองค์ประกอบด้านผลลัพธ์ ตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาพยาบาลของ Donabedian (2005) มีลักษณะเป็นตารางตรวจสอบรายการและมีพื้นที่สำหรับบันทึกรายละเอียด ข้อมูลที่บันทึก ได้แก่ จำนวนเหตุการณ์ และรายละเอียดของเหตุการณ์

3. ผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือวิจัย ได้พัฒนาตนเองให้มีความสามารถใน 3 ด้าน ได้แก่ การให้คำปรึกษาด้านวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง การเป็นผู้วิจัยร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ความเสี่ยง และการประสานงานกับกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุน กระตุ้นให้การช่วยเหลือในทุกขั้นตอนในกระบวนการวิจัย การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้ตรวจการพยาบาลที่รับผิดชอบงานด้านการบริหารความเสี่ยง หัวหน้าหอผู้ป่วยนอกและอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำเรื่องการปรับภาษาให้เข้าใจง่าย รวมทั้งแนะนำให้เพิ่มคำถามเกริ่นนำเกี่ยวกับประสบการณ์ความเสี่ยง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแนวคำถามการสนทนากลุ่มไปทดลองใช้กับพยาบาลห้องตรวจอื่นจำนวน 4 คน หลังการทดลองได้ปรับปรุงคำถามเพิ่มเติม ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา พบว่าหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence [IOC]) ของแนวทางการสนทนากลุ่มคือ 1.0 ซึ่งแสดงว่าแนวคำถามดังกล่าวเหมาะสม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. รับสมัครและเตรียมผู้ช่วยวิจัยเพื่อทำหน้าที่เป็นผู้จัดบันทึกและอำนวยความสะดวก 2 คน โดยเป็นพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานอื่น มีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยมาก่อน และเป็นพยาบาลที่ผู้เข้าร่วมวิจัยทุกกลุ่มคุ้นเคยมาก่อนเพื่อให้สามารถพูดคุยแสดงความคิดเห็นได้อย่างเป็นธรรมชาติ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการเก็บข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่ม

2. ประสานงานกับหัวหน้าหน่วยงานของผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และรายละเอียดของการเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้ พร้อมทั้งขออนุญาตเข้าถึงเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงต่าง ๆ

3. ติดต่อไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัยเพื่ออธิบายรายละเอียดการวิจัยตามเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย ก่อนที่จะขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย และนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการทำสนทนากลุ่ม

4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม 4 ครั้งโดยแยกกลุ่มสนทนาเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 1 ครั้ง คือ กลุ่มพยาบาล แพทย์ เจ้าหน้าที่ที่ไม่ใช่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ห้องตรวจการได้ยิน ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้เวลาสนทนาเฉลี่ยกลุ่มละ 100-120 นาที จนได้ข้อมูลที่อิ่มตัวคือพูดคุยสนทนาจนครบตามหัวข้อที่กำหนดไว้ ในระหว่างสนทนากลุ่มมีการบันทึกเสียง บันทึกเหตุการณ์ กริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล รวมทั้งจดบันทึกช่วยจำในประเด็นที่สำคัญ ๆ

5. เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารโดยใช้แบบบันทึกการวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยงการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ส่วนข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยงนำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้ถอดเทปข้อมูลแล้วจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์เนื้อหา โดยดำเนินการทีละกลุ่ม ประกอบด้วย

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสนทนาถอดเทป ด้วยการพิมพ์แบบคำต่อคำ ประโยคต่อประโยค แล้วอ่านทำความเข้าใจหลาย ๆ ครั้ง โดยเฉพาะข้อมูลสถานการณ์การบริหารความเสี่ยง

2. หลังจากนั้นนำข้อมูลทั้งหมดมาอ่านทบทวน แยกประโยคที่สำคัญออกมา และนำข้อมูลดังกล่าวมาบันทึกในตารางที่จัดไว้ในหน้าเดียวกับข้อมูล โดยข้อมูลที่ผู้วิจัยใส่คำตอบตามแนวคำถาม และใส่เลขลำดับบรรทัดเพื่อสะดวกต่อการอ้างอิงข้อมูลการสนทนากลุ่ม รวมถึงข้อมูลที่นอกเหนือจากคำพูด ได้แก่ กริยาท่าทางของผู้ให้ข้อมูล

3. นำข้อมูลที่บันทึกได้จากแต่ละกลุ่ม มาพิจารณาความเหมือนและแตกต่าง หลังจากนั้นนำมาจัดทำเป็นข้อสรุปและเขียนบรรยายแต่ละข้อสรุปอย่างละเอียดตามวัตถุประสงค์ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม และอ้างอิงคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

4. นำข้อมูลที่ได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องผ่านผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม ๆ ละ 2 คน

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยใช้แนวคิดการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลงานวิจัยคุณภาพของ Guba and Lincoln (1989) วิธีตรวจสอบ ประกอบด้วย

1. ความน่าเชื่อถือได้ (Credibility) ผู้วิจัยแสดงให้เห็นว่าการได้มาซึ่งข้อมูลและข้อสรุปที่ได้จากการวิเคราะห์ มีการอธิบายอย่างถูกต้อง โดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และใช้หลายวิธีในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ สนทนากลุ่ม สังเกตกริยาท่าทาง และจดบันทึก แล้วนำข้อมูลมาตรวจสอบความถูกต้องตรงกัน ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้ข้อมูลในระหว่างการสนทนากลุ่มเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และมีการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่ม ตรวจสอบความถูกต้อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลไม่ปรับแก้ไขข้อสรุป

2. ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ประชากรเป้าหมายทุกคนเข้าร่วมการสนทนากลุ่ม อธิบายสถานการณ์การบริหารความเสี่ยงของคลินิก หู คอ จมูก ในรายงานผลการวิจัย และมีการจดบันทึกสะท้อนคิด เพื่อยืนยันว่าได้จัดความลำเอียงในทุกขั้นตอน

3. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามระเบียบวิธีวิจัย โดยมีการวางแผนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ มีการนำเสนอข้อมูลอย่างครบถ้วน ในผลการวิจัยได้ยกตัวอย่างถ้อยคำในการสนทนากลุ่มประกอบ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 31 คน จำแนกเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) แพทย์จำนวน 10 คน ประกอบด้วยอาจารย์แพทย์ 3 คน และแพทย์ประจำบ้าน 7 คน 2) พยาบาลวิชาชีพ 4 คน 2) บุคลากรที่มีไข้พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 คน ประกอบด้วย ผู้ช่วยพยาบาล 6 คน และพนักงานช่วยการพยาบาล 6 คน และ 4) บุคลากรห้องตรวจการไต่ถาม 5 คน ประกอบด้วย นักฝึกพูด 1 คน และนักตรวจการไต่ถาม 4 คน รายละเอียดข้อมูลทั่วไปของแต่ละกลุ่มดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูล	แพทย์		พยาบาล		บุคลากรที่ไม่ใช่พยาบาล		เจ้าหน้าที่ห้องตรวจการไต่ถาม	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ								
หญิง	5	(50.00)	4	(100.00)	12	(100.00)	4	(80.00)
ชาย	5	(50.00)					1	(20.00)
อายุ (ปี)								
25-29	5	(50.00)			2	(16.70)	1	(20.00)
30-40	4	(40.00)			4	(33.30)	3	(60.00)
41-50	1	(10.00)	4	(100.00)	4	(33.30)	1	(20.00)
ระดับการศึกษา								
มัธยมศึกษา					9	(75.00)		
อนุปริญญา							1	(20.00)
ปริญญาตรี			3	(75.00)	3	(25.00)	2	(40.00)
ปริญญาโท	7	(70.00)	1	(25.00)			1	(20.00)
วุฒิปริญญาโท สาขา สอ	3	(30.00)						
นาสิกวิทยา								
ปริญญาเอก							1	(20.00)

ข้อมูล	แพทย์		พยาบาล		บุคลากรที่ไม่ใช่ พยาบาล		เจ้าหน้าที่ห้องตรวจ การได้ยิน	
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)
ประสบการณ์การทำงาน								
1-5 ปี	7	(70.00)	1	(25.00)	3	(25.00)	1	(20.00)
6-10 ปี	3	(30.00)	3	(75.00)	9	(75.00)	4	(80.00)
การอบรมด้านความเสี่ยง								
ได้รับการอบรม	9	(90.00)	3	(75.00)	6	(50.00)	2	(40.00)
ไม่ได้รับการอบรม	1	(10.00)	1	(25.00)	6	(50.00)	3	(60.00)
การเป็นกรรมการความเสี่ยง								
เป็น	2	(20.00)	1	(25.00)				
ไม่เป็น	8	(80.00)	3	(75.00)	12	(100.00)	5	(100.00)

ส่วนเอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง ประกอบด้วย 1) รายงานข้อมูลประเมินตนเองของหน่วยงาน 5 ฉบับ 2) รายการที่จัดทะเบียนความเสี่ยงของหน่วยงาน 5 ฉบับ 3) รายงานอุบัติการณ์ในระบบสารสนเทศของโรงพยาบาล 72 รายการ 4) ข้อร้องเรียน 4 รายการ 5) รายการคำติชม 4 รายการ 6) การทบทวนเวชระเบียนในรายที่เกิดอุบัติการณ์และข้อร้องเรียนอื่นที่เกี่ยวข้อง 81 รายการ 7) หลักฐานการบันทึกอื่นที่เกี่ยวข้องกับข้อมูลความเสี่ยงในคลินิกหู คอ จมูก ได้แก่ สมุดบันทึกรายงานผิดปกติในคลินิก 5 เล่ม และ 8) นโยบายด้านความเสี่ยงฝ่ายบริการพยาบาลและนโยบายคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ฉบับปี พ.ศ. 2563 – 2564 จำนวน 15 รายการ

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม

จากการสนทนากลุ่มทำให้ได้ข้อมูลเพื่อประเมิน 2 องค์ประกอบหลัก คือ โครงสร้าง และ กระบวนการ ดังนี้

1. สถานการณ์ด้านโครงสร้าง (Structure) ประกอบด้วย

1.1 ด้านบุคลากร

ผลการศึกษาพบว่าคลินิกหู คอ จมูก ประกอบด้วยบุคลากรหลายกลุ่ม จากข้อมูลการได้รับการอบรมด้านความเสี่ยงของบุคลากรในคลินิก พบว่ากลุ่มแพทย์ได้รับการอบรมร้อยละ 90 กลุ่มพยาบาลได้รับการอบรมร้อยละ 75 ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการบริหารความเสี่ยง และตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วย ดังข้อมูลที่อธิบายว่า “ทุกคนมีความรู้และเข้าใจว่าจะจัดการอย่างไรไม่ให้เสี่ยง” (FG –G3-10) และ “มีการถ่ายทอดความรู้ไปยังผู้ร่วมงาน มีการถ่ายทอดนโยบายและความรู้ไปยังแพทย์ทุกคนในภาควิชา แพทย์ทางเดินหายใจและการประชุม” (FG –G1-4) ส่วนในกลุ่มไม่ใช่นักพยาบาลได้รับการอบรมเพียงร้อยละ 50 และกลุ่มห้องตรวจการได้ยิน ได้รับการอบรมเพียงร้อยละ 40 สะท้อนว่ามีความรู้ไม่เพียงพอ ดังข้อมูลที่ว่า

“ไม่ค่อยเข้าใจเรื่องความเสี่ยงผู้ป่วย หลังคัดกรองเมื่อมาอยู่หน้าคลินิก ไม่ได้ประเมินซ้ำ”(FG-G3-11) และ “อยากมีความรู้เพิ่มเรื่องการบริหารความเสี่ยง อยากฝึกปฏิบัติวิธีการสังเกตผู้ป่วยที่อาการแย่งและขั้นตอนการช่วยเหลือ”(FG-G3-2)

นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า สิ่งที่จะช่วยให้บริหารความเสี่ยงได้ดีขึ้น คือ การมีอัตรากำลังที่เพียงพอ เนื่องจากมีการทำหัตถการเพิ่มขึ้นและมีผู้ใช้บริการที่เป็นเด็ก ทำให้มีความเสี่ยง ดังข้อมูลที่บอกว่า “เคยเจอคนไข้เวียนหัวบ้านหมุนเสียงตกลึกๆ ต้องมีคนช่วยตลอดเวลา ทำให้รู้สึกเสี่ยงเพราะคนไม่พอ”(FG-G3-10) และ “ถ้าผู้ป่วยมาก ผู้ป่วยเด็กเยอะ ๆ ระบบรวนทุกครั้ง...รู้สึกเหนื่อยและเครียด”(FG-G2-2) นอกจากนี้ส่วนหนึ่งบอกว่าไม่คุ้นกับการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในคอมพิวเตอร์ โดยให้ข้อมูลว่า “การบันทึกรายงานอุบัติการณ์มีขั้นตอนมาก ทำให้ไม่อยากรายงาน เราไม่ค่อยรู้เรื่อง ไม่เข้าใจด้วย ควรใส่ไว้ในการปฐมนิเทศพนักงานใหม่ จะได้มีความรู้”(FG-G4-3)

1.2 ด้านคู่มือบริหารความเสี่ยง

คลินิกหู คอ จมูก ได้นำคู่มือบริหารความเสี่ยงที่โรงพยาบาลจัดทำไว้เพื่อใช้ในห้องตรวจทุกสาขามาใช้โดยยังไม่ได้ปรับตามที่โรงพยาบาลประกาศใช้มาตรฐานความเสี่ยง 9 มาตรฐานสำคัญที่เฝ้าระวัง ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม ให้ข้อมูลตรงกันว่า ควรจัดทำคู่มือขึ้นใหม่ให้สอดคล้องกับลักษณะผู้ใช้บริการและบริบทบริการที่เปลี่ยนแปลง และมีข้อคิดเห็นในการพัฒนาคู่มือบริหารความเสี่ยง ดังข้อมูล “ใช้คู่มือเดิมตลอด...พอโรงพยาบาลประกาศใช้ 9 มาตรฐาน อยากได้คู่มือที่ตอบมาตรฐาน ตรงความเสี่ยงการตรวจและหัตถการของเรา เพราะช่วยให้ทำงานได้ และจัดการความเสี่ยงง่ายขึ้น”(FG-G2-2)

1.3 ด้านสิ่งแวดล้อมในการให้บริการ

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม ให้ข้อมูลตรงกันว่า การจัดพื้นที่ที่ใช้การคัดกรองผู้ป่วยโรคอุบัติใหม่ มีการแยกระหว่างผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยอื่น ๆ อากาศถ่ายเทดี แต่ในพื้นที่อื่น ๆ หน้าคลินิกไม่สามารถแยกผู้ป่วยได้ทุกกลุ่ม เนื่องจากอยู่หน้าห้องเจาะเลือดและใกล้ทางแยกไปห้องเอกซเรย์และห้องตรวจอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยหลายกลุ่มนั่งรวมกัน จึงอยากให้มีการจัดพื้นที่ที่สามารถแยกผู้ป่วยเพื่อประเมินความเสี่ยงซ้ำ ดังข้อคิดเห็นที่ว่า “อยากให้แยกที่นั่งกลุ่มที่มีก้อนที่คอหรือกลุ่มที่มาเปลี่ยนท่อ แยกคนไข้เด็ก กลุ่มภูมิแพ้ คนไข้ไตโม ลดความเสี่ยงติดเชื้อ”(FG-G2-2) นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรห้องตรวจการได้ยิน ระบุว่า “การตรวจไปกระตุ้นไวยาจาม กลัวเชื้อแพร่ทางอากาศมากขึ้น คนที่รอ เสี่ยงต่อ droplet (ละอองฝอย) ของคนไข้อื่น... ต้องเตรียมห้องให้เด็กที่มาตรวจการได้ยินด้วย”(FG-G1-3)

1.4 ด้านปัจจัยสนับสนุน

ทุกกลุ่มให้ข้อมูลตรงกันว่าได้รับงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินการเพื่อบริหารความเสี่ยงของหน่วยงานเพียงพอ แต่มีปัญหาในขั้นตอนการจัดหาและวิเคราะห์ความจำเป็นในการใช้เครื่องมือ บางรายการ เช่น เครื่องมือส่งกล้องทางการแพทย์ที่ราคาแพง เติ่งตรวจสำหรับทำหัตถการพลิกนิ้วเพื่อบรรเทาภาวะเวียนศีรษะบ้านหมุนซึ่งมีที่กั้นไม่แข็งแรงพอที่จะป้องกันการพลัดตกเตียง และเครื่องมือช่วยชีวิตสำคัญอาจไม่พร้อมใช้ทันที เนื่องจากมีการใช้ร่วมกับห้องตรวจใกล้เคียง ตัวอย่างข้อมูล “เวลาผู้ป่วยต้อง

เปลี่ยนท่อเจาะคอ ห้องตรวจไม่มีอุปกรณ์ ต้องประสานคลังวัสดุ บางครั้งต้องยืมที่หอผู้ป่วย ทำให้ล่าช้า หากมีสำรองจะลดความเสี่ยง” (FG –G3-8)

2. สถานการณ์ด้านกระบวนการ (Process)

การวิเคราะห์สถานการณ์ของกระบวนการบริหารความเสี่ยงในปัจจุบันของคลินิกหุ คอ จมูก ตามกระบวนการของ สรพ. (2561) ผลการวิจัยพบว่า

2.1 การกำหนดบริบทจัดเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร (Internal environment)

ในประเด็นนี้พบว่าคลินิกหุ คอ จมูก ได้ใช้กลยุทธ์และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นเป้าหมายในการบริหารความเสี่ยง โดยไม่ได้กำหนดเป้าหมายเฉพาะกับความเสี่ยงของผู้ป่วย หุ คอ จมูก รวมทั้งส่วนที่มีจุดบริการเพิ่มมากขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูลของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มบุคลากรที่มีใช้พยาบาลและกลุ่มบุคลากรห้องตรวจการได้ยิน ที่กล่าวว่า “จุดบริการเพิ่มขึ้น เพิ่มความเสี่ยงถ้าคนไม่พอ ห้องรถนั่งรถนอนและห้องตรวจการได้ยิน ต้องคัดกรองความเสี่ยงด้วย”(FG –G1-2) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คือ “อยากให้กำหนดแนวทางชัดเจน แจ้งความเสี่ยงผู้ป่วยที่มาที่เราว่าจะเกิดอะไรได้บ้าง ให้ผู้ปฏิบัติงานทุกคนทราบ”(FG –G2-3)

2.2 การสื่อสารและปรึกษาหารือ (Communication & consultation)

จากการสนทนากลุ่มอาจารย์แพทย์และแพทย์ประจำบ้าน มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องการสื่อสารระหว่างภาควิชาโสต นาสิก ลาริงค์ กับบุคลากรในคลินิก ดังตัวอย่างข้อมูล “ควรสื่อสารแผนบริหารความเสี่ยงของเราเองให้ทุกคนทราบ แพทย์พยาบาลน้องใหม่มาจะได้เข้าใจ ปฏิบัติตามแผนได้เลย”(FG –G2-1) ผู้ให้ข้อมูลทุกกลุ่มให้ข้อมูลตรงกันว่า การสื่อสารเพื่อลดความเสี่ยงต้องทั่วถึงผู้ปฏิบัติงานทุกกลุ่มอย่างรวดเร็ว จะได้เข้าใจตรงกันและทำให้เกิดความตระหนัก ดังตัวอย่างข้อมูล “ความเสี่ยงด้านยาตั้งแต่การสั่ง การจ่าย การบริหารยา หากคลาดเคลื่อน...หลังการทบทวนต้องบอกให้ทุกคนทราบ จะได้ช่วยระวังและตระหนักในอันตรายเป็นอันมาก”(FG –G1-5)

2.3 การวิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง (Risk assessment)

ในขั้นตอนนี้ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรที่มีใช้พยาบาลวิชาชีพ ให้ข้อมูลตรงกันว่า ทางคลินิกได้มีการประเมินความเสี่ยงของผู้ใช้บริการ ในประเด็นการระบุตัวผู้ป่วย การป้องกันพลัดตกหกล้ม การควบคุมการติดเชื้อ ความคลาดเคลื่อนทางยา แต่ภายหลังโรงพยาบาลประกาศใช้ 9 มาตรฐานความปลอดภัย ทางคลินิกได้สื่อสารกับบุคลากรบ้าง ส่วนกิจกรรมการค้นหาความเสี่ยง การวิเคราะห์ความเสี่ยง วิเคราะห์โอกาสที่มีความเสี่ยง รวมทั้งผลกระทบหรือความรุนแรงของอุบัติการณ์ หากเกิดขึ้น ทางคลินิกยังไม่ได้ดำเนินการ ดังความคิดเห็นที่ว่า “ทะเบียนความเสี่ยงตามรายงาน 3 เดือนเราทำ...แต่ไม่ได้มาดูว่าเป็นไปตามแผนหรือไม่ พีดีซีเอ (PDCA เป็นคำย่อของ วางแผน [Plan] ปฏิบัติ [Do] ตรวจสอบ [Check] ปรับปรุง [Act]) ไม่ครบ การติดตามรายงานผลร่วมกันในภาพรวมกับทีมนำด้วยจะดีมาก” (FG –G2-4) กลุ่มของพยาบาลวิชาชีพมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในการทำงานกับแพทย์และบุคลากรห้องตรวจการได้ยิน คือ “เรากับภาควิชาควรคุยร่วมกันว่าแต่ละหัตถการเสี่ยงอะไรบ้าง ผู้ป่วยที่ไปฝึกพูด

พยาบาลห้องตรวจต้องวิเคราะห์ความเสี่ยงและคุยกับห้องตรวจการได้ยืนยันว่าเสี่ยงอะไรบ้าง” (FG –G3-6) นอกจากนี้บุคลากรห้องตรวจการได้ยืนยันให้ข้อมูลเพิ่มเติมว่า “ผู้ป่วยฝึกกลืน เสี่ยงต่อการสำลักจากสารทดสอบการกลืน ต้องสังเกตอาการเพิ่มเติมหลังทดสอบ ต้องเพิ่มในบัญชีความเสี่ยง” (FG –G3-6)

2.4 แผนรับมือกับความเสี่ยง (Risk treatment plan)

ทางคลินิกหูก คอ จมูก ได้นำแนวทางการลดความรุนแรงของความเสี่ยงตามแนวปฏิบัติของโรงพยาบาลมาใช้ การตอบสนองส่วนใหญ่ เป็นการป้องกัน โดยจัดให้มีการประเมินความเสี่ยงที่จุดคัดกรองและการส่งต่อเพื่อบรรเทาความเสียหายเมื่อผู้ป่วยมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสะท้อนว่าทุกกลุ่มตระหนักในความสำคัญของขั้นตอนนี้ ดังข้อมูลที่ว่า “เราอยู่กับคนไข้ต้องกลืนตลอด หากเกิดอะไรขึ้น ต้องตอบสนองอย่างรวดเร็ว อยากให้ทำแนวทางตอบสนองความเสี่ยงสำคัญ ๆ ให้ครบถ้วน ทุกคนต้องรู้หน้าที่ หากมีสถานการณ์เกิดขึ้น” (FG –G1-9)

2.5 การติดตามและทบทวน (Monitor & review)

ในขั้นตอนนี้ ทางคลินิกหูก คอ จมูก ได้กำหนดให้หัวหน้าห้องตรวจที่เป็นพยาบาลวิชาชีพรับผิดชอบ กำกับดูแล สังเกตอย่างต่อเนื่อง มีการนำแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยทางเดินหายใจจุดกันส่วนบนมาใช้คลินิกได้กำหนดให้มีการทบทวนหาสาเหตุที่แท้จริงของอุบัติการณ์ทุกรายแต่ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มสะท้อนให้เห็นว่า ยังไม่มีการทำงานความเสี่ยงร่วมกันระหว่างภาควิชากับคลินิก และห้องตรวจการได้ยืนยันรวมทั้งไม่มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงและไม่มีรูปแบบการสื่อสารที่ชัดเจนเมื่อมีความเสี่ยงเกิดขึ้น ดังตัวอย่างข้อมูล “เราควรมีกิจกรรมทบทวนการบริหารความเสี่ยงร่วม ช่วยกันปรับแล้วหาโอกาสพัฒนา” (FG–G2-2) ข้อเสนอแนะที่ได้จากการสนทนาทุกกลุ่มคือทีมในการบริหารความเสี่ยงควรมีความสามารถในการนำและมีความรู้ในการใช้เครื่องมือ “ชอบเข้าร่วมกิจกรรมการทบทวนอุบัติการณ์ ได้ความรู้เอาไปใช้แต่เวลาทำกิจกรรม พบว่าเครื่องมือคุณภาพใช้ยาก อยากให้ผู้นำมีความสามารถในการใช้เครื่องมือ” (FG –G2-4)

ข้อมูลจากการวิเคราะห์เอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยงย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2563) โดยใช้แบบบันทึกการวิเคราะห์รายการเอกสารเกี่ยวกับความเสี่ยง พบว่าข้อมูลสถานการณ์ด้านผลลัพธ์ คือ มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงด้านคลินิกหรือความผิดพลาดในการให้บริการระดับ A (ความเสี่ยงที่ยังไม่เกิดอุบัติการณ์ แต่มีโอกาสที่เกิด) ถึงระดับ D (ความเสี่ยงเกิดขึ้นแล้วและไม่เป็นอันตราย แต่จำเป็นต้องเฝ้าระวัง) จำนวน 16, 19 และ 25 ครั้ง ตามลำดับ ในระหว่างนี้มีการรายงานอุบัติการณ์ระดับเกือบจะผิดพลาด (Near miss) คือระดับ B (เกิดความเสี่ยงแต่ยังไม่ถึงผู้ป่วย) ถึงระดับ D มากขึ้นตามลำดับ ทำให้สามารถป้องกันความเสี่ยงที่รุนแรงได้ จึงพบว่าในปี พ.ศ. 2561 ไม่มีรายงานอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Advers effect) คือ ตั้งแต่ระดับ E (เกิดความเสี่ยงกับผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดอันตรายชั่วคราว และต้องมีการบำบัดรักษา) ถึงระดับ I (เกิดความเสี่ยงเกิดขึ้นซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต) แต่มีรายงานอุบัติการณ์ในปี พ.ศ 2562 และ 2563 ตามลำดับ ดังนี้

พ.ศ. 2562 มีอุบัติการณ์ร้ายแรงที่ผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ขณะรอตรวจผู้ป่วยมีอาการหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น 1 รายเป็นอุบัติการณ์ระดับ H (เกิดความคลาดเคลื่อนกับผู้ป่วยส่งผลให้ต้องทำการช่วยชีวิต) ต้องนำส่งผู้ป่วยห้องฉุกเฉินและเสียชีวิต มีการทบทวนและมีการปรับระบบการบริหารความเสี่ยง และพัฒนารูปแบบบริหารความเสี่ยงร่วมกัน ร่วมกับทีมนำทางคลินิก

พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยเด็กหยุดหายใจหลังได้รับยานอนหลับเพื่อตรวจระบบประสาทชั้นในของหู 1 ราย อุตการณ์ระดับ F (เกิดความคลาดเคลื่อนต่อผู้ป่วยส่งผลให้ต้องนอนโรงพยาบาล) ทำให้ต้องนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ 1 วัน มีระบบ มีการทบทวน หลังจากนั้นไม่มีอุบัติการณ์ซ้ำ และมีผู้ป่วยพลัดตกหกล้ม 1 รายขณะรอตรวจ เป็นอุบัติการณ์ระดับ D รวมทั้งความเสี่ยงทางคลินิกอุบัติการณ์อื่น ๆ ได้แก่ ความผิดพลาดในการคัดกรองวันโรค 3 ราย การบ่งชี้ผู้ป่วยผิดพลาดระดับเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ เกือบพลาด ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นมีแนวโน้มทำให้เกิดอุบัติการณ์ 20 ราย (งานเวชระเบียน, 2561; 2562; 2563)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่าคลินิกหู คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีการบริหารความเสี่ยงทั้งในส่วน ของโครงสร้าง และกระบวนการ โดยสถานการณ์ด้านโครงสร้างมีการดำเนินการทั้งในส่วนของคุณภาพการ คู้มือ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยสนับสนุนตามแนวคิดการประเมินคุณภาพการรักษายาบาลของ Donabedian (2005) ส่วนในสถานการณ์ด้านกระบวนการ การบริหารความเสี่ยงทางคลินิกดำเนินการตามขั้นตอน การบริหารความเสี่ยงของ สรพ. (2561) อย่างไรก็ตามผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่ายังมีความจำเป็นต้อง พัฒนาทั้งในส่วนโครงสร้างและกระบวนการ เมื่อเชื่อมโยงกับสถานการณ์ด้านผลลัพธ์จึงพบว่า ยังคงมีอุบัติการณ์ความเสี่ยงอยู่แสดงให้เห็นว่าอาจเนื่องจากปัจจัยอื่น ๆ เกี่ยวข้องด้วย เช่น การศึกษาของ สุภากิจ ไชยภูมิ, โสเพ็ญ ชูนวน, และวรรณ อังศุวรรณ (2564) ที่พบว่า แรงจูงใจ ทักษะการสื่อสาร การบริหารความเสี่ยงแบบมีส่วนร่วม และเจตคติต่อการบริหารความเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ ส่วนการอภิปรายผลสถานการณ์ด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ มีรายละเอียดดังนี้

ด้านโครงสร้าง

ในประเด็นของคุณภาพพบว่าบุคลากรให้ความสำคัญกับความเสี่ยงของผู้ป่วยแต่เนื่องจากลักษณะ ของบริการที่มีการทำหัตถการ หากอัตรากำลังไม่เพียงพอในการเฝ้าระวังจะส่งผลต่อความปลอดภัย ของผู้ป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาอัตราส่วนของบุคลากรและความปลอดภัยของผู้ป่วย ของ Twigg, Duffield, Brenmed, Repley, and Finn (2011) ที่พบว่า มีความคลาดเคลื่อนทางยาเพิ่มขึ้นเมื่อบุคลากร ไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับ Rosenberg (2019) ที่พบว่าภาวะขาดแคลนอัตราากำลังส่งผลต่อความปลอดภัยของ ผู้ป่วยทำให้อัตราการเกิดอุบัติการณ์เพิ่มขึ้น ปัญหาเหล่านี้สามารถแก้ไขหรือลดลงได้ด้วยการให้ความรู้ใน การบริหารความเสี่ยงแก่บุคลากร ดังที่ Mwachofi, Walston, and Al-Omar (2011) อธิบายว่า บุคลากรต้อง มีความรู้และทักษะในการบริหารความเสี่ยงด้วยเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย และ ผ่องพรรณ

จันชนสมบัติ, นันทิศา พันธุศาสตร์, และวลัยพร นันทสุภวัฒน์ (2556) ได้อธิบายว่าการส่งเสริมให้บุคลากรเรียนรู้และมีทัศนคติที่ดีต่อการบริหารความเสี่ยงส่งผลให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้มีข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มที่มีโรงพยาบาลสะท้อนว่า มีข้อจำกัดในเรื่องทักษะการเฝ้าระวังและการสังเกตอาการผิดปกติในระยะเริ่มต้นของผู้ใช้บริการ ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่มีใช้ทักษะทางคลินิก ซึ่ง ทักษะเหล่านี้จะช่วยให้สามารถเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้ป่วยได้ และเป็นทักษะที่สามารถพัฒนาได้ (จิรัชยา ศิวารุข, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และปราโมทย์ ทองสุข, 2563) การที่จะลดความเสี่ยงในการทำหัตถการในคลินิกเฉพาะทาง ต้องมีบุคลากรที่เพียงพอ และบุคลากรเหล่านั้นต้องมีความรู้ในการบริหารความเสี่ยง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสังเกตอาการผิดปกติของผู้รับบริการในระยะเริ่มต้น

ส่วนในประเด็นของคู่มือบริหารความเสี่ยงที่ใช้เป็นคู่มือเดิมของโรงพยาบาล บุคลากรให้ข้อคิดเห็นในการพัฒนาคู่มือที่ตอบสนอง 9 มาตรฐานความปลอดภัยและสอดคล้องบริบทของคลินิกเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ คือ ต้องการคู่มือที่มีเนื้อหากระชับ นำไปใช้ได้สะดวก รวมทั้งจัดทำเป็นไฟล์เอกสารใส่ในคอมพิวเตอร์ของหน่วยงาน ผลการศึกษาที่ได้สอดคล้องกับระบบบริหารจัดการของข้อมูลของโรงพยาบาล สงขลานครินทร์ ที่เป็นระบบ คอมพิวเตอร์เต็มรูปแบบ รวมทั้งสอดคล้องกับคุณลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูลทั้ง 4 กลุ่ม ที่ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 37-48 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่มีความชำนาญในการใช้สื่อต่าง ๆ ที่อยู่ระบบคอมพิวเตอร์และสามารถเข้าถึงได้ง่าย นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลได้ระบุว่า คู่มือบริหารความเสี่ยงต้องเหมาะสมกับบริบทของคลินิกที่ประกอบด้วย 16 ห้องตรวจเพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเพราะคู่มือบริหารความเสี่ยงที่ดีต้องเป็นไปตามบริบทและกระบวนการทำงาน (Ridelberg, Roback, & Nilsen, 2014) การตอบสนองต่อความต้องการต่อการเรียนรู้ของบุคลากรทุกกลุ่มในการพัฒนาระบบบริหารความเสี่ยงเป็นรูปธรรมและยั่งยืนในองค์กร

ด้านกระบวนการ

การจัดเตรียมสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ผลวิจัยพบว่า คลินิกหู คอ จมูก ได้ใช้กลยุทธ์และวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นเป้าหมายในการบริหารความเสี่ยง แต่ไม่ได้กำหนดเป้าหมายที่ให้เฉพาะเจาะจงกับความเสี่ยงของผู้ป่วยกลุ่มโรคหู คอ จมูก ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล คือ ควรกำหนดเป้าหมายให้เป็นไปตามงานเพื่อให้เข้าใจตรงกัน สอดคล้องกับ Ridelberg, Roback, and Nilsen (2014) ที่ศึกษาเชิงคุณภาพจากพยาบาลวิชาชีพและพบว่า การมีระบบการจัดการความเสี่ยงที่ดี มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบ นโยบาย แผนดำเนินการ ทำให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ ในด้านการสื่อสารและปรึกษาหารือ มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในเรื่องการพัฒนาระหว่างภาควิชา กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกหู คอ จมูก เพื่อประโยชน์ในการปรึกษาหารือ ส่งต่อข้อมูลลดความคลาดเคลื่อนต่าง ๆ ทำให้เกิดบรรยากาศการทำงานเป็นทีม เพราะความเสี่ยงของผู้ป่วยสามารถป้องกันได้ หากทีมมีประสิทธิภาพ (O'Daniel & Rosenstein, 2008) จากการที่โรงพยาบาลเข้ารับการประเมินขั้นก้าวหน้าจาก สรพ.ที่ผ่านมาพบว่าการทำงานเป็นทีมโดยมีทีมนำทางคลินิกเป็นผู้นำในการสื่อสารทำงานคุณภาพ รวมทั้งการบริหารความเสี่ยงจะทำให้เป้าหมายในการดูแลให้ความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายที่วางไว้

ในประเด็นของการวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่า แต่ละวิชาชีพมีการวิเคราะห์ความเสี่ยงของตนเอง แต่ขาดการหารือส่งต่อข้อมูล หรือวิเคราะห์และประเมินความเสี่ยงผู้ป่วยร่วมกัน ทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการเฝ้าระวัง ผลการวิจัยที่ได้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาเรื่องความคลาดเคลื่อนทางยาของ จันทรธิดา เพียรธรรม (2561) ที่พบว่าการพัฒนากระบวนการลดความคลาดเคลื่อนทางยาต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรหลายกลุ่ม การพัฒนาทักษะการทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพ (Collaborative practice) จะลดความเสี่ยง ผู้ป่วยปลอดภัย (ฉันทิกา บัณฑิตเลิศรัศมี, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, และนงนุช บุญยัง, 2565) จากงานวิจัยหลาย ๆ ชิ้นงาน รวมทั้งงานวิจัยนี้ พบว่าการทำงานเป็นทีมในด้านความเสี่ยง การสื่อสารที่ดีจะช่วยทำให้บรรยากาศการทำงานที่ดีส่งเสริมพลัง และทัศนคติทางบวกให้บุคลากรในการบริหารความเสี่ยงร่วมกันระหว่างหน่วยงาน ผลประโยชน์สุดท้ายคือผู้รับบริการจะได้รับการบริการที่ปลอดภัยสูงสุด องค์กรจะได้รับความไว้วางใจ

ส่วนในแผนรับมือกับความเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลตระหนักในความสำคัญของขั้นตอนนี้ อยากให้มีการปรับรูปแบบบริการอย่างเร่งด่วนเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการรักษาพยาบาลที่ซับซ้อนขึ้นและการขยายคลินิก ผลการวิจัยที่ได้เป็นมุมมองเชิงบวกที่ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องรับดำเนินการ เพราะการที่บุคลากรมีทัศนคติที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การบริหารความเสี่ยงมีประสิทธิภาพ และจะทำให้บุคลากรให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วม (สุภากิจ ไชยภูมิ และคณะ, 2564) ในขั้นตอนของการติดตามและทบทวน ผลการวิจัยพบว่า กิจกรรมนี้ทางคลินิกหู คอ จมูก ทบทวนอุบัติการณ์ทุกครั้ง อย่างไรก็ตามการกำหนดแนวทางการทำงาน บทบาทหน้าที่ในการบริหารความเสี่ยงระหว่างภาควิชากับคลินิก รวมทั้งแนวทางการสื่อสารยังไม่ค่อยชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ Davenport, Henderson, Mosca, Khuri, and Mentzer (2007) ที่พบว่าการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยสำคัญทำให้การบริหารความเสี่ยงบรรลุเป้าหมาย

ด้านผลลัพธ์

ผลการวิจัยที่ได้พบว่า ในระยะ 3 ปี (พ.ศ. 2561-พ.ศ. 2563) มีจำนวนอุบัติการณ์ระดับ A-D รวม 60 ครั้ง และมีระดับ E-I รวม 2 ครั้ง ผลวิจัยที่ได้สอดคล้องกับข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในการวิจัยนี้ ที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาทั้งในส่วนโครงสร้างและกระบวนการ และเมื่อเทียบกับงานวิจัยที่ศึกษาอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหลายๆ บริบท พบว่าส่วนใหญ่มีอุบัติการณ์ความเสี่ยงเพิ่มขึ้นหรือสูงกว่าตัวชี้วัด เช่น การศึกษาของ สำรี ชมบริสุทธี, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิรดี นันทศุภวัฒน์ (2563) ที่วิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของหอผู้ป่วยหนึ่งในภาคกลางตอนบน และพบว่ามีอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น ส่วนผลลัพธ์ที่พบว่า จำนวนการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดเพิ่มขึ้น สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรให้ความสำคัญกับการรายงานเพิ่มขึ้น ทำให้หน่วยงานและผู้บริหารได้ข้อมูลเพื่อนำไปวางแผนป้องกันในอนาคตได้ ข้อมูลที่ได้นี้แสดงให้เห็นว่า หน่วยงานเริ่มมีวัฒนธรรมความปลอดภัย มีการสื่อสารและรายงานข้อมูลไปยังผู้เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ (Force et al., 2006) ดังข้อมูลดังกล่าวว่าการที่บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อการรายงานความเสี่ยงทำให้มีการรายงานความเสี่ยงมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อระบบบริหารความเสี่ยงเชิงป้องกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาศาสนาการณการบริหารความเสี่ยงและปัญหาอุปสรรคในการบริหารความเสี่ยง โดยพบว่า 1) ด้านโครงสร้าง บุคลากรส่วนใหญ่มีความรู้ ความสามารถในการบริหารความเสี่ยง มีความเข้าใจและตระหนักถึงความเสี่ยงของผู้ป่วย 2) ด้านกระบวนการ คลินิกหูด คอ จมูก มีกระบวนการบริหารความเสี่ยงครบ 5 ขั้นตอน และ 3) ด้านผลลัพธ์มีรายงานอุบัติการณ์ในระยะ 3 ปี (พ.ศ.2561-2563) รวม 60 ครั้ง ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการบริหารความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ คือ การเพิ่มอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภารกิจที่เพิ่มขึ้น การพัฒนาทักษะที่นอกเหนือจากทักษะทางคลินิก และทักษะรายงานอุบัติการณ์ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ พัฒนาคู่มือการบริหารความเสี่ยงให้มีความสอดคล้องกับบริบทของงาน รวมทั้งการพัฒนาแนวทางการสื่อสารความเสี่ยงระหว่างผู้ทำงานร่วมกันทั้งในส่วนแพทย์และบุคลากรห้องตรวจการได้ยิน

ข้อเสนอแนะในการบริหาร

1. นำไปเป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงให้สอดคล้องกับความเสี่ยงสำคัญของผู้ใช้บริการและหัตถการต่าง ๆ ของทุกจุดในหน่วยบริการ
2. ปรับกลยุทธ์การบริหารความเสี่ยงที่มุ่งเน้นการสื่อสารที่เชื่อมโยงระหว่างผู้ให้บริการที่ทำงานร่วมกันและการสื่อสารข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์
3. การพัฒนาสมรรถนะบุคลากรต้องครอบคลุมทักษะทางคลินิกและทักษะการบริหารความเสี่ยง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. การทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูด คอ จมูก
2. การศึกษาผลลัพธ์ของการบริหารความเสี่ยงของคลินิกหูด คอ จมูกในมุมมองของผู้ใช้บริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบุคลากรทุกคนของคลินิกหูด คอ จมูก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่เต็มใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- งานเวชระเบียน. (2561). สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2561. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- งานเวชระเบียน. (2562). สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2562. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- งานเวชระเบียน. (2563). สถิติผู้ป่วยนอก ปี 2563. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- จันทร์ธิดา เพียรธรรม. (2561). การพัฒนาระบบการลดความคลาดเคลื่อนทางยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ (วิทยานิพนธ์เกสรศาสตรมหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

- จิรัชยา ศิวารุข, ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา, และปราโมทย์ ทองสุข. (2563). ทักษะนอกเหนือจากทักษะวิชาชีพที่จำเป็นต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลห้องผ่าตัดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศไทย. *พยาบาลสาร*, 47(4), 460-471.
- ฉันทิกา บัณฑิตเลิศรัศมี, ปรัชญนันท์ เทียงจรรยา, และนนุช บุญยัง. (2565). องค์ประกอบการปฏิบัติงานร่วมกันของสหวิชาชีพในห้องผ่าตัดโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 9(1), 186-198.
- ผ่องพรรณ จันทนสมบัติ, นันทิชา พันธุศาสตร์, และวไลพร นันทสุภวัฒน์. (2556). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างการเรียนรู้ต่อความรู้และทัศนคติของทีมนักศึกษาและทีมสนับสนุนในการบริหารระบบความเสี่ยงโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(3), 79-89.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล {องค์การมหาชน}. (2558). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติ 60 ปี (ภาษาไทย)*. นนทบุรี: หนังสือดีวัน.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล {องค์การมหาชน}. (2561). *New HA Standards: Risk management through risk register*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล {องค์การมหาชน}. (2562). *มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (ฉบับที่ 4)*. กรุงเทพฯ: หนังสือดีวัน.
- สำรี ชมบริสุทธิ, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิรดี นันทสุภวัฒน์. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พยาบาลสาร*, 47(2), 453-462.
- สุภาภิก ไชยภูมิ, โสเพ็ญ ชูนวน, และวรรณ อังคสุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลหาดใหญ่. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 31(2), 93-104.
- Davenport, D. L., Henderson, W. G., Mosca, C. L., Khuri, S. F., & Mentzer, R. M. Jr. (2007). Risk-adjusted morbidity in teaching hospitals correlates with reported levels of communication and collaboration on surgical team but not with scale measure of teamwork climate. *Journal of the American College of Surgeons*, 205(6), 778-784.
- Dlugacz, D. Y. (2017). *Introduction to health care quality: Theory method and tools* (1st ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.
- Force, M. V., Deering, L., Hubee, J., Anderson, M., Hageman, B., Cooper-Hahn, M., & Peter, W. (2006). Effective strategies to increase reporting of medication errors in hospitals. *The Journal of Nursing Administration*, 36(1), 34-41. doi: 10.1097/00005110-200601000-00009

- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Mwachofi, A., Walston, S. L., & Al-Omar, B. A. (2011). Factors affecting nurses' perceptions of patient safety. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 24(4), 274–283.
<http://dx.doi.org/10.1108/09526861111125589>
- O'Daniel, M., & Rosenstein, H. A. (2008). Professional communication and team collaboration. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient safety and quality: Evidence-based handbook for nurses* (pp. 1-14). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ridelberg, M., Roback, K., & Nilsen, P. (2014). Facilitators and barriers influencing patient safety in Swedish hospitals: A qualitative study of nurses' perceptions. *BMC Nursing*, 13(23).
<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6955-13-23>
- Rosenberg, K. (2019). RN shortages negatively impact patient safety. *American Journal of Nursing*, 119(3), 51. <http://dx.doi.org/10.1097/01.NAJ.0000554040.98991.23>
- Twigg, D., Duffield, C., Bremner, A., Rapley, P., & Finn, J. (2011). The impact of the nursing hours per patient day (NHPPD) staffing method on patient outcomes: A retrospective analysis of patient and staffing data. *International Journal of Nursing Studies*, 48(5), 540-548.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.07.013>

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด

นิสากร เขาวรัตน์, วท.ม.^{1*}

ศรินธร มังคะมณี, พย.ม.¹

พัชรินทร์ วิหคหาญ, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 27 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 15 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 16 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

มารดาหลังคลอดมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 (โควิด-19) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ แต่ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อของมารดายังมีจำกัด การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ตามแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ มารดาหลังคลอดจำนวน 400 คน ที่มารับบริการหลังคลอดในโรงพยาบาลเขตภาคกลาง สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและแบบโควตาในโรงพยาบาลจำนวน 6 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .82, .78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไวรัสโควิด-19 สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด ได้ร้อยละ 45 ($R^2 = 0.45$, $F(1, 150) = 26.085$, $p = .01$) หน่วยงานที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ควรให้การสนับสนุนให้มารดาหลังคลอด และคู่สมรส ให้มีความรู้ป้องกันโควิด-19 ที่ถูกต้องครอบคลุม โดยเฉพาะการส่งเสริมความสามารถในการรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ, โควิด-19, มารดาหลังคลอด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: นิสากร เขาวรัตน์, อีเมล: Nisakorn@bcnr.ac.th

Factors Predicting of Covid 19 Prevention Behaviour Among Postpartum Mothers

Nisakorn Yaowarat, M.Sc.^{1*}

Sarinthorn Mungkhamanee, M.N.S.¹

Phatcharin Wihokharn, M.N.S.¹

(Received: May 27th, 2022; Revised: June 15th, 2022; Accepted: June 16th, 2022)

Abstract

Postpartum mothers are at risk of being infected by Coronavirus disease 2019 (COVID-19) due to physiological changes which leading to an increased risk of respiratory tract infections. There is limited knowledge about their health behaviors to prevent COVID-19. This predictive research was aimed at studying factors predicting COVID-19 prevention behaviors among postpartum mothers, include individual factors and factors regarding health belief perceptions based on the Health Belief Model (HBM). Research participants were 400 postpartum mothers receiving postnatal care services from hospitals in the central region of Thailand. The participants were recruited using a combination of the multiple-stage sampling and quota sampling methods from six hospitals. Data were collected using the Health Belief Perceptions about COVID-19 Questionnaire and the COVID-19 Preventive Behaviour Questionnaire. The instruments' reliability was analysed using Cronbach's alpha coefficient, their reliabilities were determined to be .82 and .78, respectively. Data were analyzed using multiple regressions. The results showed that marital status, monthly income, having a preexisting medical condition, and health perceptions about COVID-19 could predict 45 percent ($R^2 = 0.45$, $F(1, 150) = 26.085$, $p = .01$) of postpartum mothers' behaviors regarding preventing COVID-19 infection. The health agencies are responsible for maternal and child health services should t provide support for postpartum mothers and their spouses to ensure they have comprehensive knowledge about COVID-19 prevention knowledge comprehensively, especially with regard to enhancing their ability to effectively assess and deal with the perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, and perceived barriers related to the COVID-19 prevention.

Keywords: health belief perception, prevention behaviors, COVID-19, postpartum mothers

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Nisakorn Yaowarat, E-mail: Nisakorn@bcnr.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันยังพบการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19, โควิด-19]) รูปแบบเริ่มเปลี่ยนแปลงจากการระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ได้แก่ สถานบันเทิง ตลาด ห้างสรรพสินค้า มาเป็นการติดเชื้อภายในครัวเรือนหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการสัมผัสผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (กรมควบคุมโรค, 2564) สามารถแพร่เชื้อติดต่อจากคนสู่กันได้โดยติดต่อผ่านทาง การไปสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ เช่น การไอ หรือจาม และหายใจเอาเชื้อโรคเข้าสู่ปอด การป้องกันตนเองขั้นต้นจึงมีความสำคัญต่อการลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้เป็นอย่างมาก (สาริโณ นาคู, 2564) วิธีการป้องกันการเจ็บป่วยและแพร่ระบาดของโรค วิธีที่ดีที่สุด คือ การส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไป มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ที่เหมาะสม เช่น การใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือบ่อย ๆ หลีกเลี่ยงสถานที่ที่มีคนแออัด การอยู่บ้านเพื่อลดโอกาสในการออกไปสัมผัสเชื้อ การหลีกเลี่ยงการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง เป็นต้น (กรมควบคุมโรค, 2564) ดังนั้น เพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคให้มีประสิทธิภาพ ประชาชนทุกคน ทุกสาขาอาชีพ ควรมีความตระหนักและใช้อุปกรณ์ในการป้องกัน ใส่หน้ากากอนามัย และปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด บุคลากรที่ดูแลด้านสุขภาพ ควรจัดอบรมให้ความรู้ ส่งเสริมสุขภาพให้ผู้มารับบริการเข้าใจและให้ความสำคัญต่อการป้องกันโรคอย่างเข้มงวด

การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจของบุคคลที่จะประพฤติ หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model [HBM]) ของ Rosenstock (1974) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่นำมาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมของบุคคล การรับรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพของบุคคลจะเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมทางสุขภาพ กล่าวคือ บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนั้นมีความรุนแรงมีผลต่อการดำรงชีวิตของตน และการปฏิบัติที่กระทำจะช่วยลดโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือช่วยลดความรุนแรงของโรคโดยไม่มีอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวก การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรม การป้องกัน การดูแลสุขภาพของตนเองและบุคคลในครอบครัว

ในปัจจุบัน มีการรายงานการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดไม่แตกต่างจากกลุ่มอื่น แต่ไม่สามารถยืนยันความแตกต่างนั้นได้ชัดเจน อีกทั้งผู้เชี่ยวชาญทางด้านสูติกรรมได้ให้ความเห็นต่อการติดเชื้อของสตรีตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มากกว่ากลุ่มอื่น เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาของร่างกาย ทำให้เพิ่มโอกาสต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ และจะเกิดภาวะปอดบวมอย่างรุนแรง การศึกษาเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอด ยังมีข้อมูลที่จำกัด จึงไม่ทราบผลกระทบจากการติดเชื้อโควิด-19 ที่ชัดเจน (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564) กระทรวงสาธารณสุข และราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย จึงได้ออกแนวปฏิบัติสำหรับสตรีตั้งครรภ์ และมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 หรือสงสัยติดเชื้อโควิด-19 ว่าในระยะหลังคลอดจำเป็นต้องแยกมารดาออกจากทารกจนกว่าจะมั่นใจว่ามารดาได้รับการรักษาจนหาย

หรือกักกันไว้จนกว่าจะแน่ใจว่าไม่ได้ติดเชื้อโควิด-19 แน่نون จึงจะสามารถเสี่ยงดูบุตรได้ตามปกติ และเน้นให้สตรีตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดกลุ่มปกติ ใช้หลักการป้องกัน 3 ล. นั่นคือ เลี่ยง ลด ดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563)

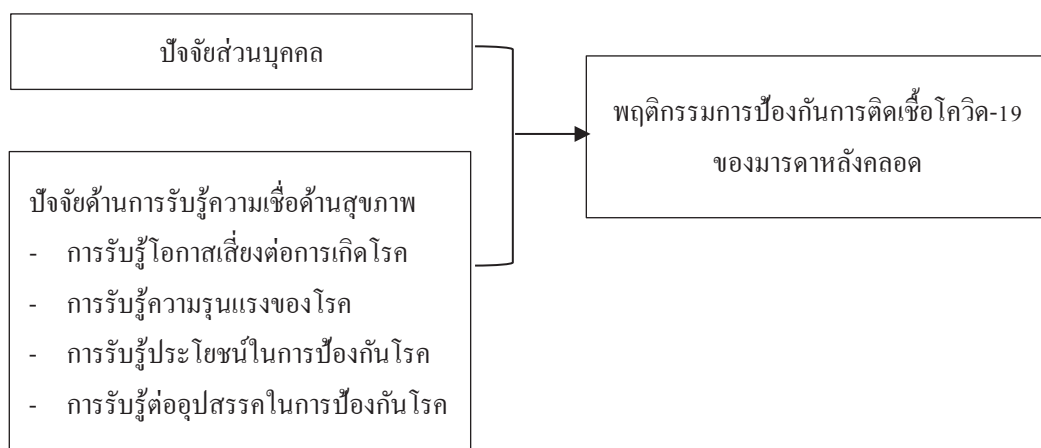
จากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพข้างต้น สรุปได้ว่ากลุ่มมารดาหลังคลอดยังเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 และส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งมารดาทารก และยังเป็นประเด็นที่มีผู้ศึกษาน้อย ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอดเพื่อเป็นข้อมูลในการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพของมารดาหลังคลอดให้มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด -19 โดยนำข้อมูลสะท้อนกลับให้แก่ผู้กำหนดนโยบายเพื่อการแก้ปัญหาในสถานการณ์นี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ คณะผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และ 4) การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พบว่า แนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อการแสดงพฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือป้องกันโรคของมารดาหลังคลอด เพื่อให้ตนเองและทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 และมีสุขภาพแข็งแรง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive study design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค) กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2564

นิยามเชิงปฏิบัติการ

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด ทักษะของมารดาหลังคลอดเกี่ยวกับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ผ่านทางสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ หรือจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยแบ่งออกเป็น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค ประเมินจากแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 หมายถึง การปฏิบัติตนของมารดาหลังคลอดเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้ตนเองติดเชื้อโรคโควิด-19 เช่น ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ รักษาระยะห่างจากทารกและผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร หลีกเลี่ยงการสัมผัสตา จมูก และปาก เป็นต้น ประเมินจากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

มารดาหลังคลอด หมายถึง หญิงที่มารับบริการตรวจหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 6-8 หลังคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง 6 แห่ง และระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ มารดาหลังคลอดบุตรในช่วงเวลา 6-8 สัปดาห์ ที่มารับบริการตรวจหลังคลอด ณ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2564 จำนวนทั้งสิ้น 2,936 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากประชากรโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป n4Studiesversion1.4.1 (Ngamjarus & Chongsuvivatwong, 2014) กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 (Wayne, 1995) ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณเท่ากับ 365 คน เพื่อเป็นการป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 (ศิริลักษณ์ วรไวย, สังวรรณ วรไวย, ชาธิชา ปัตตลาโพธิ์, และวรรณา ตรุนจันทร์, 2557) ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 400 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ขั้นตอนแรกจับฉลากแบบไม่คืนที่เพื่อเลือกจังหวัดที่ตั้งของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจากรายชื่อจังหวัดในภาคกลางได้จำนวน 3 จังหวัด จากนั้นจับฉลากแบบไม่คืนที่เพื่อเลือกโรงพยาบาลประจำจังหวัด 1 แห่ง และโรงพยาบาลประจำอำเภอ 1 แห่ง จากรายชื่อโรงพยาบาลในจังหวัดที่เลือกได้ จะได้โรงพยาบาลที่เข้าเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง 6 แห่ง

แล้วจึงสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้รับบริการที่มาตรวจหลังคลอดแบบโควตา (Quota sampling) โดยเปรียบเทียบสัดส่วนตามจำนวนที่มารับบริการ สุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience sampling) จนได้กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนโควตาที่กำหนดไว้ในแต่ละโรงพยาบาล

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria) คือ เป็นมารดาในช่วงสัปดาห์ที่ 6-8 หลังการคลอดบุตรที่สามารถฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็น และไม่มีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 มาก่อนให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ เป็นมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนหลังคลอดรุนแรง เช่น ตกเลือดหลังคลอด มีภาวะชักรหลังคลอดหรือมีการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการตอบคำถาม เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ราชบุรี รหัส BCNR 006/2564 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการวิจัยและวิธีการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยินยอมหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอม ผู้วิจัยจึงให้ลงนามเพื่อแสดงการยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะบอกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1974) และการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับโรค และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบตามข้อมูลของมารดาหลังคลอด ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัว

2. แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 5 ข้อ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค 5 ข้อ ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค 5 ข้อ และด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) การให้คะแนนคำถามเชิงบวก หากตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน และตอบเห็นด้วยมากที่สุด ได้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้ามกัน คือ หากตอบเห็นด้วยมากที่สุด ได้ 1 คะแนน และตอบเห็นด้วยน้อยที่สุด ได้ 5 คะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเพื่อแบ่งระดับการรับรู้ตามเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2560) คือ ระดับมากที่สุด ($M = 4.50 - 5.00$) ระดับมาก ($M = 3.50 - 4.49$) ระดับปานกลาง ($M = 2.50 - 3.49$) ระดับน้อย ($M = 1.50 - 2.49$) และ ระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00 - 1.49$)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ การปฏิบัติตัวเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติตัว การให้คะแนน หากตอบ

ปฏิบัติเป็นประจำได้ 3 คะแนน และตอบ ไม่เคยปฏิบัติได้ 0 คะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเพื่อแบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามเกณฑ์ของ บุญชม ศรีสะอาด (2560) ดังนี้ มีการปฏิบัติน้อย ($M = 0.00 - 0.99$) มีการปฏิบัติปานกลาง ($M = 1.00 - 1.99$) และมีการปฏิบัติมาก ($M = 2.00$ ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงทางด้านเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ด้านสาธารณสุข และด้านการวิจัย โดยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความครอบคลุมของเนื้อหาแล้วนำข้อเสนอที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขโดยถือเกณฑ์ความสอดคล้อง และการยอมรับของผู้ทรงคุณวุฒิ ผลการคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scale [S-CVI]) ได้ 0.85 และทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำไปทดสอบกับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เท่ากับ .84 และ .76 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยติดต่อหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยหลังคลอด ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง 6 แห่ง ที่จะเข้าเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยให้ทราบและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลในกลุ่มมารดาหลังคลอดตามจำนวนที่คำนวณได้ นัดหมายระยะเวลาในการขอเก็บข้อมูล การปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง การเก็บข้อมูล ประสานงานกับเจ้าหน้าที่แผนกหลังคลอด ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานรับทราบแจ้งเกณฑ์ของมารดาหลังคลอดที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ให้รับทราบเพื่อสมัครเข้าร่วมในการวิจัย และช่วยเหลือในการคัดผู้มีคุณสมบัติเข้าในการวิจัย

2. เมื่อได้ผู้สมัครใจเข้าร่วม คณะผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย การพิทักษ์สิทธิของผู้วิจัย หากมีผู้สนใจจะเข้าร่วมให้ลงนามรับรองการยินยอมให้ข้อมูล

3. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้มารดาหลังคลอดบันทึกข้อมูลแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ใช้เวลาตอบแบบสอบถามคนละ 40 นาที เมื่อมารดาหลังคลอดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามครบ ผู้วิจัยตรวจสอบความเรียบร้อยของข้อมูลและดำเนินการรวบรวมข้อมูลของแต่ละโรงพยาบาลตามขั้นตอนจนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ค่าความถี่ และค่าร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุคูณ (Multiple regression) ด้วยนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พฤติกรรมป้องกัน การติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาหลังคลอดที่คลอด ณ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคกลาง 6 แห่ง ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.2) มีอายุระหว่าง 31–35 ปี มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 86.8) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 36.2) ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 28.4) รายได้เฉลี่ยรวมกันในครอบครัวมากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 54.9) และไม่มีโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 85.3)

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 โดยภาพรวมมารดาหลังคลอดมีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.64$, $SD = 1.35$) เมื่อแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และแปลผลว่ามีการรับรู้อยู่ในระดับมาก ($M = 4.30$, $SD = .90$) ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค ในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และแปลผลว่ามีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.70$, $SD = 1.22$) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	M	SD	แปลผล
ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			
1. ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะติดเชื้อโควิด-19 ได้มากกว่าผู้ที่อยู่ในวัยเด็กและวัยทำงาน	2.89	1.71	ปานกลาง
2. บุคคลที่มีโรคประจำตัวหรือรังมีโอกาเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 ได้มากกว่าบุคคลที่ไม่มีโรคประจำตัว	2.61	1.48	ปานกลาง
3. ผู้ที่พักผ่อนน้อยมีโอกาสที่จะติดเชื้อโควิด-19 ได้มากกว่าคนที่นอนหลับอย่างเพียงพอ	2.44	1.43	น้อย
4. ผู้ที่ใกล้ชิดกับบุคคลที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยงมีโอกาเสี่ยงที่จะติดเชื้อโควิด-19 สูง	2.76	1.48	ปานกลาง
5. ผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านและออกนอกบ้านเฉพาะเวลาจำเป็นมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 น้อยกว่า	3.32	1.59	ปานกลาง
ภาพรวมรายด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค	2.80	1.20	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค			
6. ผู้ป่วยโรคโควิด-19 จะมีอาการรุนแรงมากกว่าไข้หวัดใหญ่	4.46	.82	มาก
7. ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนหรือยา เพื่อป้องกันหรือรักษาโรคโควิด-19 โดยเฉพาะ	4.55	.94	มากที่สุด
8. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19	3.92	.95	มาก

การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	M	SD	แปลผล
9. โรคโควิด-19 สามารถหายได้เอง โดยไม่ต้องพบแพทย์เพื่อรักษา	2.11	1.30	น้อย
10. โรคโควิด-19 ไม่ทำให้เกิดความรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้	2.35	1.50	น้อย
ภาพรวมรายด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค	3.50	.90	มาก
ด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค			
11. การรับประทานอาหารให้ครบห้าหมู่จะช่วยให้ท่านมีร่างกายแข็งแรงและเป็นผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	3.86	1.10	มาก
12. การออกกำลังกายสม่ำเสมอจะช่วยให้ท่านมีร่างกายแข็งแรงและเป็นผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	3.96	1.07	มาก
13. การไปพบแพทย์ทันทีที่สงสัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ทำให้ท่านได้รับการรักษาอย่างทันที่	4.40	.86	มาก
14. การหลีกเลี่ยงพื้นที่ที่มีคนหมู่มากเป็นการลดโอกาสการติดเชื้อโควิด-19	4.66	.65	มากที่สุด
15. การล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	4.67	.65	มากที่สุด
ภาพรวมรายด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค	4.30	.90	มาก
ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค			
16. การมาพบแพทย์เมื่อสงสัยว่า มีอาการของโรคโควิด-19 ทำให้ท่านต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง	3.09	1.49	ปานกลาง
17. ท่านรู้สึว่าการต้องใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกจากบ้านเป็นภาระ	2.59	1.51	ปานกลาง
18. การงดเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์ทำให้ท่านรู้สึกอึดอัด	2.45	1.34	น้อย
19. ท่านรู้สึกรว้างเป็นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร	2.71	1.37	ปานกลาง
20. การหลีกเลี่ยงพื้นที่ในชุมชนที่มีคนจำนวนมากเป็นเรื่องที่ทำได้ยาก	2.78	1.34	ปานกลาง
ภาพรวมรายด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค	2.70	1.22	ปานกลาง
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในภาพรวม	2.64	1.35	ปานกลาง

หมายเหตุ $n = 400$

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 โดยภาพรวมมารดาหลังคลอดมีการปฏิบัติปานกลาง ($M = 1.67$, $SD = 1.05$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พฤติกรรมข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด และแปลผลว่ามีการปฏิบัติมากเท่ากัน มี 2 ข้อ คือ การเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวันและทิ้งในภาชนะปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และการพยายามทำความสะอาดบริเวณที่พัก อุปกรณ์ เครื่องใช้ส่วนรวมและส่วนตัวด้วยน้ำยาทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ ($M = 2.32$, $SD = 1.06$) ส่วนพฤติกรรมข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และแปลผลว่ามีการปฏิบัติน้อย คือ การสวมหน้ากากปิดจมูกและปากทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้านและไปในพื้นที่

แออัดหรือเมื่อโดยสารยานพาหนะสาธารณะ ($M = .98$, $SD = .97$) และ การเช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ($M = .92$, $SD = .83$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	M	SD	แปลผล
1. ท่านสวมหน้ากากปิดจมูกและปากทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้านและไปในพื้นที่แออัดหรือเมื่อโดยสารยานพาหนะสาธารณะ	.98	.97	น้อย
2. ท่านเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวันและทิ้งในภาชนะปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19	2.32	1.06	มาก
3. ท่านพยายามงด/หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงที่มีการติดเชื้อ หรือการไปร่วมกิจกรรมที่มีคนจำนวนมาก เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า สถานบริการ พื้นที่ออกกำลังกาย เป็นต้น	1.62	1.21	ปานกลาง
4. ท่านหมั่นล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำ และสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือไม่น้อยกว่า 20 วินาที หลังจับต้อง หรือ สัมผัสสิ่งของต่าง ๆ	1.44	.98	ปานกลาง
5. ท่านพยายามดื่มน้ำมาก ๆ และพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และสามารถป้องกันโรคได้	2.12	1.14	มาก
6. ท่านพยายามทำความสะอาดบริเวณที่พัก อุปกรณ์ เครื่องใช้ส่วนรวมและส่วนตัวด้วยน้ำยาทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ	2.32	1.06	มาก
7. ท่านจัดให้มีอุปกรณ์ทำความสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ด้วยการเตรียมแอลกอฮอล์ น้ำสบู หรือเจลทำความสะอาดมือ ไว้ที่บริเวณหน้าบ้าน เพื่อล้างมือก่อนเข้าบ้าน	1.62	1.21	ปานกลาง
8. ท่านเฝ้าระวังและสังเกตอาการตนเองและปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคตามที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนด หากท่าน หรือ บุคคลในครอบครัวมีอาการป่วย มีไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย รีบไปพบแพทย์ทันที	1.44	.98	ปานกลาง
9. ท่านจัดทำบันทึกประจำวันเกี่ยวกับกิจกรรมส่วนตัว ประวัติการเดินทาง การทำงาน สถานที่ที่ไปอย่างละเอียด เพื่อปกป้องทุกคนที่มีความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19	1.91	1.06	ปานกลาง
10. ท่านเช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ	.92	.83	น้อย
พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในภาพรวม	1.67	1.05	ปานกลาง

หมายเหตุ $n = 400$

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด

จากการวิเคราะห์โดยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 สามารถทำนาย พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 45 ($R^2 = .45$) อย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติที่ระดับ .001 โดยตัวแปรที่มีอำนาจพยากรณ์สูงสุด คือ สถานภาพ ($Beta = 0.352, p < .01$) รองลงมา คือ รายได้ต่อเดือน ($Beta = 0.250, p < .001$) การมีโรคประจำตัว ($Beta = 0.209, p < .01$) และการรับรู้ความ เชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ($Beta = 0.193, p < .001$) ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3 และสามารถเขียนเป็นสมการค่าคะแนนดิบ (Unstandardized score) ได้ดังนี้

พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด = $4.329 + 0.241$ (สถานภาพ) + 0.185 (รายได้ต่อเดือน) + 0.162 (การมีโรคประจำตัว) + 0.129 (การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ)

สำหรับสมการทำนายแบบค่าคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) ดังนี้

Z (พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด) = 0.352 (Z สถานภาพ) + 0.250 (Z รายได้ต่อเดือน) + 0.209 (Z การมีโรคประจำตัว) + 0.193 (Z การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	<i>t</i>	<i>P</i> - value
	<i>B</i>	Std. Error	<i>Beta</i>		
สถานภาพ	0.241	0.334	0.352	3.191	0.004*
รายได้ต่อเดือน	0.185	0.029	0.250	6.305	0.000**
การมีโรคประจำตัว	0.162	0.029	0.209	5.644	0.000*
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ โรคโควิด-19	0.129	0.024	0.193	5.343	0.000**
ค่าคงที่ (Constant)	4.329	0.216		20.085	0.000**

$R = .60, R^2 = .45, F = 26.085, *p < .01, **p\text{-value} < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 45 ($R^2 = 0.45$, $F(1, 150) = 26.085$, $p = .01$) สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน และการมีโรคประจำตัว สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอดได้ อธิบายดังนี้

1. สถานภาพเป็นตัวแปรที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 35.2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรส การอยู่เป็นครอบครัว ต้องมีการรับผิดชอบร่วมกัน ทั้งยังต้องให้การดูแลทารกที่เป็นสมาชิกใหม่ในครอบครัว ทำให้มารดามีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเพื่อให้ตนเองและครอบครัวปลอดภัย (Helms, 2013) พฤติกรรมที่มารดามีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คือ การเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวันและทิ้งในภาชนะปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และการพยายามทำความสะอาดบริเวณที่พัก อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนรวมและส่วนตัวด้วยน้ำยาทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ

2. รายได้ต่อเดือน เป็นตัวแปรที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 25 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยรวมกันในครอบครัวมากกว่า 30,000 บาท และจัดให้มีอุปกรณ์ทำความสะอาดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค ด้วยการเตรียมแอลกอฮอล์ น้ำสบู่ หรือเจลทำความสะอาดมือ ไว้ที่บริเวณหน้าบ้าน เพื่อล้างมือก่อนเข้าบ้าน ซึ่งมีการปฏิบัติปานกลาง และเช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อมีการปฏิบัติน้อย พฤติกรรมดังกล่าวอาจมาจากรายได้ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างอาจไม่เพียงพอที่จะนำมาใช้สนับสนุนเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ได้ เช่นเดียวกับบุคคลที่มีรายได้เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ รังสรรค์ โฉมยา และกรรณิกา พันธุ์ศรี (2564) ที่ทำการเปรียบเทียบถึงความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดต่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19) พบว่า กลุ่มที่ต้องหารายได้ จะมีความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคและแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก

3. การมีโรคประจำตัว เป็นตัวแปรที่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 20.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว แต่มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ภาพรวมในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Goldfarb et al. (2020) ที่พบว่าสตรีมีครรภ์ และมารดาหลังคลอดจะมีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและตระหนักถึงการดูแลตนเองมากขึ้นเมื่อมีการติดเชื้อโควิด-19 ประกอบกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเชื่อว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ นั้น จะต้องมียิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) มากระตุ้นบุคคลให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมาจากปัจจัยภายใน (Internal cues) เช่น ภาวะเจ็บป่วยของตนเอง (Carpenter, 2010)

ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด

ปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอดได้ร้อยละ 19.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 สอดคล้องกับการศึกษาของ นงนภัทร รุ่งเนย, เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, ภคพร กลิ่นหอม, ศิริพร ครุฑทากาส, และนภาพรณ เกตุทอง (2565) ที่ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลพบว่า ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรค การเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลได้ร้อยละ 38.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อพิจารณาปัจจัยด้านการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายด้าน พบว่าด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค และด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ตามลำดับ ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดตามตารางที่ 1 สามารถนำมาอภิปรายได้ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดและมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้เจลล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เป็นผลดีต่อการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลให้มีพฤติกรรมพยายามทำความสะอาดบริเวณที่พัก อุปกรณ์เครื่องใช้ส่วนรวมและส่วนตัวด้วยน้ำยาทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอซึ่งมีการปฏิบัติมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญนิดา เจริญจันทร์ และทิพย์วัลย์ สุรินยา (2557) ที่พบว่านักเรียนมีค่าเฉลี่ยของการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคในระดับสูง ส่งผลให้นักเรียนมีพฤติกรรมที่จะกระทำการใด ๆ ให้ถูกต้องมากกว่าการแสดงพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงการป้องกันโรคซึ่งจะส่งผลให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้

ส่วนพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง เรื่อง การล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอด้วยน้ำ และสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือไม่น้อยกว่า 20 วินาที หลังจับต้อง หรือ สัมผัสสิ่งของต่าง ๆ มีปฏิบัติปานกลางและเช็ดโทรศัพท์มือถือด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อมีการปฏิบัติน้อย อาจเนื่องมาจากในระยะหลังคลอด มารดาจะมีภารกิจที่ต้องดูแลสุขภาพของทารกที่ต้องปฏิบัติหลายประการ จึงไม่สามารถทำตามคำแนะนำในการล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือน้ำยาทำความสะอาดที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์อย่างน้อย 20 วินาทีก่อนสัมผัสทารกได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ บงกช โมระสกุล และพรศิริ พันธสี (2552) ที่พบว่านักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซาและวิทยาลัยเซนต์หลุยส์ มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางและมีข้อรายการที่ว่าล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลเมื่อมือเปื้อนสารคัดหลั่งได้คะแนนที่ระดับไม่ดี

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีการรับรู้อยู่ในระดับมาก กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการป้องกันยังไม่มีความจำเป็นหรือยากเพื่อป้องกันหรือรักษาโรคโควิด-19 ได้โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคโควิด-19 จะมีอาการรุนแรงมากกว่า

ใช้หัวใจใหญ่ และกังวลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่งผลให้มีพฤติกรรมเปลี่ยนหน้ากาอนามัยทุกวันและทิ้งในภาชนะปิดมิดชิดเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 มีการปฏิบัติมาก อีกทั้งมีการจัดทำบันทึกประจำวันเกี่ยวกับกิจวัตรส่วนตัว ประวัติการเดินทาง การทำงาน สถานที่ที่ไปอย่างละเอียด เพื่อปกป้องทุกคนที่มีความเสี่ยงติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งมีการปฏิบัติปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญนิดา เจริญจันทร์ และ ทิพย์วัลย์ สุรินยา (2557) ที่ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพการรับรู้ความสามารถของตนเองรูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีรัตนบุรี จังหวัดนนทบุรี พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีย่าน้อยในระดับสูงและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ค่าความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเนื่องจากเมื่อมารดารับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 มากน้อยเพียงใด เมื่อเกิดโรคขึ้นจะสามารถรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีผลกระทบต่อร่างกายที่อาจจะนำมาซึ่งความพิการ เสียชีวิต จึงส่งผลให้มารดามีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการติดเชื้อโควิด-19

3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีการรับรู้ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณที่อาศัยอยู่ในบ้านและออกนอกบ้านเฉพาะเวลาจำเป็นมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 น้อย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมพยายามงด/ หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงที่มีการติดเชื้อ หรือ การไปรวมกิจกรรมที่มีคนจำนวนมาก เช่น ตลาด ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น ซึ่งมีการปฏิบัติปานกลางในเรื่องการพักผ่อน กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับน้อยกว่าผู้ที่พักผ่อนน้อยมีโอกาสที่จะติดเชื้อโควิด-19 ได้มากกว่าคนที่นอนหลับอย่างเพียงพอ ซึ่งไม่สอดคล้องตามการศึกษาของ ประเทือง ฉ่ำน้อย (2559) ที่พบว่า บุคคลนั้นต้องมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่งผลกระทบในการดำเนินชีวิตของตนเอง และรับรู้ว่าการกระทำใด ๆ ที่เจาะจงจะก่อให้เกิดประโยชน์และเป็นการรับรู้การกระทำที่ไม่มีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ

4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด และมีการรับรู้ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างรับรู้อุปสรรคว่าการมาพบแพทย์เมื่อสงสัยว่ามีอาการของโรคโควิด-19 ทำให้ต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ส่งผลให้มีพฤติกรรมการเฝ้าระวังและสังเกตอาการตนเอง และ บุคคลในครอบครัวเมื่อมีอาการป่วย มีไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ หอบเหนื่อย รีบไปพบแพทย์ทันที ซึ่งมีการปฏิบัติปานกลางและรับรู้ว่าคุณรู้สึกอึดอัดเมื่อไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์ ทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง ในการพยายามงดหรือหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงที่มีการติดเชื้อ สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รัววิรุณกุล, และสุนีย์ ละกำป็น (2562) ที่พบว่า สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 มีผลกระทบโดยตรงกับสุขภาพและวิถีชีวิตของประชาชน ที่ต้องปรับตัวให้เข้ากับวิถีใหม่และมาตรการควบคุมอย่างเคร่งครัด และต้องมาพบแพทย์เมื่อสงสัยว่ามีอาการของโรคโควิด-19 ทำให้มารดาต้องเสียเวลาและเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง จึงเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิต ส่งผลให้การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค ในรายข้อนี้ได้คะแนนต่ำกว่าข้อรายการอื่น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ รายได้ต่อเดือน การมีโรคประจำตัว และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ เกี่ยวกับโรคโควิด-19 สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด ได้ร้อยละ 45 ($R^2 = .45$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะด้านบริการด้านสุขภาพ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพที่รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ควรให้การสนับสนุน ให้ความรู้แก่มารดาหลังคลอด และคู่สมรส เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อ โรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง ครบคลุม โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรค และเป็นการทำงานเชิงรุกที่คำนึงถึงการสูญเสียเวลารายได้ของผู้รับบริการ

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด-19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.
- กฤตกร หมั่นสระเกษ, ทศนีย์ รวีวรกุล, และสุนีย์ ละกะปิ่น. (2562). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเอง ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ใช้อินซูลิน. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 25(2), 12-30.
- ธัญนิดาเจริญจันทร์, และทิพย์วัลย์ สุรินยา. (2557). ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง รูปแบบการอบรมเลี้ยงดูกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนสตรีนันทบุรี จังหวัดนันทบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 40(1), 69-84.
- นางฉัตร รุ่งเนย, เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, ภคพร กลิ่นหอม, ศิริพร ครุฑทาศ, และนภภรณ์ เกตุทอง. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 14(2), 17-37.
- บงกช โมระสกุล, และพรศิริ พันธสี. (2552). ที่ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยนานาชาติเซนต์เทเรซา และวิทยาลัยเซนต์หลุยส์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(37), 179-196.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- พัชรินทร์ เงินทอง. (2564). คำแนะนำในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ระหว่างการแพร่ระบาดโควิด-19: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*, 22(42), 10-13.
- ประเทือง ฉ่ำน้อย. (2559). การศึกษาระดับความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข กรณีศึกษาอำเภอบางปะหัน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารควบคุมโรค*, 42(2), 138-150.

- รังสรรค์ โนมยา, และกรรณิกา พันธุ์ศรี. (2564). ความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดต่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19): การเปรียบเทียบระหว่างวัย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 39(6), 71-82.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). *แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่อง การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19*. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25630324214133PM_CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf
- ศิริลักษณ์ วรไวย้, สังวรรณ วรไวย้, ชาติธนา ปัตตลาโพธิ์, และวรรณ ทรนจันทร์. (2557). ผลการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30–60 ปี ตำบลกุฉีสีจ่อ อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 23(5), 832-841.
- สาโรจน์ นาคจุ. (2564). พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการ สถาบันวิทยาการจัดการแห่งแปซิฟิก สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 7(3), 151-160.
- Carpenter, C. J. (2010). A meta-analysis of the effectiveness of health belief model variables in predicting behavior. *Health Communication*, 25(8), 661-669.
- Goldfarb, I. T., Clapp, M. A., Soffer, M. D., Shook, L. L., Rushfirth, K., Edlow, A. G., & Bryant, A. S. (2020). Prevalence and severity of coronavirus disease 2019 (COVID-19) illness in symptomatic pregnant and postpartum women stratified by Hispanic ethnicity. *Obstetrics and Gynecology*, 136(2), 300-323.
- Helms, H. M. (2013). Marital relationships in the Twenty-First Century. In G. W. Peterson & K. R. Bush (Eds.) , *Handbook of Marriage and the Family* (pp. 233–254). Boston, MA: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3987-5_11
- Ngamjarus, C., & Chongsuvivatwong, V. (2014). *n4Studies: Application for sample size calculation in epidemiological studies for iOS (Version 1.4.1)*. Retrieved from <https://itunes.apple.com/th/app/n4studies/id680516901?l=th&mt=8>
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

การรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยในเขตสุขภาพที่ 10

วิมลพรรณ สังข์สกุล, พย.ม.¹

จรรยาศรี มีหนองหว้า, ประ.ด.^{1*}

(วันที่ส่งบทความ: 12 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 5 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 6 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

เด็กปฐมวัยบางส่วนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ยังมีพัฒนาการไม่สมวัย การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย พื้นที่ศึกษาคือเขตสุขภาพที่ 10 โดยผู้ให้ข้อมูลได้รับคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็นผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย จำนวน 18 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวนรวม 36 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่ม และแบบสังเกตกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ซึ่งผ่านการตรวจสอบเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็กและครอบครัว จำนวน 3 คน มีค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์เท่ากับ .67 และ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าข้อค้นพบเรื่องการรับรู้การเข้าถึงบริการมี 3 ประเด็น คือ ผู้ปกครอง 1) รับรู้ว่าบุตรหลานมีพัฒนาการปกติ โดยเปรียบเทียบจากพัฒนาการของบิดามารดาหรือคนรู้จักกันตอนวัยเด็ก 2) รับรู้ว่าได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกไม่เพียงพอ 3) รับรู้ว่าเป็นบทบาทของครูศูนย์เด็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ส่วนการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคมี 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ได้รับข้อมูลพัฒนาการเด็กไม่เพียงพอ 2) การตรวจสอบความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองยังไม่เพียงพอ 3) ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากผู้ปกครองติดภารกิจ และ 4) สื่อให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการไม่เหมาะสมกับผู้ปกครองที่มีความแตกต่างกัน จากผลการศึกษาสามารถใช้เป็นแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยการให้ความรู้ด้านพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครองอย่างเพียงพอในขณะที่ให้บริการ รวมทั้งสร้างหรือแนะนำช่องทางการเข้าถึงสื่อที่เหมาะสมด้วยตนเอง และส่งเสริมการสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ: การรับรู้, ผู้ปกครอง, การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย, พัฒนาการไม่สมวัย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: จรรยาศรี มีหนองหว้า, อีเมล: jaroonsree@bcnsp.ac.th

Perception of Parents of Children with Suspected Developmental Delays Regarding an Access to Services for the Promotion of Early Childhood Development in 10th Public Health Region

Wimonpan Sungsakul, M.N.S.¹

Jaroonsree Meenongwah, Ph.D.^{1*}

(Received: May 12th, 2022; Revised: June 5th, 2022; Accepted: June 6th, 2022)

Abstract

The development of some early childhood children in the 10th Public Health Region is delayed. This qualitative study aimed to explore the perception of the parents with children who have suspected developmental delays regarding the services for the promotion of early childhood development. Study setting was the 10th Public Health Region. The informants were selected using a purposive sampling technique. They were composed of two groups: 18 people who were parents or guardians of children who had suspected developmental delays and 36 people who were public health officers and teachers at the child developmental centers. The data were collected using semi-structured interviews, focus group interviews, and non-participant observations. All instruments were validated by three specialists in child and family development. The item-objective congruency indexes of the three instruments were .67 and 1.0. The data was analyzed using content analysis. Three aspects of the parents' perceptions about access to the services were found: 1) Parents considered their children's development to be normal by comparing it with their own the development or that of acquaintances from their childhood 2) they did not receive sufficient information about their children's development, and 3) they thought that it was the responsibility of the child development center teachers and public health workers to promote child development. In terms of the parents' perceived problems and obstacles, there were four issues, including 1) insufficient information about child development, 2) insufficient investigation of the parents' understanding, 3) an inability to follow instructions due to parents' obligations, and 4) parents receiving inappropriate information from media concerning promoting child development promotion. The results suggest that promoting better child development will require improving parental education about child development knowledge during the provision the required services. It is suggested that avenues for self-access to appropriate media should be created and social support systems should be developed.

Keywords: perception, parent, promotion of early childhood development, children with suspected developmental delays

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Jaroonsree Meenongwah, E-mail: jaroonsree@bcnsp.ac.th

บทนำ

การเจริญเติบโตและการพัฒนาการที่เกิดขึ้นในช่วงปฐมวัยส่งผลต่อการเรียนรู้ พฤติกรรมและภาวะสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ การส่งเสริมพัฒนาการในช่วงเวลาที่เหมาะสม จะทำให้สมองพัฒนาได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ และเติบโตเป็นพลเมืองที่มีคุณภาพของประเทศชาติ พัฒนาการของเด็กนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม การอบรมเลี้ยงดูของพ่อแม่หรือผู้ปกครอง (จิตติมา ชูใหม่, 2559) โดยมีปัจจัยด้านครอบครัวที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประเภทของครอบครัว การศึกษาของมารดา อาชีพบิดา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจสังคม และระบบสนับสนุน (สุธรรม นันทมงคลชัย, 2559; Ayob, Christopher, & Naidoo, 2021) องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (United Nations Children's Fund [UNICEF]) ได้ตั้งเป้าหมายในปี พ.ศ. 2560-2564 ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย และได้ร่วมจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ที่เน้นการสร้างศักยภาพให้กับพ่อแม่และติดตามสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย (Multiple Indicators Cluster Survey [MICS]) เป็นระยะ แต่ผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมาย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ทั้งนี้ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) เพราะการเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กมีความสำคัญต่อประเทศชาติอย่างยิ่ง จึงยังคงต้องให้ความสำคัญเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมาย

การดำเนินการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระยะ 40 ปีที่ผ่านมายังมีประเด็นที่ต้องแก้ไข (UNICEF, 2019) นับจากการรายงานสถานการณ์เด็กทั่วโลกเป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2523 ของ UNICEF ที่พบว่าเด็กจำนวนมากในประเทศที่ยากจนได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับการเจริญเติบโต และไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพ หลายประเทศจึงประชุมร่วมกันเพื่อวางแนวทางการดูแลเด็กเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโตและการพัฒนาการ ปกป้องเด็กจากความยากจน และความขัดแย้ง โดยการมีส่วนร่วมของ พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้นำในชุมชน องค์กรเอกชนต่าง ๆ และภาครัฐ แต่ในรายงานครึ่งแผนของแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี (พ.ศ. 2558-2563) ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเด็กและวัยรุ่นขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2017) พบว่าเด็กทั่วโลกมีพัฒนาการผิดปกติประมาณร้อยละ 15-20 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องบางส่วนยังไม่มีระบบการติดตามการดำเนินงาน ศักยภาพของบุคลากรด้านสุขภาพเด็กในเขตเมืองและชนบทมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน และบางพื้นที่ไม่มีระบบฝึกอบรมบุคลากร ประเด็นสำคัญที่ต้องปรับปรุง คือการส่งเสริมความเป็นอยู่ของเด็กแบบมีส่วนร่วม การจัดเตรียมบุคลากร และการติดตามการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

เด็กปฐมวัยในประเทศไทยบางส่วนมีพัฒนาการไม่สมวัยซึ่งอาจมีผลจากการเลี้ยงดูที่ไม่มีการส่งเสริมพัฒนาการอย่างเพียงพอ จากรายงานของ WHO (2017) เกี่ยวกับสถานการณ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557 พบว่าเด็กปฐมวัยพัฒนาการไม่สมวัยและมีแนวโน้มไม่คงที่ มากถึงร้อยละ 27.70 และจากการสำรวจใน ปี พ.ศ. 2560 (จินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันนิสาห์ แก้วแข่งขัน, 2561) พบว่า เด็กไทยที่พัฒนาการสมวัยทุกด้านมีเพียงร้อยละ 67.50 และในปี พ.ศ. 2563 (กรมอนามัย, 2563) พบว่ามีเด็กไทยได้รับตรวจ

คัดกรองครอบคลุมร้อยละ 91.2 พบพัฒนาการสงสัยล่าช้า (Suspected developmental delay) ร้อยละ 25.4 มีเด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองและเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ติดตามไม่ได้อีก ร้อยละ 10 ในเขตสุขภาพที่ 10 (จังหวัดอุบลราชธานี, ยโสธร, อำนาจเจริญ, มุกดาหาร และศรีสะเกษ) พบว่ามีเด็กมากถึง 1 ใน 4 (ร้อยละ 27.1) ที่พัฒนาการสงสัยล่าช้า และติดตามพัฒนาการได้จำนวนร้อยละ 94.7 โดยส่วนที่เหลือเป็นเด็กที่ติดตามประเมินพัฒนาการไม่ได้

จากรายงานการติดตามสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยด้วย MICS โดยสำนักสถิติแห่งชาติ (2563) พบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (ในระดับปานกลางและรุนแรง) ร้อยละ 7.7 ส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์ (ในระดับปานกลางและรุนแรง) ร้อยละ 13.3 การเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กก็เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย แต่จากข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูพบว่า ทารกอายุ 0-5 เดือนที่กินนมแม่อย่างเดียวมีเพียงร้อยละ 14 และเด็กอายุ 0-17 ปี ที่ไม่ได้อยู่กับแม่และมีผู้ดูแลหลักเป็นปู่/ย่า/ตา/ยาย มีมากถึงร้อยละ 72.8 และบางส่วน (ร้อยละ 4.5) ที่ได้รับการดูแลที่ไม่เพียงพอ เด็กอายุ 3-4 ปี ที่มีพัฒนาการเป็นไปตามเกณฑ์ในด้านการอ่านออกและรู้จักตัวเลข มีจำนวนร้อยละ 60.9 เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่เล่นอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์มีจำนวนร้อยละ 52.8 มีหนังสือสำหรับเด็กอย่างน้อย 3 เล่ม มีจำนวนร้อยละ 33.9 เด็กมีของเล่นอย่างน้อย 2 ประเภท มีจำนวนร้อยละ 79.8 ซึ่งจากรายงานการติดตามสถานการณ์ดังกล่าว เด็กที่มีน้ำหนัก ส่วนสูงที่ต่ำกว่าเกณฑ์ในระดับปานกลางและรุนแรงอาจจะมีผลต่อพัฒนาการของเด็กในอนาคต

สุขภาพของมารดาในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด สุขภาพของเด็กและการเลี้ยงดูเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยพบว่ามารดาที่เข้ารับบริการด้านสุขภาพมีโอกาสที่สูงจะมีพัฒนาการดีกว่า (กรมอนามัย, 2563) และการที่ผู้ปกครองเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจะช่วยให้เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าหรือพัฒนาการล่าช้ากลับมามีพัฒนาการที่สมวัยได้ จากการศึกษาของ ยุทธนา ศิลปรัสมิ, สิตา ฤทธิราชธรรม, วิภา ธิติประเสริฐ, และเสาวลักษณ์ วงศ์นาค (2562) พบว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าโดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual [DSPM]) จะช่วยให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย คิดเป็นร้อยละ 96.54 ส่วนเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัยจะสามารถช่วยให้เด็กกลับมามีพัฒนาการสมวัยได้ คิดเป็นร้อยละ 32.1 การเริ่มต้นดูแลเด็กตั้งแต่พัฒนาการสงสัยล่าช้าจะทำให้เด็กมีโอกาสกลับมาพัฒนาการสมวัยได้มากกว่า

จากการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ายังมีเด็กปฐมวัยในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ที่พัฒนาการไม่สมวัย ถึง 1 ใน 4 ของเด็กปฐมวัย แต่ข้อมูลการรับรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองยังมีจำกัดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับ ความเชื่อในการเลี้ยงดูตามบริบทสังคมวัฒนธรรม ซึ่งอาจจะมีผลหรือมีความเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา ปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้ออกแบบบริการที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยในเขตสุขภาพที่ 10

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (Descriptive qualitative research) มีรายละเอียดดังนี้

การเลือกพื้นที่ศึกษา

อำเภอที่มีจำนวนเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามากที่สุดถูกเลือกเป็นพื้นที่ในการวิจัย แบ่งเป็นเขตพื้นที่เมือง กึ่งเมือง และพื้นที่ชนบท ของแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 ได้แก่ อุบลราชธานี, ยโสธร, อำนาจเจริญ, มุกดาหาร และศรีสะเกษ ตามข้อมูลที่รายงานในระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center [HDC], 2562) ของกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นพื้นที่เขตเมือง 2 อำเภอ พื้นที่กึ่งเมือง 2 อำเภอ เขตพื้นที่ชนบท 2 อำเภอ รวมทั้งหมด 6 อำเภอ และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลถูกเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรงในการเลี้ยงดูหรือดูแลเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัย สามารถให้ข้อมูลเชิงลึกที่ตรงประเด็นที่ศึกษาได้ โดยแบ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัย จำนวน 18 คน ได้แก่ ปู่ ย่า ยาย และแม่ และผู้ให้ข้อมูลรองในพื้นที่บริการเขตเมือง กึ่งเมือง และชนบท พื้นที่ละ 2 แห่ง แห่งละ 6 คน จำนวนรวม 36 คน ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จำนวน 3 คน (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล [รพ. สต.] 1 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 2 คน) และ 2) ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 3 คน (ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 คน และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 2 คน)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาโครงการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ (EC No. 11/2562) ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย การปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยที่不会有ผลกระทบต่อใด ๆ และการเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ แล้วถามความสมัครใจ ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จะลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้ข้อมูลต่อไป ซึ่งผู้วิจัยจะปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูล และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมได้เมื่อรู้สึกไม่สบายใจได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ มี 3 ชุด พัฒนาโดยผู้วิจัยซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัย การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย สำหรับสัมภาษณ์ผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการ มีคำถาม 10 ข้อ เกี่ยวกับการเลี้ยงดูและการรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา ตัวอย่างคำถามได้แก่ *เวลาพาลูกมาคิดวัคซีน เจ้าหน้าที่ได้บอกเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกว่าอะไรบ้าง และ ท่านเข้าใจคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการและนำไปปฏิบัติได้อย่างไร*

2. แนวคำถามสำหรับสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก มีคำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับการจัดบริการในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านสาธารณสุขและด้านการศึกษา ตัวอย่างคำถามทั่วไป ได้แก่ *รพ.สต. จัดบริการสำหรับแม่และเด็กเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้างในการจัดบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ ท่านต้องการการสนับสนุนในเรื่องใดเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว*

3. แนวทางการสังเกตการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และ รพ. สต. สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น เป็นแนวทางการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง ในขณะที่ทีมวิจัยกำลังทำการสัมภาษณ์ ประเด็นที่ได้สังเกต ได้แก่ สถานที่ในการตรวจประเมินพัฒนาการ พฤติกรรมของผู้ที่อยู่ในพื้นที่สังเกต ผู้วิจัยสังเกตและบันทึกผู้ให้ข้อมูลสังเกตและบันทึกสิ่งแวดล้อมและบริเวณพื้นที่ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยทุกครั้งที่มีสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง **การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ**

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยวิเคราะห์แนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม แนวทางการสังเกตการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อให้ครอบคลุมกับวัตถุประสงค์การวิจัยและขอบเขตการวิจัย จากนั้นนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพัฒนาการเด็ก จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้ภาษา และความชัดเจนของภาษา จากนั้นได้แก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วนำไปทดสอบความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Feasibility) โดยนำแนวทางการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มไปทดลองใช้กับผู้ปกครองของเด็กปฐมวัย 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน และครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 1 คน ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ส่วนแนวทางการสังเกตการส่งเสริมพัฒนาการเด็กได้นำไปทดลองใช้ในพื้นที่ที่มีความใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา หลังจากนั้นปรับปรุงคำถามในแนวทางการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม และแนวทางการสังเกตการส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพื่อให้สื่อสารได้เข้าใจ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการ รพ. สต. และผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อขออนุญาตเข้าทำการศึกษาในพื้นที่ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. การเตรียมเก็บข้อมูล ผู้วิจัยรับสมัครผู้ช่วยวิจัย จำนวน 5 คน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลเด็กและสาขาการพยาบาลสูติศาสตร์ จำนวน 7 ท่าน ลงพื้นที่ด้วยตนเองเมื่อได้ผู้ช่วยผู้วิจัยครบแล้วได้ประชุมทีมวิจัยและผู้ช่วยวิจัยเพื่อชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล ทำความเข้าใจคำถามในการเก็บข้อมูล และแนวทางการสังเกตกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และให้ผู้ช่วยวิจัยฝึกการสัมภาษณ์ด้วยการสัมภาษณ์นักวิจัย 1 ครั้ง และสัมภาษณ์ตนเอง 1 ครั้ง เพื่อให้เข้าใจคำถามทั่วไป และการสร้างคำถามเจาะลึกขณะทำการสัมภาษณ์

2. การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) ผู้วิจัยประสานกับเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขในการติดต่อกับผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็น พ่อ แม่ ปู่ ย่า หรือ ยาย ของเด็กที่มีพัฒนาการล่าช้าที่สนใจเข้าร่วมการวิจัย แล้วชี้แจงข้อมูลการวิจัยตามเอกสารชี้แจง (Information sheet) เมื่อผู้ให้ข้อมูลตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยแล้ว จะนัดหมายวัน เวลา สถานที่ ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยชี้แจงการปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูล และการยุติการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อรู้สึกไม่สบายใจ สัมภาษณ์โดยใช้ภาษาอีสานซึ่งเป็นภาษาถิ่นที่ผู้ให้ข้อมูลใช้ในชีวิตประจำวัน ทำการสัมภาษณ์ข้อมูลจนข้อมูลอิ่มตัว และเก็บข้อมูลโดยการจดบันทึกและขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลก่อนบันทึกเทปสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลคนละ 1-2 ครั้ง

3. การสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้วิจัยประสานกับผู้อำนวยการ รพ. สต. และผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อนัดหมายในการให้ข้อมูลการวิจัยตามเอกสารชี้แจง แล้วนัดหมายวัน เวลา สถานที่ การสนทนากลุ่มใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที โดยก่อนการสนทนาผู้นำการสนทนากลุ่มได้ชี้แจงการปกปิดความลับของผู้ให้ข้อมูล และสิทธิในการขอยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา การสนทนากลุ่มพื้นที่ศึกษา 6 แห่ง แต่ละแห่งจัด 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และกลุ่มครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมเป็น 12 ครั้ง

4. การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการ รพ. สต. และผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อขออนุญาตสังเกตในพื้นที่ให้บริการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยใน รพ. สต. และพื้นที่บริเวณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้แนวทางการสังเกตการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก เพื่อสังเกตสิ่งแวดล้อมและความสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กกับผู้ปกครอง และเด็กปฐมวัยในช่วงเวลาทำการสัมภาษณ์ ทีมผู้วิจัยที่ไม่ได้ทำการสัมภาษณ์ก็จะทำการสังเกตใช้เวลาในการสังเกตประมาณ 1 ชั่วโมง ขณะสังเกตผู้วิจัยแต่งชุดสุภาพโดยไม่ได้แต่งกายด้วยเครื่องแบบของกระทรวงสาธารณสุขเพื่อไม่ให้ผู้ถูกสังเกตรู้สึกอึดอัด การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย ได้แก่ การสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง สนทนากลุ่ม และการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาในการลงพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 10 ในฐานะที่นักวิจัยเป็นเครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพได้เตรียมตัวนักวิจัยโดย ผู้วิจัยร่วม 1 ท่าน เป็นผู้ผ่านการเรียนวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ ได้จัดการฝึกการสัมภาษณ์

การสนทนากลุ่ม การสังเกต และฝึกการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ให้กับนักวิจัยหลักและผู้ช่วยนักวิจัยเป็นเวลา 2 วัน ข้อมูลที่ได้มามีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation; สุภาภักดิ์ จันทวานิช, 2553) คือ การใช้วิธีเก็บรวบรวมข้อมูลต่างกันเพื่อรวบรวมข้อมูลเรื่องเดียวกันเพื่อให้ข้อมูลมีความเที่ยงตรง น่าเชื่อถือ โดยให้มีผู้วิจัยหลายคนในการรวบรวมข้อมูล และใช้วิธีการสังเกตควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์

หลังจากนั้นมีการคืนข้อมูลเพื่อตรวจสอบความเข้าใจและข้อสรุปของนักวิจัยหรือในประเด็นที่ได้รับข้อมูลไม่เพียงพอกับผู้ให้ข้อมูลโดยตรง ในกรณีผู้ปกครองของเด็กและครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยใช้การย้อนกลับไปพบผู้ปกครองและนำข้อสรุปจากการวิเคราะห์ไปเสนอให้ทราบที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยแยกกลุ่ม เมื่อพบว่าข้อมูลยังไม่สมบูรณ์ ผู้ให้ข้อมูลได้มีข้อเสนอเพิ่มเติม ในส่วนของ รพ.สต. ผู้วิจัยได้ลงพื้นที่ รพ.สต. ทั้ง 6 แห่งเพื่อคืนข้อมูลและรับข้อเสนอเพิ่มเติมเช่นกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Miles and Huberman (1994; อ้างถึงใน ชายโพธิ์สีดา, 2562) มีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดการข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกตและการบันทึกภาคสนาม โดยนำมาจัดระเบียบข้อมูลโดยการถอดเทป นำข้อมูลมาจัดกลุ่มโดยให้รหัสข้อมูล (Code) ในกลุ่มข้อมูลที่มีความหมายในลักษณะที่เหมือนกัน
2. นำข้อมูลที่ได้กำหนดรหัสข้อมูลแล้วมาจำแนกตามประเด็น (Themes) ที่สำคัญตามประเด็นการรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กที่มีพัฒนาการไม่สมวัย จากนั้นผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลและกำหนดประเด็นหลัก (Main themes) และรหัสข้อมูลรายละเอียดของประเด็นหลัก (Sub themes)
3. อธิบายข้อมูลตามประเด็นสำคัญและรายละเอียดของประเด็นนั้นที่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ตารางที่ 1 การจัดหมวดหมู่และการจำแนกประเภท

การจำแนกประเภท	หมวดหมู่	พัฒนาการของลูกหลาน	ดัชนีในหมวดหมู่
นิยามคำ “พัฒนาการปกติ”	การรับรู้ของ ผู้ปกครอง	เปรียบเทียบพัฒนาการของบิดา มารดาหรือคนรู้จักกันตอนวัยเด็ก	- เป็นปกติ พ่อแม่ก็เป็นแบบนี้ - ไม่แตกต่างจากเด็กคนอื่น - สามารถทำอย่างอื่น ๆ ได้ดี
		สามารถทำบางอย่างได้ช้ากว่า เด็กคนอื่นเล็กน้อย	- พัฒนาการบางอย่างดี แต่พูดไม่ชัด - เด็กชายพูดช้ากว่าเด็กหญิง ถือว่าปกติ

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 18 คน เป็น แม่ 13 คน ปู่ 1 คน ย่า 2 คน และยาย 2 คน รวมถึงผู้ให้ข้อมูลรอง กลุ่มเจ้าหน้าที่หรือครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นชาย 1 คน หญิง 35 คน ลักษณะครอบครัวของเด็กปฐมวัยเป็นครอบครัวเดี่ยว 6 ครอบครัว ครอบครัวขยาย 12 ครอบครัว ข้อค้นพบจากการวิจัย มี 2 ประเด็นหลักดังนี้

การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มี 3 ประเด็น ดังนี้

1. ผู้ปกครองรับรู้ว่าคุณตรหลานมีพัฒนาการปกติ จากการเปรียบเทียบพัฒนาการของบิดามารดาหรือคนรู้จักกันตอนวัยเด็ก

แม้ว่าผู้ปกครองจะพาบุตรหลานไปรับวัคซีนและประเมินพัฒนาการตามเกณฑ์อายุ และได้รับแจ้งผลการประเมินพัฒนาการ แต่โดยส่วนใหญ่ผู้ปกครองก็ยังไม่เห็นว่าเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขอย่างจริงจัง ผู้ปกครองเชื่อว่าบุตรหลานมีพัฒนาการปกติโดยอาศัยคำบอกเล่าของบุคคลในครอบครัวญาติพี่น้องเพื่อนบ้านใกล้เคียง แม้ว่าบางรายสงสัยว่าบุตรหลานจะมีพัฒนาการล่าช้า ผู้ปกครองก็มักจะให้เหตุผลว่าในครอบครัวญาติพี่น้องหรือเด็กในละแวกบ้านก็มีพัฒนาการในวัยเด็กเป็นลักษณะเช่นเดียวกันนี้ บางคนอาจจะเดินได้เร็ว พูดได้เร็ว บางคนเดินได้ช้า พูดได้ช้าแล้วแต่คน แต่ในที่สุดพัฒนาการเด็กก็จะเป็นปกติได้เอง ดังมารดา รายหนึ่งบอกว่า “ข้าพเจ้าบอกว่าพ่อเขาก็พูดช้าแบบนี้ละ พ่อโตมาก็พูดเอง ไม่ได้ทำอะไร” (Am/Mpa2: 116) และ “เราก็สังเกตลูกเราเทียบกับคนอื่นก็ไม่มีอะไรผิดปกติอะไร” (Muk:kum2: 63)

2. ผู้ปกครองรับรู้ว่าคุณตรหลานมีพัฒนาการปกติ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการที่สมวัย

ผู้ปกครองบางรายบอกว่าที่ลูกถูกระบุว่าพัฒนาการไม่สมวัยเป็นเพราะความไม่เข้าใจของมารดาและความไม่เข้าใจของลูกขณะที่ผู้ประเมินทำการประเมิน “คือตอนนั้นแม่ไม่รู้ว่าจะต้องให้ทำอย่างนี้ น้อยยังไม่เข้าใจก็เลยยังทำไม่ได้ละ” (Muk:kum3: 103) ผู้ปกครองบางรายไม่ยอมรับผลการประเมินพัฒนาการโดยเลี้ยงที่จะกล่าวถึงพัฒนาการที่ลูกทำได้แต่จะกล่าวถึงพัฒนาการที่ลูกทำได้แทน โดยคุณแม่วัยหนึ่งบอกว่า “น้องปั้นจักรยานได้ พูดภาษาอังกฤษได้” (Am/Mpa1: 129) ผู้ปกครองรายหนึ่งประเมินว่าหลานไม่ได้มีปัญหาเรื่องพัฒนาการไม่สมวัย และมองว่าการพูดไม่ชัดคือไม่ผิดปกติ “เก่งอยู่ รู้เรื่องอยู่ มีแต่พูดไม่ชัดแค่นั้น” (Ubr/Bun3: 92) ผู้ปกครองบางรายสงสัยว่าปัญญาอ่อน สมาร์สัน บกพร่องการเรียนรู้หรือไม่แตกต่างจากพัฒนาการล่าช้าอย่างไร “ลูกชนมาก คุณครูบอกว่าอยู่ไม่นิ่งเลย แบบนี้ใช้พัฒนาการล่าช้ารีเปล่าละ” (Am/Cha2 : 67)

3. ผู้ปกครองรับรู้ว่าเป็นบทบาทของครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

ผู้ปกครองส่วนใหญ่มองว่าเลี้ยงดูบุตรหลานตามปกติที่เคยเลี้ยงดูกันมาตั้งแต่รุ่นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย ประกอบกับความเชื่อว่าในที่สุดพัฒนาการเด็กก็จะเป็นปกติได้เอง โดยผู้ปกครองรับรู้ถึงการให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการของเจ้าหน้าที่ และรับรู้ว่ามีเวลาถูกไปรับวัคซีนเจ้าหน้าที่จะทำการ

ตรวจประเมินและให้การดูแล เมื่ออยู่ที่โรงเรียนคุณครูก็จะเล่าให้ฟังว่าอยู่โรงเรียนลูกเป็นอย่างไร ทำอะไรได้บ้างและมีการให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูเมื่ออยู่ที่บ้าน คุณแม่รายหนึ่งบอกว่า “คุณครูบอกว่าเมื่อกลับไปบ้าน ให้มีสมุดดินสอ ให้หัดเขียน ให้รู้ดอกไม้ให้รู้สัตว์ต่าง ๆ อันนี้คือเสีย”(Sri/No1 : 84) ส่วนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็จะประเมินพัฒนาการและให้คำแนะนำ “ประเมินเรื่องสี เรื่องตัวเลข ลงในสมุดให้ แล้วก็แนะนำอยู่ค่ะ”(Am/Mpa2: 68)

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

การรับรู้ของผู้ปกครองของเด็กที่มีปัญหาอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มี 4 ประเด็น ดังนี้

1. ผู้ปกครองรับรู้ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกไม่เพียงพอ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ปกครองได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการลูกได้รับคู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กเล่มขาว บิดา มารดา ผู้ปกครอง รับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไข่ นม ส่วนการอาบน้ำ การเล่นนิทานให้ลูกฟังตั้งแต่อยู่ในท้อง การให้ลูกรับประทานนมมารดาและวิตามินเสริม รวมถึงการกอด การเล่นนิทาน การพาลูกเล่นจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของลูกได้ แม้ว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ได้รับคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual [DSPM]) เพื่อเฝ้าระวังพัฒนาการลูก แต่มีบางรายที่ได้รับสมุดแต่ทำสูญหาย ผู้ปกครองที่ป่วยเป็นผู้เลี้ยงดูหลักบางรายไม่ทราบว่ามารดาได้รับสมุดหรือไม่

ผู้ปกครองบางรายที่เป็นผู้สังเกตเห็นเองว่าลูกมีพัฒนาการไม่เป็นไปตามปกติ เช่น พุดช้า ไม่ยิ้ม ไม่หัวเราะ เหมือนเด็กคนอื่นในวัยเดียวกัน โดยที่ไม่ได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับผลการประเมินพัฒนาการเมื่อพาลูกมารับวัคซีน และมีผู้ปกครองบางรายที่ไม่ได้รับแจ้งผลประเมินก็มีการซักถามเจ้าหน้าที่ซึ่งก็ได้รับคำตอบว่าพัฒนาการลูกปกติ “เจ้าหน้าที่บอกว่าปกติค่ะ เด็กบางคนพัฒนาการเร็ว บางคนก็พัฒนาการช้า”(Sri/No1 : 36)

ผู้ปกครองรายหนึ่งบอกว่าไม่ทราบผลการประเมินพัฒนาการในแต่ละครั้ง บางรายบอกว่าไม่มีการประเมินพัฒนาการตอนที่พาลูกไปรับวัคซีน “ก็ไม่เคยค่ะ คิดเสร็จก็กลับบ้านเลย”(Sri/No2 :94) มีบางรายไม่ได้พุดคุยหรือการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลลูกขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อส่งเสริมพัฒนาการ โดยผู้ปกครองบอกว่า “บางทีหมอก็งงหรือมีอะไรที่ทำอยู่ คิดเสร็จก็กลับบ้าน”(Sri/No1 :58) หรือบางรายเมื่อมีการประเมินซ้ำก็ไม่ได้มีการให้คำแนะนำอีก และมีบางรายที่ได้รับคำแนะนำแต่จำไม่ได้ แต่ส่วนใหญ่ได้มีการพุดคุยกับคุณครูปฐมวัยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลลูกขณะอยู่ที่บ้านเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ

2. ไม่ได้มีการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารกับผู้ปกครอง

บิดามารดาผู้ปกครองส่วนใหญ่บอกว่าได้รับคำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการลูกจากเจ้าหน้าที่ โดยผู้ปกครองรายหนึ่งบอกว่า “พ่ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) บอกให้ชวนน้องคุย ชวนน้องเล่น ให้เล่นนิทานให้ฟัง”(Sri/No2 :48) ส่วนความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก นอกจากคำแนะนำ

จากเจ้าหน้าที่แล้วผู้ปกครองบอกว่าได้รับสมุดขาวซึ่งได้อ่านและใช้เป็นแนวทางในการดูแลเพื่อส่งเสริมพัฒนาการลูกได้ แต่บางรายบอกว่าจำไม่ได้ว่าเอาไปไว้ที่ไหน บิดามารดาผู้ปกครองบางรายแม้ว่าได้รับคำแนะนำให้เล่นนิทานให้ลูกฟัง ก็ยังเปิดนิทานจากโทรศัพท์ให้ลูกดู ไม่ได้เป็นการอ่านให้ลูกฟังหรือพาลูกอ่าน

มารดาทุกรายรับรู้ว่าการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ไขมัน การขับถ่าย การเล่นนิทานให้ลูกฟัง ตั้งแต้อยู่ในห้อง การให้ลูกรับประทานนมมารดา การรับประทานวิตามินเสริม การกอด การเล่นนิทาน การพาลูกเล่นจะช่วยส่งเสริมพัฒนาการของลูกได้ แต่ก็มีหลายรายที่บอกถึงการเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการได้ แต่จากการสัมภาษณ์ก็พบว่ามารดาไม่ได้ปฏิบัติ เช่น มารดาคนหนึ่งบอกว่า “ให้ลูกเล่นโทรศัพท์ตั้งแต่อายุประมาณ 1 ปี ก็เป็นปัญหาเรื่องนี้ด้วยแหละค่ะ ที่ทำให้น้องพูดช้า” (Sri/No2 :62) บางครอบครัวผู้เลี้ยงดูเป็นตายาย บิดามารดาไปทำงานที่กรุงเทพฯ บางครอบครัวบิดามารดาแยกทาง ปู่ย่าเป็นผู้เลี้ยงดู โดยผู้เลี้ยงดูที่เป็นปู่ย่าตายาย ซึ่งเป็นผู้สูงวัยบางรายบอกว่า “เราไม่รู้อะไร เลี้ยงไปธรรมดา ก็จะกอดจะเล่นอยู่แต่ก็ไม่เคยเล่นนิทานให้ฟัง” (Ubr/Bun2: 80) คุณปู่รายหนึ่งบอกว่า “ไม่ได้เล่า เล่นนิทานไม่เป็น” (Ubr/M2:59) ผู้ปกครองบางรายจำคำแนะนำในการเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการไม่ได้ “เจ้าหน้าที่ที่พินก็บอกอยู่ว่าส่งเสริมพัฒนาการยังไง แต่ยายก็จำไม่ได้” (Am/Cha1 : 88) และพบว่าส่วนหนึ่งผู้ปกครองมีความเชื่อว่าพัฒนาการล่าช้า หมายถึง ปัญญาอ่อน จึงมักจะหลีกเลี่ยงที่จะพูดถึงปัญหาพัฒนาการของเด็ก

3. ผู้ปกครองไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าผู้ปกครองบางรายไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการส่งเสริมพัฒนาการลูกได้เนื่องจากในครอบครัวมีผู้ป่วยหลายคนหรือผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลอย่างมาก ผู้ปกครองส่วนหนึ่งได้พยายามทำตามคำแนะนำที่เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำกิจกรรมการดูแลเด็ก หลังจากรับทราบผลการประเมินว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า มารดาคนหนึ่งบอกว่า “เวลาทำอะไรก็จะพาน้องไปทำด้วยเช่น ทำงานบ้าน ล้างจาน น้องก็จะทำด้วยแต่ก็ทำได้ตามความสามารถเด็กนะค่ะ” (Sri/No1: 88) แต่มีบางรายที่ยอมรับว่าได้ทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการเพียงแค່บางอย่าง “ก็เข้าใจอยู่ค่ะ แต่ไม่ค่อยได้ทำไม่ค่อยได้เล่นนิทาน แต่เราก็จะกอดจะเล่นอยู่” (Ubr/Bun3: 88) โดยที่บางรายมีข้อจำกัดเนื่องจากผู้ปกครองติดภาระ “ก็ไม่ค่อยได้ทำตามคำแนะนำ ไม่ค่อยได้ประเมินพัฒนาการ หรือกระตุ้นพัฒนาการค่ะ เพราะคุณย่ามีภาระหลายอย่าง ดูแลผู้ป่วยหลายคน” (Sri/No3: 67) บางรายบอกว่าไม่ได้ทำต่อเนื่อง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างในครอบครัว “คิดว่าวันนี้ทำยังไม่ถึงจะรอด จะเอาเงินจากไหนมาให้ลูกไปโรงเรียน มีข้าวกินไหม ไม่ได้ฟิฟิพันอะไร ก็รู้แต่ปกติเท่าคนอื่น” (Yas/Leng3: 180)

บางรายมีภาระการดูแลสุขภาพของคนในครอบครัว คุณแม่รายหนึ่งบอกว่า “ในบ้านมีคนป่วยเป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแม่เป็นมะเร็งปอดค่ะ เลยไม่ค่อยได้สังเกตลูก” (Sri/No1 :93) สำหรับครอบครัวที่อยู่ในเขตเมือง มารดาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบางรายรับรู้ว่าการกินวิตามินเสริมธาตุเหล็กสม่ำเสมอ การกอด การเล่นช่วยส่งเสริมพัฒนาการได้แต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ครบทุกอย่าง โดยมารดาบอกว่า “แต่ทำได้บางอย่างเพราะไม่มีเวลาค่ะ ไปทำงานกว่าจะถึงบ้านก็ดึก” (Ub/M1: 54) และบางรายได้รับคำแนะนำให้พาลูกไปพบแพทย์แต่ไม่ได้ไปตามคำแนะนำ โดยบอกว่า “เจ้าหน้าที่ที่บอกให้ไปหาหมออยู่ค่ะ แต่ก็ไม่รู้จะไปยังไง” (Am/Mpa3: 85)

ผู้ปกครองบอกว่าได้ปฏิบัติตามคำแนะนำของคุณครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่าที่จะสามารถปฏิบัติตามได้
 ดังเช่น ผู้ปกครองซึ่งเป็นคุณย่ารายหนึ่งบอกว่าคุณครูได้บอกเกี่ยวกับพัฒนาการของหลานและให้คำแนะนำ
 ตามบทบาทหน้าที่ของคุณครู แต่คุณย่ามีบทบาทหน้าที่อย่างอื่นในครอบครัวจึงไม่สามารถทำได้ “คุณย่า
 มีภาระหลายอย่าง ไม่ค่อยได้ทำตามคำแนะนำ” (Muk/kum1: 75)

4. สื่อความรู้ไม่เพียงพอและไม่เหมาะสมกับผู้ปกครองที่มีความแตกต่างกัน

ผู้ปกครองที่อยู่ในเขตเมืองอยากให้มีแหล่งข้อมูลความรู้ในการเลี้ยงลูกที่เข้าถึงง่าย และ
 หลากหลาย อยากให้มีของเล่น หนังสือนิทาน มารดา รายหนึ่งบอกว่า “ได้หาความรู้วิธีการเลี้ยงดูลูกจาก
 สื่อในอินเทอร์เน็ต ที่เป็นโปรแกรมให้ความรู้การเลี้ยงดูเด็กในโทรศัพท์มือถือ อาศัยดูจากแอปของบริษัท
 นมค่ะ อยากให้มีสื่อความรู้ที่มากกว่านี้” (Ubr/M3: 98) หรือบางรายบอกว่าสมุดขาวที่ได้รับแจกนั้น
 “ลูกเอาไปเล่นก่อนกว่าจะหาเจอหนังสือก็พังแล้วหายไปแล้ว” (Yas/Leng3: 123) หนังสือนิทานของเล่น
 หาได้ที่โรงเรียน “ที่โรงเรียนมีหนังสือนิทานให้ยืมกลับมาอ่านที่บ้านค่ะ” (Ubr/M3: 87)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงการรับรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับพัฒนาการของบุตรหลาน การรับรู้บทบาท
 ของผู้ปกครองในการส่งเสริมพัฒนาการบุตร ตลอดจนการรับรู้ปัญหาอุปสรรคในการส่งเสริมพัฒนาการ
 ซึ่งส่งผลต่อการเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ในการแก้ไข
 ปัญหาพัฒนาการและเข้ารับบริการสุขภาพ ดังนี้

การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มี 3 ข้อ ดังนี้

1. ผู้ปกครองรับรู้ว่ามีบุตรหลานมีพัฒนาการปกติ จากการเปรียบเทียบพัฒนาการของบิดามารดา
 หรือคนรู้จักกันตอนวัยเด็ก ผู้ปกครองหลายรายโดยเฉพาะปู่ย่า ยาย รับรู้ว่ามีบุตรหลานมีพัฒนาการปกติ โดย
 การเปรียบเทียบพัฒนาการของบิดามารดาหรือคนรู้จักกันตอนวัยเด็ก หรือรับรู้ว่ามีบุตรหลานมีปัญหาหรือ
 ความบกพร่องเพียงบางอย่างเท่านั้น แต่อย่างอื่นสามารถทำได้ดี โดยมีความเชื่อว่าเด็กทั่วไปอาจมีพัฒนาการ
 ช้ากว่าเกณฑ์ (Ertem et al., 2007) ซึ่งถือเป็นเรื่องปกติไม่มีความจำเป็นที่ต้องรีบแก้ไข ส่วนหนึ่งอาจจะ
 เนื่องจากพัฒนาการเด็กเปลี่ยนแปลงได้จากการเลี้ยงดู สิ่งแวดล้อม การที่เด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยแล้วค่อย
 ปรับเปลี่ยนมาเป็นพัฒนาการสมวัย อาจไม่สามารถระบุสาเหตุปัจจัยได้ชัดเจนและไม่มีความแตกต่างอย่าง
 ชัดเจนเมื่อเติบโตขึ้น โดยเฉพาะการมีพัฒนาการไม่สมวัยเพียงด้านใดด้านหนึ่ง ดังนั้นแม้ว่าเจ้าหน้าที่จะได้
 แจ้งปัญหาพัฒนาการของบุตรหลานให้ทราบและให้คำแนะนำในการแก้ไขแล้วผู้ปกครองก็อาจจะยังไม่ให้
 ความสำคัญในเรื่องนี้

2. ผู้ปกครองรับรู้ว่ามีบุตรหลานมีพัฒนาการปกติ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องพัฒนาการที่
 สมวัย การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพัฒนาการเด็ก ทำให้ผู้ปกครองรับรู้ว่ามีพัฒนาการบุตรหลานปกติ
 ผู้ปกครองส่วนใหญ่สงสัยว่าอย่างไรคือพัฒนาการสมวัย ความผิดปกติด้านพฤติกรรมอื่น ๆ เช่น ชนผิดปกติ
 อยู่ไม่นิ่ง หมายถึงพัฒนาการไม่สมวัยด้วยหรือไม่ ในเด็กบางรายอาจพบปัญหาเหล่านี้เกิดร่วมกันทำให้เกิด

ความไม่แน่ใจว่าความผิดปกติที่เกิดขึ้นหมายถึงอะไร หรืออาจเนื่องจากการตีความในมุมมองของผู้ปกครอง เช่น พ่อแม่ก็เป็นแบบนี้เมื่อโตขึ้นก็ปกติได้เอง หรืออาจจะเกิดจากการสร้างสัมพันธ์ภาพกับเด็กอาจยังไม่เพียงพอก่อนเริ่มประเมิน โดยผู้ปกครองบอกว่าเด็กกลัวจึงไม่ทำตามแต่อยู่ที่บ้านเด็กทำได้ และเทคนิควิธีการสื่อสารเพื่อให้เกิดการยอมรับของผู้ปกครองยังไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะเป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การแก้ไขปัญหา การให้ความรู้ ข้อมูล การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะทำให้ผู้ปกครองมีความรู้ความเข้าใจ เกิดการยอมรับและตั้งใจแก้ไขปัญหาไปในทิศทางบวกได้ (สุกัญญา นิยมวัน, ฟ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, และประสาน มาลากุล ณ อยุธยา, 2560) การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องทำให้ไม่ทราบว่ามีปัญหาพัฒนาการและไม่ได้เริ่มต้นแก้ไขปัญหา

3. ผู้ปกครองรับรู้ว่าเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ในพื้นที่อีสานโดยทั่วไปมีความเชื่อในการดูแลสุขภาพของบุคคลเป็นเรื่องที่ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือการศึกษาเล่าเรียนที่อยู่ในมือของครู วิธีการเลี้ยงดูเด็กของมารดามักจะเกิดจากการฟังคำบอกเล่าของปู่ย่าตายายและคนในครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก การรับรู้ความคิด ความเชื่อของปู่ย่าตายายจะส่งต่อไปยังมารดาก่อเป็นวัฒนธรรมการเลี้ยงดูเด็กภายในครอบครัว (Karmacharya, Cunningham, Choufani, & Kadiyala, 2017) ในการเลี้ยงดูเด็กนั้น ปู่ย่าตายาย ถือว่าเป็นผู้มีบทบาทสำคัญหรือในบางครอบครัวอาจทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะครอบครัวที่มีการหย่าร้างหรือพ่อแม่ต้องไปทำงานหารายได้พื้นที่อื่น ความคิด ความเชื่อ วิธีการที่ส่งต่อมาผนวกกับการได้รับข้อมูลการดูแลสุขภาพของเด็ก รวมถึงวิธีการเลี้ยงดูเด็กที่ต้องจากเจ้าหน้าที่จะประกอบกันเป็นวิถีปฏิบัติของมารดา การเลี้ยงดูเด็กจึงเป็นการปฏิบัติที่อยู่ระหว่างความรู้ ความเชื่อของคนรุ่นปู่ย่าตายายกับความรู้ในการดูแลแบบสมัยใหม่ วิธีการเลี้ยงดูเด็กตลอดจนวัฒนธรรมครอบครัวจึงมีผลต่อเนื่องต่อความคิด ความเชื่อของบิดามารดา การที่ถูกทำได้ไม่เหมือนเด็กคนอื่นเป็นเรื่องที่น่าอาย และมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับพัฒนาการล่าช้าว่าหมายถึงการเป็นเด็กปัญญาอ่อน

การส่งเสริมพัฒนาการของเด็กในมุมมองของครอบครัวจึงเป็นเรื่องที่ไม่จำเป็นต้องวินิจฉัย หรือหาความรู้เอง เจ้าหน้าที่ต้องตรวจสอบว่าลูกมีพัฒนาการช้าและต้องแก้ไขไม่ใช่น้ำที่โดยตรงของผู้ปกครองเมื่อไปหาหมอ หมอก็จะให้คำแนะนำ ไปโรงเรียนคุณครูก็จะประเมิน บอกเล่าความสามารถหรือปัญหาของลูก รวมถึงให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูที่บ้าน ผู้ปกครองมีการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือคุณครูบ้าง ถ้าหากวิถีปฏิบัตินั้นได้รับการยอมรับในครอบครัวไม่มีภาระจำเป็นอย่างอื่น หรือไม่มีความเหน็ดเหนื่อยจากภารกิจในชีวิตประจำวันมากเกินไป ในการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กมีเจ้าหน้าที่กับคุณครูคอยดูแลติดตามอยู่แล้ว

การรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มี 4 ประเด็น ดังนี้

1. ผู้ปกครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกไม่เพียงพอ

การที่ผู้ปกครองได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกไม่เพียงพอ โดยเฉพาะการไม่ได้รับทราบผลการประเมินพัฒนาการบุตรจะมีผลทำให้พัฒนาการเด็กไม่ได้รับแก้ไขอย่างเหมาะสม การรับรู้ความ

สามารถด้านการพัฒนาการอย่างถูกต้องตรงตามความเป็นจริงจะทำให้ผู้ปกครองสามารถแก้ปัญหาพัฒนาการของลูกได้อย่างทันท่วงที แต่จากการศึกษาพบว่า การรับรู้พัฒนาการของผู้ปกครองมักสูงกว่าความเป็นจริง สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ที่ผู้ปกครองบอกว่า “เด็ยก็ตัวเอง ตอนเล็ก ๆ พ่อแม่ก็ช้าแบบนี้” และจากผลการศึกษาของ Esther et al. (2019) ที่พบว่าเกือบร้อยละ 50 ที่ผู้ปกครองประเมินความสามารถด้านการพัฒนาการของลูกสูงกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตามการแจ้งให้ผู้ปกครองรับทราบข้อมูลผลประเมินพัฒนาการบุตรอย่างเพียงพอก็เป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง และต้องประกอบไปด้วยการเน้นให้เห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาด้วย

2. ไม่ได้มีการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารกับผู้ปกครอง

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ แม้ว่าจะมีการสื่อสารให้ความรู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครอง แต่พบว่ามีหลายรายไม่ได้ใช้ประโยชน์จากสมุดขาวดังกล่าว ทำหาย ทำขาดบ้าง บางรายผู้ปกครองเป็นผู้สูงอายุไม่ได้อ่านสมุดขาว ฟังคำแนะนำแล้วจำไม่ได้ บางรายไม่เห็นความสำคัญของวิธีการส่งเสริมพัฒนาการ พบว่ามารดาเปิดนิทานจากโทรศัพท์ทำให้ลูกดู ไม่ได้เป็นการอ่านให้ลูกฟังหรือพาลูกอ่าน ซึ่งอาจเกิดจากการสื่อสารที่ไม่ได้มีการตรวจสอบความเข้าใจของผู้ปกครอง การสื่อสารสองทางจะทำให้ได้รับข้อมูล ความรู้ที่จำเป็นและนำไปสู่การพิจารณาตัดสินใจในการส่งเสริมพัฒนาการของลูกได้ (Glascoe & Dworkin, 1995) การให้ข้อมูลจะช่วยส่งเสริมความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental literacy) และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยอย่างเอาใจใส่ เมื่อพบปัญหาจะช่วยนำเด็กมาพบเจ้าหน้าที่ได้เร็วขึ้น ช่วยให้พ่อแม่เข้าใจพฤติกรรมที่เป็นพัฒนาการตามวัย ลดการลงโทษหรือปฏิบัติต่อเด็กอย่างไม่เหมาะสม (Jeyaseelan & Sawyer, 2017) และถ้ามีข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกเพียงพอก็จะช่วยให้แพทย์วินิจฉัยและแก้ไขปัญหาได้อย่างรวดเร็ว ตั้งแต่การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Morrison, Glick, & Yin, 2019) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ตรวจสอบความรู้ความเข้าใจของผู้ปกครองจะช่วยป้องกัน แก้ไขปัญหาพัฒนาการเด็กได้

3. ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องจากผู้ปกครองติดภารกิจ

การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เป็นงานที่ต้องใช้เวลาและแรงงานเป็นอย่างมาก ผลจากการศึกษาพบว่าผู้ปกครองบางรายไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ โดยผู้ปกครองให้เหตุผลว่าในแต่ละวันมีภารกิจอื่นหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นภารกิจดูแลคนเจ็บป่วยในครอบครัว ภาระการทำงานที่เกี่ยวข้องปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานที่มีค่าตอบแทนน้อย ยึดหยุ่นน้อย ไม่สามารถกำหนดกิจกรรมการทำงานด้วยตนเองส่งผลให้มารดาไม่มีเวลาดูแลบุตรอย่างเพียงพอ (Henrich, 2014) จึงอาจทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลาในการพาบุตรหลานไปพบแพทย์ตามคำแนะนำได้ แต่ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะยังไม่มี การแสวงหาความช่วยเหลือจากครอบครัว หรือเพราะความสามารถในการจัดสรรเวลาของผู้ปกครองเอง ซึ่งสาเหตุเหล่านี้ส่งผลต่อการเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ

แม้ว่าผู้ปกครองบางรายจะมีความต้องการที่จะพาลูกไปพบแพทย์ด้วยปัญหาพัฒนาการ แต่ก็มีความกังวลใจไม่ทราบขั้นตอนการไปติดต่อที่โรงพยาบาล บางรายไม่ทราบขอบเขตบริการของโรงพยาบาล เข้าใจ

ว่าต้องพาลูกไปที่โรงพยาบาลจิตเวชซึ่งระยะทางไกลกว่าที่ทำงานของตนกับโรงพยาบาลศูนย์จึงต้องรอให้มีเวลาพอที่จะลงงานพาลูกไปพบแพทย์ได้ ดังนั้นการให้ความช่วยเหลือในกรณีจำเป็นและการประชาสัมพันธ์บทบาทความรับผิดชอบของสถานบริการในการดูแลเรื่องพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้ผู้ปกครองรับทราบก็เป็นการสนับสนุนที่สำคัญ ที่จะช่วยให้การแก้ไขปัญหาพัฒนาการของลูกสามารถทำได้รวดเร็วยิ่งขึ้น (อัญชิสา อยู่สบาย, 2555) การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัวที่มีเด็กปฐมวัย ทั้งด้านข้อมูลการทำงาน การเข้าถึงบริการ จะช่วยให้ผู้ปกครองสามารถแก้ไขปัญหาพัฒนาการได้รวดเร็ว เหมาะสม

4. สื่อให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการไม่เหมาะสมกับผู้ปกครองที่มีความแตกต่างกัน

สมุดขาวและสมุดสีชมพู เป็นสื่อความรู้หลักที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผู้ปกครองเกือบทุกรายได้กล่าวถึงสมุดขาว มีผู้ปกครองบางรายที่เป็นผู้สูงอายุบอกว่าไม่ทราบว่ามารดาเด็กได้รับสมุดขาวหรือไม่ หลายรายบอกว่าสมุดขาวนั้นหลังจากได้รับไปแล้วมีการชำรุดหรือสูญหายแล้วผู้ปกครองจึงใช้สื่อเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในช่องทางอื่นทดแทน ซึ่งความรู้ทั่วไปที่มีในอินเทอร์เน็ตอาจไม่ครอบคลุมและไม่ตรงกับความต้องการ การมีสื่อหลักเพียงชนิดเดียวจึงอาจทำให้มีโอกาสเข้าถึงความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กน้อยลง หากมีแหล่งข้อมูลประเภทอื่นที่จัดทำขึ้นโดยระบบบริการสุขภาพและมีการประชาสัมพันธ์อย่างแพร่หลายจะเป็นการเพิ่มช่องทางในการเข้าถึงบริการได้ดียิ่งขึ้น โดยเฉพาะสื่อมัลติมีเดียที่เป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้เลี้ยงดูเด็ก (ศุกลักษณ์ อยู่ยอด, พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น, อุษณีย์ จินตะเวช, เรืองรอง เย็นใจมา, และณัฐนรี อนุกุลวรราชกะ, 2564)

จากการศึกษาลักษณะของสมุดขาวพบว่ามีความหนา ๑ หน้า มีเนื้อหามาก ตัวหนังสือขนาดเล็ก ประกอบด้วยตารางหลายช่อง ซึ่งไม่เหมาะกับผู้ปกครองที่เป็นผู้สูงอายุ ดังผลการศึกษาของ ปรียา สมพิช และนิษฐา หุ่นเกษม (2563) พบว่ารูปแบบตัวอักษรหรือฟอนต์ ประเภท TH Krub มองเห็นชัดเจนที่สุด สามารถอ่านเนื้อหาได้ง่าย และถูกต้องมากกว่ารูปแบบอื่น ขนาดของตัวอักษรของเนื้อหาพบว่า ขนาด 20 พอยต์ ทำให้ผู้สูงอายุอ่านได้ชัดเจน ส่วน พนม คลีฉายา (2555) พบว่า ผู้สูงอายุมีความสนใจสื่อวิทยุ หนังสือพิมพ์ นิตยสาร ภาพยนตร์ และอินเทอร์เน็ตน้อยกว่าสื่อประเภทโทรทัศน์ สื่อบุคคล ดังนั้นสมุดขาวจึงอาจจะเป็นสื่อที่ไม่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ปกครองที่เป็นผู้สูงอายุ การมีสื่อความรู้หลายช่องทางที่เข้าถึงง่าย จะทำให้ผู้ปกครองที่มีความแตกต่างกัน มีโอกาสเข้าถึงความรู้เท่าเทียมกัน

สรุปและข้อเสนอแนะ

การรับรู้การเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการในเขตสุขภาพที่ 10 แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1) การรับรู้ของผู้ปกครองที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยคือ ผู้ปกครอง ประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ การรับรู้ว่าบุตรหลานมีพัฒนาการปกติ โดยเปรียบเทียบจากพัฒนาการของตนเองหรือคนรู้จักกันตอนวัยเด็ก การรับรู้ที่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกไม่เพียงพอ และการรับรู้ว่าคุณครูและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีหน้าที่ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก และ 2) ปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ

เด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 4 ประเด็น คือ การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับพัฒนาการของลูกไม่เพียงพอ การที่ไม่มีการตรวจสอบความรู้ความเข้าใจในการสื่อสารกับผู้ปกครอง การไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำเนื่องจากติดภารกิจ และการมีสื่อให้ความรู้เรื่องการส่งเสริมพัฒนาการไม่เหมาะสม โดยค้นพบข้อวิจัยและมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการรับรู้ของผู้ปกครองที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง สนับสนุนให้ผู้ปกครองมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับปัญหาพัฒนาการเด็กปฐมวัย และบุคลากรสาธารณสุขพัฒนาแนวปฏิบัติในการเข้าถึงระบบการบริการสำหรับการดูแลเด็กที่มีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยที่สะดวกต่อการเข้าถึง

2. ด้านการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยควรให้ความรู้ด้านพัฒนาการเด็กแก่ผู้ปกครองอย่างเพียงพอในขณะให้บริการ สร้างหรือแนะนำช่องทางการเข้าถึงสื่อที่เหมาะสมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการไม่สมวัยที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และผู้ปกครองที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย. (2563). *รายงานประจำปีกรมอนามัย 2563*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคเอนด์ดีไซน์. จินตนา พัฒนพงศ์ธร, และวันนิสาห์ แก้วแข็งชน. (2561). *รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560*. สืบค้นจาก <https://www.cgtoolbook.com/books003/4/>
- ชาย โพธิ์สิตา. (2562). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.
- จิตติมา ชูใหม่. (2559). การเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัย. *วารสารหัวหินสุขภาพใจไกลกังวล*, 1(2), 18-33.
- ปรียา สมพืช, และนิษฐา หุ่นเกษม. (2563). การพัฒนาสื่อที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนริมคลองลาดพร้าว กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร*, 11(1), 124-140.
- พนม คลีฉายา. (2555). ความต้องการข่าวสารการใช้สื่อและนิสัยการเปิดรับสื่อของผู้สูงอายุไทย. *วารสารนิเทศศาสตร์*, 31(2), 1-26.
- บุษนา ศิลปรัสมิ, สิตา ฤทธิธรรม, วิณา ธิติประเสริฐ, และเสาวลักษณ์ วงศ์นาถ. (2562). *การพัฒนาการไม่สมวัยของเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครศรีธรรมราช*. สืบค้นจาก https://race.nstru.ac.th/home_ex/e-portfolio/pic/academy/24913974.pdf?1605807160
- ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center [HDC]). (2562). *Dashboard ตัวชี้วัดกระทรวง 2562*. สืบค้น

- จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php
- ศุภลักษณ์ อยู่ยอด, พิมพ์พรรณ กลั่นกลิ่น, อุษณีย์ จินตะเวช, เรืองรอง เสน่ใจมา, และณัฐนรี อนุกุลวรรรชกะ. (2564). การพัฒนาสื่อมัลติมีเดียเพื่อให้ความรู้ เรื่อง การส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในบริบทของชาติพันธุ์อาข่า. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 13(2), 251-264.
- ศุภัญญา นิยมวัน, ผ่องพรรณ เกิดพิทักษ์, และประสาน มาลากุล ณ อยุธยา. (2560). การพัฒนารูปแบบการให้การบริการรายบุคคลตามทฤษฎีการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างบทบาทการเป็นมารดาของมารดาวัยรุ่นที่มีบุตรแรกเกิดอยู่ในภาวะความเสี่ยงสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ มกราคม-เมษายน), 239-250.
- สุธรรม นันทมงคลชัย. (2559). ครอบครัว การอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์*, 46(3), 205-210. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/view/74042>
- สุรางค์ จันทวานิช. (2553). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 18). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562: รายงานผลฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). *ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐ (ฉบับย่อ)*. สืบค้นจาก https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_SumPlan Oct2018.pdf
- อัญชิสา อยู่สบาย. (2555). *ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านการบริหารจัดการของคณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลจังหวัดอ่างทอง (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- Ayob, Z., Christopher, C., & Naidoo, D. (2021). Exploring caregivers' perceptions on their role in promoting early childhood development. *Early Child Development and Care*, 191. Retrieved from <https://doi.org/10.1080/03004430.2021.1888943>
- Ertem, I. O., Atay, G., Dogan, D. G., Bayhan, A., Bingoler, B. E., Gok, C. G., . . . Isikli, S. (2007). Mothers' knowledge of young child development in a developing country. *Child Care Health Dev*, 33(6), 728-737. doi: 10.1111/j.1365-2214.2007.00751. x. PMID: 17944782
- Esther, O., Chung, E. O., Fernald, L. C. H., Galasso, E., Ratsifandrihamanana, L., & Weber, A. M. (2019). Caregiver perceptions of child development in rural Madagascar: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19, 1256. doi:10.1186/s12889-019-7578-3
- Glascoe, F. G., & Dworkin, P. H. (1995). The role of parents in the detection of developmental and

behavioral problems. *Pediatrics*, 95(6), 829–836. Retrieved from <https://publications.aap.org/pediatrics/article-abstract/95/6/829/59349/The-Role-of-Parents-in-the-Detection-of?redirectedFrom=fulltext>

Henrich, J. C. (2014). Parents' employment and children's wellbeing. *The Future of Children*, 24(1). Retrieved from <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1029033.pdf>

Jeyaseelan, D. C., & Sawyer, M. G. (2017). Developmental literacy: A universal intervention to help children with developmental disorders. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 53(2), 101-104. doi: 10.1111/jpc.13456

Karmacharya, C., Cunningham, K., Choufani, J., & Kadiyala, S. (2017). Grandmothers' knowledge positively influences maternal knowledge and infant and young child feeding practices. *Public Health Nutrition*, 20(12), 2114-2123. doi:10.1017/S1368980017000969

Morrison, A. K., Glick, A., & Yin, H. S. (2019). Health Literacy: Implications for child health. *Pediatrics in Review*, 40(6), 263-277. doi: 10.1542/pir.2018-0027

UNICEF. (2019). *The state of the world's children 2019 children, food and nutrition growing well in changing world, executive summary*. Retrieved from <https://www.unicef.cn/media/11976/file/SOWC%202019%20Executive%20Summary.pdf>

WHO/ UNICEF. (2017). *Care for child development a framework for monitoring and evaluating the WHO/UNICEF intervention*. Retrieved from <https://www.unicef.org/lac/media/8586/file/Framework%20for%20M&E%20Intervention.pdf>

การพัฒนาและประสิทธิผลของนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

ยุพาวดี ขันทบัลลัง, Ph.D.^{1*}; อนุญญา ถาวรรัตน์, พย.บ.²; อมลธิรา คชเวช, พย.บ.³;
อิสรา จุนเด็น, พย.บ.⁴; อภิชัย พรรณรังษี, พย.บ.⁵; อมิตา แก้วชนะ, พย.บ.⁶;
โสภิตา เมฆจันทร์, พย.บ.⁷; สุริมา แสงสุข, พย.บ.⁸; ไกรสร ปูน้อยอง, Ph.D.⁹

(วันที่ส่งบทความ: 19 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 5 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 6 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการทรงตัวมักเกิดจากอายุที่เพิ่มขึ้นหรือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ซึ่งอาจส่งผลให้เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากการหกล้มได้ การพัฒนาอุปกรณ์เคลื่อนย้ายที่สามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุโดยใช้กรอบแนวคิดของ ADDIE Model ในการพัฒนานวัตกรรมและประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม โดยใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในชุมชนจำนวน 15 คู่ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 1) วิดีโอสาธิตวิธีการใช้นวัตกรรม 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบบันทึกระยะเวลาในการใช้นวัตกรรม และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม ซึ่งผ่านการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์มากกว่า .5 ทุกข้อ และมีความเที่ยง คือ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาผลการวิจัยพบว่า 1) ระยะเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุภายในบ้านและขึ้น-ลงรถยนต์ลดลง 1 นาที 90 วินาที และ 1 นาที 20 วินาที ตามลำดับ 2) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.03$, $SD = 0.73$) นวัตกรรมสามารถใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ลดภาระของผู้ดูแล และสามารถนำไปพัฒนาต่อยอดเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุไทยต่อไป

คำสำคัญ: การเคลื่อนย้าย, ผู้สูงอายุ, อุปกรณ์เคลื่อนย้าย

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลกะเปอร์ จังหวัดระนอง

³ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเกาะพะงัน จังหวัดสุราษฎร์ธานี

⁴ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

⁵ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางหิน จังหวัดระนอง

⁶ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลเกาะสมุย จังหวัดสุราษฎร์ธานี

⁷ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลละอุ่น จังหวัดระนอง

⁸ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลมาบอำมฤต จังหวัดชุมพร

⁹ อาจารย์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตสุราษฎร์ธานี

* ผู้ประสานงาน: ยุพาวดี ขันทบัลลัง, อีเมล: kantabanlang@yahoo.com

Development and Effectiveness of a Transfer Equipment Innovation for Older People

Yupawadee Kantabanlang, Ph.D.^{1}; Ananya Thawonrat, B.N.S.²; Amonteera Khotchawet, B.N.S.³
Aisara Chunden, B.N.S.⁴; Apichai Pannarangsee, B.N.S.⁵; Amita Phewchana, B.N.S.⁶
Sopita Makjun, B.N.S.⁷; Sutima Sawangsuk, B.N.S.⁸; Kraisorn Punyong, Ph.D.⁹*

(Received: May 19th, 2022; Revised: June 5th, 2022; Accepted: June 6th, 2022)

Abstract

Older people have a balance problem due to increasing age or complications from underlying medical conditions which might cause falls. The development of equipment that can assist older people is important. This research and development aimed to develop and explore the effectiveness of an innovation of equipment to assist older people to transfer. The conceptual framework of the ADDIE model was used to develop innovations and assess innovation's effectiveness by using a quasi-experimental research design. Fifteen pairs of older people and their caregivers were recruited from the community. The research instruments included 1) an instructional video for the innovation, 2) a general data record form, 3) an innovation use duration recording form, and 4) the user satisfaction questionnaire, which was validated by three experts. The index of the item-objective congruence was greater than .5 and the reliability was calculated to be .82 using Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that: 1) the time spent transferring older people by using the innovation inside the house and for getting in and out of vehicles was decreased by an average of 1 minute 90 seconds and 1 minute 20 seconds respectively, and 2) the older people and their caregiver were satisfied with the innovation with the overall mean for satisfaction being at a high level ($M = 4.03$, $SD = 0.73$). This innovation can assist in the transfer the older people, reduce caregiver burden, and can further be developed to improve the quality of life for older people in Thailand.

Keywords: transfer, older people, transfer equipment

¹ Registered Nurse, Professional Level, Borommarajonani College of Nursing Suratthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Practitioner Level, Kapoe Hospital, Ranong

³ Registered Nurse, Practitioner Level, Koh Phangan Hospital, Surat Thani

⁴ Registered Nurse, Practitioner Level, Kanchanadit Hospital, Surat Thani

⁵ Registered Nurse, Practitioner Level, Bang Hin Tambon Health Promoting Hospital, Ranong

⁶ Registered Nurse, Practitioner Level, Koh Samui Hospital, Surat Thani

⁷ Registered Nurse, Practitioner Level, La-Un Hospital, Ranong

⁸ Registered Nurse, Practitioner Level, Map-Amarit Hospital, Chumphon

⁹ Lecturer, Faculty of Science and Industrial Technology, Prince of Songkla University, Surat Thani Campus

*Corresponding author: Yupawadee Kantabanlang, E-mail: kantabanlang@yahoo.com

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมที่สำคัญที่สุดในศตวรรษที่ 21 คือ การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นจาก 1 พันล้านคน เป็น 1.4 พันล้านคน และในปี พ.ศ. 2593 ประชากรโลกที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าคิดเป็น 2.1 พันล้านคน โดยทวีปเอเชียจะมีประชากรสูงวัยมากที่สุดในโลก (World Health Organization, 2021) เช่นเดียวกับสถานการณ์ของประเทศไทยที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ด้วยสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศและนับตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมามีประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์และคาดว่าจะเป็สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. 2578 (วัชรารักษ์ ชิวโศภินฐ, 2562) จากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทยทำให้ต้องมีการวางแผนระยะยาวทางด้านสาธารณสุขเพื่อดูแลผู้สูงอายุจำนวนมากในอนาคต

ปัญหาสุขภาพเป็นผลกระทบสำคัญที่เกิดขึ้นในวัยผู้สูงอายุทำให้สุขภาพร่างกายเสื่อมโทรมไม่แข็งแรง มีปัญหาการเคลื่อนไหว ซึ่งส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวันได้ (Jaul & Barron, 2017; Klompstra, Ekdahl, Krevers, Milberg, & Eckerblad, 2019) การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายในวัยสูงอายุซึ่งมีระบบกระดูกและกล้ามเนื้อที่เสื่อมลงเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้การทรงตัวไม่ดี มีการเคลื่อนไหวช้าลง บางรายอาจมีอาการหลังโกงกระดูกเปราะแตกหักง่ายและข้อเสื่อม มวลกล้ามเนื้อที่ลดลงจะส่งผลกระทบต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อทำให้ความคล่องตัวในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Crimmins, 2004) นอกจากปัญหาดังกล่าวแล้วผู้สูงอายุยังมีปัญหาในการมองเห็น ที่อาจส่งผลทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว (มุกดาเดชประพนธ์ และปิยวดี ทองยศ, 2557) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมียุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุจากที่หนึ่งไปยังที่หนึ่งได้อย่างปลอดภัยและไม่มีการหกล้ม (Appeadu & Bordoni, 2022)

อุปกรณ์เคลื่อนย้ายหรือช่วยในการทรงตัวมีหลากหลายรูปแบบ หากเลือกใช้ไม่เหมาะสมก็อาจทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับอุปกรณ์เคลื่อนย้ายหรือเครื่องช่วยเดินช่วยในการทรงตัว ยุพดี พุสกูล (2560) พบว่าเครื่องช่วยเดินที่พบมาก ได้แก่ ไม้เท้า (Cane) ไม้ค้ำยัน (Crutches) และอุปกรณ์ช่วยเดินชนิดสี่ขา (Walker) หลักในการเลือกเครื่องช่วยเดินที่เหมาะสม ต้องคำนึงถึงความแข็งแรง ความทนทานของกล้ามเนื้อ ความสามารถในการทรงตัว ความสามารถในการคิดและตัดสินใจของผู้สูงอายुरวมถึงสภาพแวดล้อมที่ต้องนำเครื่องช่วยเดินดังกล่าวไปใช้งาน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการนำมาใช้กับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีกำลังกล้ามเนื้อขาที่ไม่แข็งแรง ไม่มีความทนทานและมีปัญหาทางสายตา การเลือกเครื่องช่วยเดินที่ไม่เหมาะสมอาจไม่สามารถป้องกันการหกล้มได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือเคลื่อนที่กับผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปพบว่า มีอุบัติการณ์การหกล้มมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่มอายุเดียวกันที่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเดินหรือเคลื่อนที่โดยเฉพาะการใช้นอกบ้าน เนื่องจากข้อจำกัดในการเดิน (West, Bhat, Stevens, & Bergen, 2015) นอกจากนี้จากข้อสังเกตของทีมผู้วิจัยในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุเพื่อประเมินโอกาสในการหกล้ม พบว่าในกลุ่ม

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในเรื่องการทรงตัว แม้ว่าผู้ดูแลบางรายได้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือตัวเอง เช่น ไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขาแล้วก็ตาม ผู้ดูแลก็ยังต้องออกแรงในการพยุงผู้สูงอายุร่วมด้วยเพื่อป้องกันการหกล้ม โดยเฉพาะในรายที่มีน้ำหนักมาก และมีผู้ดูแลหลักเพียงคนเดียว

จากข้อจำกัดในการใช้อุปกรณ์เคลื่อนที่ช่วยเดินหรือเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบันส่งผลให้มีการวิจัยและพัฒนาอุปกรณ์ใหม่ๆ ขึ้นมาเพื่ออำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ จากการศึกษาของ ชาติสการะเวก, นัฏฐรา เชมเม้นหมัด, และปริยานุช วิลาหวน (2564) เกี่ยวกับการพัฒนาอุปกรณ์การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการเดินที่ผ่านมาพบว่า รูปแบบการออกแบบอุปกรณ์เพื่อช่วยเดินหรือเคลื่อนย้ายมักจะอยู่ในลักษณะของเก้าอี้ผู้พิการ (Wheelchair) หรือเครื่องพยุงในลักษณะของอุปกรณ์ช่วยเดินเพื่อฝึกให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรงและกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งการใช้งานจะขึ้นอยู่กับระดับความสามารถในการเดินของผู้ใช้งาน (วรตลั สิทธิเหล่านาว และบรรยงค์ รุ่งเรืองด้วยบุญ, 2561) อย่างไรก็ตามอุปกรณ์ดังกล่าวมีขนาดค่อนข้างใหญ่และไม่เหมาะสมกับการใช้งานในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การเข้า-ออกห้องน้ำ และการขึ้น-ลงรถยนต์ เนื่องจากผู้สูงอายุจะต้องมีการหมุนตัวและเปลี่ยนท่าจึงจำเป็นต้องอาศัยแรงในการพยุงจากผู้ดูแลเช่นเดียวกัน

ดังนั้นคณะผู้จัดจึงมีแนวคิดในการพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเดินหรือการเคลื่อนไหวให้มีคุณลักษณะเฉพาะ ดังนี้ 1) เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุให้สามารถช่วยเหลือตนเองโดยการลุกขึ้นบนอุปกรณ์โดยไม่ต้องออกแรงมาก 2) ช่วยพยุงตัวผู้สูงอายุให้ทรงตัวได้ดี 3) เป็นอุปกรณ์ที่สามารถเคลื่อนที่ไปในบริเวณบ้าน 4) มีการออกแบบให้ง่ายต่อการใช้งานในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปยังโต๊ะ เก้าอี้ ห้องน้ำ รวมไปถึงการขึ้น-ลงรถยนต์เมื่อมีความจำเป็นต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ 5) เพิ่มคุณค่าในตนเองให้กับผู้สูงอายุ และ 6) ช่วยผ่อนแรงลดภาระให้แก่ญาติผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อการพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

สมมติฐานการวิจัย

1. นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ สามารถลดระยะเวลาในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุของผู้ดูแลได้

2. ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการใช้งานของนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

การพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการพัฒนาตาม ADDIE Model ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอนในการพัฒนานวัตกรรม 5 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์ (Analysis) 2) การออกแบบ (Design) 3) การพัฒนา (Development) 4) การนำไปใช้ (Implementation) และ 5) การประเมินผล (Evaluation; Welty, 2007) โดยในขั้นตอนการออกแบบ ประยุกต์หลักการทางฟิสิกส์

ในเรื่องการผ่อนแรงผ่านทางส่วนของอุปกรณ์ที่ทำหน้าที่ส่งผ่านการเคลื่อนที่โดยการออกแบบอุปกรณ์การเคลื่อนย้าย 2 ส่วน คือ

1. อุปกรณ์เคลื่อนย้าย ได้ออกแบบให้มีความแข็งแรง โดยนำสแตนเลสมาใช้ในทุกชิ้นส่วนเพื่อป้องกันการเกิดสนิมกรณีสัมผัสความชื้น อุปกรณ์สามารถรองรับน้ำหนักได้สูงสุด 120 กิโลกรัม ใส่ล้อเคลื่อนที่อิสระทุกทิศทางเพื่อให้ง่ายต่อการใช้งานสามารถล็อกได้ทั้ง 4 ล้อ มีการคำนวณสัดส่วนเขียนแบบและคำนวณแรงโดยใช้โปรแกรมทางวิศวกรรมโดยวิศวกร สาขาวิศวกรรมเครื่องกล และเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้งาน การออกแบบตัวจับยึดบริเวณด้านข้างของอุปกรณ์ที่มีหลายระดับ ผู้สูงอายุสามารถเลือกจับยึดเพื่อยกขึ้นก่อนเคลื่อนย้ายได้ตามต้องการและตามความถนัด อุปกรณ์สามารถสอดเข้าไปภายใต้เก้าอี้ โต๊ะโครก และใต้รถยนต์เพื่อความสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

2. เจ็มขัดพยุงตัวผู้สูงอายุขึ้นนอกท่าจากผ้าใบที่มีคุณสมบัติเหนียว รองรับน้ำหนักได้ดี ออกแบบรูปร่างให้รองรับสรีระส่วนหลังและสะโพก ภายในเจ็มขัดทำจากผ้าร่มเพื่อให้มีคุณสมบัติลื่นและง่ายต่อการเลื่อนสายขึ้นลงเพื่อปรับระดับการพยุงให้ผู้สูงอายุขึ้นและนั่งให้เหมาะสมกับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุแต่ละคน ปลายสายทั้งสองข้างเย็บเป็นช่องเล็ก ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการปรับระดับในการพยุงตัวผู้สูงอายุขณะใช้อุปกรณ์โดยการสวมเข้ากับมือจับของตัวอุปกรณ์เคลื่อนย้าย

จากคุณสมบัติข้างต้น นวัตกรรมอุปกรณ์สำหรับเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ จึงสามารถผ่อนแรงและลดเวลาให้กับผู้ดูแลในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ โดยสามารถปฏิบัติคนเดียวได้อย่างสะดวกและปลอดภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งแบ่งวิธีการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนานวัตกรรม

1. การวิเคราะห์ ศึกษาปัญหาสภาพปัญหาของการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากการลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชน ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อประเมินโอกาสในการหกล้ม พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาในการเคลื่อนไหว การเดิน และการทำกิจวัตรประจำวันภายในบ้าน เนื่องจากมีปัญหาข้อเข่าเสื่อมและมีน้ำหนักตัวที่เกินมาตรฐาน ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ที่ช่วยในการพยุงตัว ได้แก่ ไม้เท้า รถนั่งคนพิการ และอุปกรณ์ช่วยเดิน 4 ขา ซึ่งการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวยังไม่สามารถช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุปลอดภัยจากการหกล้มได้และยังจำเป็นที่จะต้องให้ผู้ดูแลในการพยุงตัวผู้สูงอายุในเวลาที่ต้องการเคลื่อนที่และในการใช้อุปกรณ์ เช่น การขึ้น-ลงรถนั่งคนพิการ เป็นต้น

2. การออกแบบ ศึกษาแนวคิดทฤษฎีในการพัฒนานวัตกรรมและศึกษารูปแบบอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับการใช้งาน โดยใช้หลักการทางฟิสิกส์ในเรื่องการผ่อนแรงผ่านส่วนของอุปกรณ์ที่ทำหน้าที่ส่งผ่านการเคลื่อนที่ (Mechanism) โดยการออกแบบอุปกรณ์ที่ใช้ในการผ่อนแรงและพยุงตัวในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุที่มีในท้องตลาด วิเคราะห์จุดดีและจุดด้อย ของอุปกรณ์ที่มีอยู่เดิมและนำข้อด้อยมาปรับปรุงออกแบบนวัตกรรม

3. การพัฒนา โดยการสร้างนวัตกรรมเพื่อใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ อุปกรณ์ประกอบด้วย ท่อสแตนเลส ฝาร่ม ล้อล้อคได้ 4 ล้อ ฝาใบ ฟองน้ำ เชือก และแถบเวลโคร (Velcro) หรือแถบตีนตุ๊กแก จัดทำนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ โดยทีมผู้วิจัยกำหนดคุณสมบัติในการใช้งานของนวัตกรรม ออกแบบกำหนดขนาด จำนวนแรง และสร้างอุปกรณ์ต้นแบบ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

ในขั้นตอนการพัฒนาการประเมินคุณภาพนวัตกรรมโดยผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงนวัตกรรมผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญในการออกแบบอุปกรณ์ และผู้ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ วิศวกรผู้มีความชำนาญในการออกแบบอุปกรณ์ทางการแพทย์และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุโดยผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 3 ท่านร่วมพิจารณาและให้ข้อคิดเห็นต่อแนวคิดการจัดทำนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ระดับความเหมาะสมของนวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้าย ใช้เครื่องมือเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 5 ข้อ ครอบคลุมในเรื่อง ความปลอดภัยและถูกต้องตามหลักทฤษฎีความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ความสะดวกในการใช้งาน ความประหยัดและคุ้มค่าและแข็งแรงทนทาน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญได้ดูวิดีโอสาธิตการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ และพิจารณาจากอุปกรณ์ต้นแบบจริงก่อนทำการประเมินนวัตกรรม ซึ่งสามารถแสดงผลการประเมิน ดังตารางที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวของตัวเข็มขัดพยุงตัวให้สามารถเลื่อนปรับระดับได้อย่างเป็นอิสระมากกว่าเดิม โดยอาจเปลี่ยนลักษณะของผ้าที่ใช้เย็บบุภายในให้มีความลื่นมากขึ้น และปรับให้ล้อทั้งสี่ด้านสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระมากขึ้น

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเหมาะสมของนวัตกรรมตามการประเมินของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อความ	M	SD	ระดับความเหมาะสม
ความปลอดภัยและถูกต้องตามหลักทฤษฎี	4.54	.31	มากที่สุด
ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	4.22	.22	มาก
ความสะดวกในการใช้งาน	4.00	.00	มาก
ความประหยัดและคุ้มค่า	4.33	.33	มาก
ความแข็งแรงทนทาน	4.80	.12	มากที่สุด
รวม	4.37	.19	มาก

4. การนำไปใช้ ภายหลังจากการปรับปรุงนวัตกรรมในครั้งที่ 1 ตามข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ นำไปทดลองใช้กับอาสาสมัครที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คู่ พร้อมสอบถามความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีต่อการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ในเชิงคุณภาพ

5. การประเมินผล จากการทดลองใช้ครั้งที่ 1 พบว่า นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้จริงในกลุ่มอาสาสมัคร นอกจากนี้อาสาสมัครได้ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถสรุปได้ 2 ประเด็นหลักดังนี้ 1) ควรปรับพื้นตัวอุปกรณ์ให้มีลักษณะขรุขระเพื่อเพิ่มแรงต้านทานป้องกันการลื่นของผู้สูงอายุขณะลุกขึ้นบนตัวอุปกรณ์ 2) ตัวเข็มขัดพยุงตัวควรบุฟองน้ำหรือใส่ตัวพลาสติกไว้ภายในเพื่อการคงรูปที่มีความหนาขึ้นซึ่งจะสามารถรองรับบริเวณสะโพกผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

ระยะที่ 2 การทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรม

1. รูปแบบการวิจัย

การทดสอบประสิทธิภาพของนวัตกรรมใช้ระเบียบวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (One Group Pretest-Posttest Design) มีระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม – ตุลาคม พ.ศ. 2562

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ของศูนย์สุขภาพชุมชนโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ จำนวนทั้งสิ้น 82 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและผู้ดูแล จำนวนทั้งสิ้น 15 คู่ คัดเลือกโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวและต้องใช้อุปกรณ์ช่วยพยุงตัวขณะเดินหรือเคลื่อนไหวภายในบ้านตามข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจากผู้ดูแล 2) มีผู้ดูแลหลัก และ 3) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลยินดีเข้าร่วมการวิจัย

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองการพิจารณาจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี (เลขที่ 2018/20) และเนื่องจากผู้ที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง ผู้วิจัยจึงได้อธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ตลอดจนคุณสมบัติและขั้นตอนการใช้นวัตกรรมให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลฟังอย่างละเอียด พร้อมทั้งเปิดวิดีโอสาธิตการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุให้ชม ก่อนการตัดสินใจลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยตามความสมัครใจ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับจะไม่กระทบต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

4. เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย คือ แบบประเมินประสิทธิผลของนวัตกรรม ประกอบด้วย

4.1 วิธีวิดีโอสาธิตวิธีการใช้นวัตกรรม จัดทำโดยคณะผู้วิจัย ความยาวประมาณ 3 นาที

4.2 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว วิธีการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเดินและเคลื่อนย้ายในปัจจุบัน ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ

4.3 แบบบันทึกระยะเวลาในการใช้นวัตกรรม สร้างโดยผู้วิจัย ซึ่งเป็นแบบลงบันทึกระยะเวลาจากการจับเวลา มีหน่วยเป็นนาที โดยแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ระยะเวลาก่อนการใช้นวัตกรรม โดยจะทำการบันทึกระยะเวลาในการใช้อุปกรณ์หรือวิธีการที่มีอยู่เดิมในการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเดิน/เคลื่อนย้ายภายในบ้านและขึ้น-ลงรถยนต์ และ 2) ระยะเวลาหลังการใช้นวัตกรรมในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุภายในบ้านและขึ้นลงรถยนต์ โดยการเดิน/เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจะต้องกระทำในระยะเวลาเดียวกัน บันทึกระยะเวลาโดยผู้วิจัย

4.4 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม สร้างจากการทบทวนวรรณกรรมของคณะผู้วิจัย โดยลักษณะคำถามเชิงบวก จำนวนทั้งสิ้น 10 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับตามวิธีของลิเคิร์ต (บุญชม ศรีสะอาด, 2560) โดยให้ผู้ตอบประเมินว่าข้อความนั้นตรงกับระดับความพึงพอใจใด ตั้งแต่ 1 (ความพึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (ความพึงพอใจมากที่สุด) โดยการแปลค่าคะแนนโดยถือเกณฑ์การประเมินเป็นคะแนนเฉลี่ยของระดับคะแนนทั้งหมดจากทุกข้อ โดยแบ่งค่าคะแนนเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.50 - 5.00$ คะแนน) ระดับมาก ($M = 3.50 - 4.49$ คะแนน) ระดับปานกลาง ($M = 2.50 - 3.49$ คะแนน) ระดับน้อย ($M = 1.50 - 2.49$ คะแนน) และระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00 - 1.49$ คะแนน)

5. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรม โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ด้านการวิจัยและพัฒนาหลักสูตร และด้านวิศวกรรมเครื่องกล พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์รายข้อ (Item Objective Congruence [IOC]) ได้มากกว่า .50 ทุกข้อซึ่งเหมาะสมที่จะนำมาเป็นข้อคำถาม (พิสิฐ ตันทวนิช และพนา จินดาสร, 2561) ในการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม

ไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 15 คน วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังโครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราญบุรีธานี ผู้วิจัยได้ทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้ซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย เพื่อขออนุมัติในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 พบหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนของโรงพยาบาลซึ่งเป็นพื้นที่วิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ตรวจสอบทะเบียนผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และโทรศัพท์ติดต่อผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย หากผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะนัดหมายเพื่ออธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย และสาธิตการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในวันถัดไป

1.3 เดินทางไปที่บ้านผู้สูงอายุตามที่อยู่ที่ได้ลงทะเบียนไว้ อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและรายละเอียดตามคำชี้แจงการวิจัย แล้วเปิดวิดีโอสาธิตการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ก่อนที่จะขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยจากผู้สูงอายุและผู้ดูแล และลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งสองคน

1.4 ถามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งสองท่าน (ผู้สูงอายุและผู้ดูแล) ว่าจะทดลองใช้นวัตกรรมในวันนั้นหรือนัดหมายในภายหลัง แล้วดำเนินการตามความสมัครใจของทั้งสองท่าน

2. ขั้นดำเนินการทดลอง

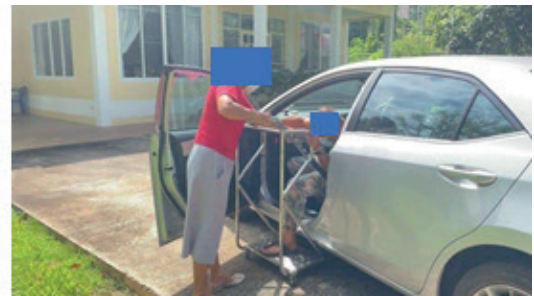
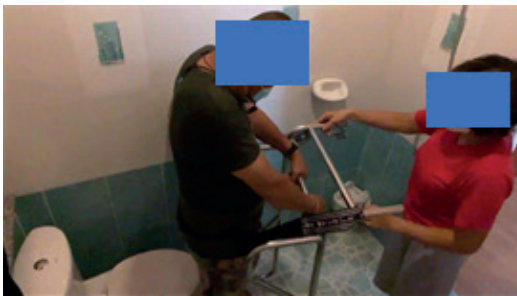
ผู้วิจัยเดินทางไปทดลองใช้นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้าย ณ บ้านของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยในการทดลองแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาทีต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย 1 คู่ ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 ก่อนทดลองใช้นวัตกรรม ผู้วิจัยขอให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นผู้ดูแลช่วยเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปยังจุดหมายต่าง ๆ ภายในบ้าน เช่น เตียง เก้าอี้ หรือโถชักโครก และขึ้น-ลงรถยนต์ ด้วยวิธีปกติที่ใช้ในชีวิตประจำวัน แล้วบันทึกระยะเวลาที่ใช้ไปในการเคลื่อนย้ายดังกล่าว (Pretest)

2.2 ผู้วิจัยจำนวน 2 คน แสดงบทบาทเป็นผู้สูงอายุและผู้ดูแล เพื่อสาธิตการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ก่อนที่จะให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้สูงอายุทดลองใช้นวัตกรรมดังกล่าว โดยมีขั้นตอนการใช้นวัตกรรม ดังนี้ 1) ผู้ดูแลทำการล๊อคล๊อคของตัวอุปกรณ์ทั้ง 4 ด้าน 2) ผู้สูงอายุนำเท้าทั้งสองข้างมาวางที่วางเท้าของตัวอุปกรณ์ในท่านั่ง ผู้ดูแลรัดเข็มขัดเข้ากับบริเวณเอวและสะโพกของผู้สูงอายุโดยปรับระดับให้พอดีกับขนาดตัวของผู้สูงอายุ 3) ผู้ดูแลคล้องเชือกที่ติดอยู่ที่ปลายเข็มขัดด้านหนึ่งไว้ที่ตัวอุปกรณ์ ออกแรงดึงเชือกที่ติดอยู่ที่ปลายเข็มขัดอีกด้านหนึ่ง พร้อมกับแจ้งให้ผู้สูงอายุจับราวเหล็กของตัวอุปกรณ์ที่อยู่ข้างหน้าพร้อมลุกขึ้นยืน ผู้ดูแลทำการคล้องเชือกด้านที่เหลือไว้เพื่อล๊อคไว้กับตัวอุปกรณ์

อีกด้าน 4) ผู้ดูแลปลดล๊อคล้อทั้ง 4 ด้านของตัวอุปกรณ์ แจ้งให้ผู้สูงอายุทราบก่อนเข็นเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปยังบริเวณต่าง ๆ ภายในบ้าน หรือเข้า-ออกรถยนต์ 5) เมื่อถึงเตียง เก้าอี้ โตชักโครก หรือรถยนต์ ผู้ดูแลสอดอุปกรณ์เข้าใต้เตียง หรือสวมคร่อมขาเก้าอี้และโตชักโครก ทำการล๊อคล้อทั้ง 4 ด้าน 6) ผู้ดูแลปลดล๊อคปลายเข็มขัดที่ล๊อคไว้กับตัวอุปกรณ์ด้านที่ 1 แจ้งให้ผู้สูงอายุค่อย ๆ นั่งลงบนพื้นที่ที่ต้องการ เมื่อผู้สูงอายุนั่งลงเรียบร้อยแล้ว ทำการปลดล๊อคเข็มขัดอีกด้านที่ 2 และถอดเข็มขัดพุงตัวออกจากผู้สูงอายุเก็บอุปกรณ์เข้าที่ให้เรียบร้อย

2.3 ผู้วิจัยบันทึกระยะเวลาที่ใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้าย (Posttest) และสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมครั้งนี้ด้วยแบบสอบถามความพึงพอใจ พร้อมทั้งสอบถามข้อเสนอแนะต่าง ๆ เพื่อพัฒนาปรับปรุงนวัตกรรมต่อไป แล้วตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้องก่อนที่จะนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ



ภาพที่ 2 แสดงการทดลองใช้นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยหลักคือผู้สูงอายุจำนวน 15 คน ทุกคน (ร้อยละ 100) จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดบ้าน เนื่องจากมีปัญหาในการเดินและการทรงตัว หรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากภาวะแทรกซ้อนจากโรคประจำตัว ส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 73) มีอายุระหว่าง 70-74 ปี (ร้อยละ 67) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 70) มีโรคประจำตัวคือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 40) รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 20) โรคข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 12) โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 10) และโรคไต (ร้อยละ 8) ตามลำดับ ส่วนผู้ดูแลซึ่งมีจำนวน 15 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73) มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี (ร้อยละ 33) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 67) วิธีการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการเคลื่อนย้ายในชีวิตประจำวัน ส่วนใหญ่ใช้ไม้เท้า (ร้อยละ 47) รองลงมา คือ อุปกรณ์ช่วยเดินชนิด 4 ขา (ร้อยละ 40) และช่วยพยุงโดยผู้ดูแล (ร้อยละ 13)

ประสิทธิผลของนวัตกรรม

1. เปรียบเทียบระยะเวลาก่อนและหลังใช้นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการเดินหรือเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ภายในบ้าน และขึ้น-ลงรถยนต์ก่อนใช้นวัตกรรม คือ 4 นาที 90 วินาที และ 3 นาที 80 วินาที และระยะเวลาเฉลี่ยหลังใช้นวัตกรรม คือ 3 นาที และ 2 นาที 60 วินาที ตามลำดับ นวัตกรรมสามารถลดระยะเวลาในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุภายในบ้านได้ 1 นาที 90 วินาที และในการขึ้น-ลงรถยนต์ได้ 1 นาที 20 วินาที

2. ความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากทดลองใช้นวัตกรรมอุปกรณ์การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ให้คะแนนความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.03$, $SD = 0.73$) โดยประเด็นของการเป็นนวัตกรรมที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยรายข้อมากที่สุด ($M = 4.27$, $SD = 0.68$) และเฉลี่ยรายข้อน้อยที่สุด ประเด็นของความปลอดภัยขณะใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้าย ($M = 3.60$, $SD = 0.61$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

ข้อที่	คำถาม	ค่าเฉลี่ย (M)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	การแปลผล
1	นวัตกรรมมีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ	4.27	.68	มาก
2	นวัตกรรมที่สามารถนำไปใช้ได้จริง	4.07	.77	มาก
3	รู้สึกสุขสบายไม่เจ็บปวดขณะใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้าย	4.27	.68	มาก
4	นวัตกรรมที่ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุในขณะที่เคลื่อนย้าย	4.07	.57	มาก
5	นวัตกรรมมีความปลอดภัยขณะใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้าย	3.60	.61	มาก
6	นวัตกรรมช่วยเพิ่มความสะดวกสบายในการเคลื่อนย้าย	4.20	.65	มาก
7	นวัตกรรมช่วยลดระยะเวลาในการเคลื่อนย้ายได้	4.07	.77	มาก
8	นวัตกรรมมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในการเข้าห้องน้ำ	4.07	.77	มาก
9	นวัตกรรมมีความเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุขึ้น-ลงรถยนต์	3.93	.93	มาก
10	นวัตกรรมนี้เหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุนอกบ้าน	3.80	.91	มาก
รวม		4.03	.73	มาก

หมายเหตุ. $N = 15$

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้สูงอายุจากการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวที่สำคัญ คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม และมีการใช้อุปกรณ์ในการพยุงตัว ได้แก่ ไม้เท้า อุปกรณ์ช่วยเดินชนิด 4 ขา และ บางรายไม่มีอุปกรณ์ ผู้ดูแลจึงจำเป็นต้องช่วยพยุงผู้สูงอายุเข้าห้องน้ำและทำกิจวัตรประจำวันภายในบ้าน ด้วยตนเอง อาจส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลเพื่อออกแรงช่วยเหลือผู้สูงอายุในการพยุงตัว การช่วยเปลี่ยน อิริยาบถต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวันที่เป็นเช่น การเข้าห้องน้ำ การลุกเดินไปยังห้องต่างๆ ภายในบ้าน โดยข้อมูลจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ขณะที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งอาจจะมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ เนื่องจากเพศหญิงมีรูปร่างและสมรรถนะ ด้านร่างกายด้อยกว่าเพศชาย (ประวิทย์ ประมาน, เสาวลักษณ์ ประมาน, และชนกานต์ ขาวสำลี, 2558) ผู้ดูแลจึงมีความพึงพอใจต่อการใช้นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

การสร้างนวัตกรรมเพื่อเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ จากการศึกษานี้ใช้หลักการทางฟิสิกส์ในเรื่องการ ผ่อนแรง ซึ่งเป็นหลักการทั่วไปที่ใช้ในการออกแบบให้ผู้สูงอายุและผู้พิการทางด้านการเคลื่อนไหว (อภิชัย ไพโรจน์, อัญญารณ ภายนอก, และลลิตทิพย์ รุ่งเรือง, 2563) การออกแบบประกอบด้วย 2 ส่วน คือ อุปกรณ์ช่วยเคลื่อนย้ายที่มีล้อเงินได้อิสระ และเข็มขัดพยุงตัวที่สามารถปรับระดับได้ สำหรับอุปกรณ์ช่วย เคลื่อนย้าย ผู้วิจัยเลือกวัสดุเป็นสแตนเลสเพราะมีคุณสมบัติที่สามารถทนความชื้นได้ดี ไม่ขึ้นสนิม ทำความ สะดวกง่าย คัดแปลงเป็นรูปแบบตามการใช้งานได้ ส่วนเข็มขัดพยุงตัวได้ออกแบบให้มีความยืดหยุ่นและ กระชับเข้ากับรูปร่างสะโพก โดยมีสายคล้องที่สามารถคล้องไว้กับตัวอุปกรณ์เคลื่อนย้ายเพื่อใช้พยุงตัวให้ ผู้สูงอายุมีความมั่นคงขณะขึ้นบนตัวอุปกรณ์ สายคล้องจะเป็นเส้นเดียวที่สอดเข้าไปในช่องเจ็ดขีดที่บุด้วย ฟองน้ำหุ้มด้วยผ้าลินินให้สามารถขยับไปมาทั้งสองด้านได้ จึงสามารถปรับระดับการคล้องได้ตามขนาด ร่างกายของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกัน

นวัตกรรมพัฒนาขึ้นโดยมุ่งเน้นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ใช้ชีวิตประจำวันได้ โดยไม่มีข้อจำกัด จากการเดินและการทรงตัว นวัตกรรมจึงถูกออกแบบให้ผู้สูงอายุสามารถจับยึดเพื่อลุกขึ้นทางด้านหน้า ของอุปกรณ์เพื่อลดข้อจำกัดในการเปลี่ยนท่าและการเดิน และเลือกใช้วัสดุมีความแข็งแรงทนทาน โดย ออกแบบให้มีราวจับทางด้านหน้าของอุปกรณ์ที่มีหลายระดับ เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเลือกจับตามความถนัด เพื่อลุกขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุคนธ์ อาจฤทธิ์, สุภลักษณ์ ศรีน้อย, ณภัทร อินทนนท์, และ มานิตย์ ธิมาทา (2560) ที่ได้ออกแบบและสร้างอุปกรณ์ช่วยยืนสำหรับผู้สูงอายุผู้ที่ไม่สามารถลุกขึ้นได้ด้วย ตัวเอง พบว่า อุปกรณ์ช่วยยืนนี้สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพยุงตัวเพื่อก้าวเดินต่อไปได้ หรือผู้ที่ ลุกขึ้นไม่สะดวกเนื่องจากการนั่งเป็นระยะเวลานาน และมีอาการปวดตามข้อขา สามารถลุกขึ้นได้อย่าง สะดวกและปลอดภัย นวัตกรรมอุปกรณ์ที่พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ จึงสามารถใช้กับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้าน การเคลื่อนที่ที่สามารถเคลื่อนที่ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้อย่างสะดวกขึ้น

การออกแบบตัวอุปกรณ์เคลื่อนย้ายให้มีขาทั้งสองข้างยื่นออกมาทางด้านหน้า สามารถลดภาระ ในการพยุงตัวของผู้ดูแล ทำให้การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุสะดวกมากขึ้น ขาที่ยื่นออกมาทางด้านหน้าจะทำให้

ตัวอุปกรณ์มีจุดศูนย์กลางที่สมดุล และยังเพิ่มคุณสมบัติของอุปกรณ์ให้สามารถสอดเข้ากับเก้าอี้ โดชักโครก โขฟา และเตียงได้ ช่วยลดข้อจำกัดในการหมุนตัวหรือเปลี่ยนท่าเมื่อต้องการใช้อุปกรณ์เคลื่อนย้าย เช่น โดยปกติการนำผู้สูงอายุเข้านั่งในรถผู้พิการ ผู้ดูแลจะต้องช่วยเหลือผู้สูงอายุในการหันตัวเพื่อเข้าหาที่นั่งของรถและนั่ง (ภูริน หล้าเตจา และสุรพงษ์ เลิศลิทธิชัย, 2554) แต่นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นนี้ ตัวอุปกรณ์สามารถสอดเข้าทางด้านหน้าของผู้สูงอายุโดยที่ไม่จำเป็นต้องเปลี่ยนท่า ผู้สูงอายุสามารถจับราวด้านหน้าและลุกขึ้นขึ้นบนอุปกรณ์ได้ ซึ่งการออกแบบให้อุปกรณ์มีราวจับยึดที่ด้านหน้าของอุปกรณ์พบว่า ผู้สูงอายุจะมีความถนัดในการใช้งานมากกว่าตำแหน่งอื่น (พรศิริ จงกล, 2556) นวัตกรรมจึงสามารถลดภาระในการพยุงตัวของผู้ดูแล ช่วยให้สามารถเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุได้สะดวกกว่าเดิม โดยเฉพาะการเข้าออกจากรถยนต์ ซึ่งเป็นจุดเด่นของนวัตกรรมที่สามารถนำไปพัฒนาต่อยอดในเชิงพาณิชย์ได้ในอนาคต

นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุเป็นนวัตกรรมที่มีประสิทธิภาพ จากการศึกษา พบว่า นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุช่วยให้ผู้ดูแลลดระยะเวลาในการพยุงผู้สูงอายุไปยังจุดต่าง ๆ ภายในบ้านได้ และลดภาระของผู้ดูแลที่ต้องช่วยพยุงตัวผู้สูงอายุทุก ๆ วัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดการบาดเจ็บจากการออกแรงและท่าทางที่ไม่ถูกต้องได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักตัวค่อนข้างมาก (Hignett, Otter, & Keen, 2016) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผลต่างของระยะเวลาในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากจุดเดียวกันก่อน-หลังใช้นวัตกรรมมีความแตกต่างของระยะเวลาไม่มากนัก กล่าวคือ ผลต่างระยะเวลาเฉลี่ยภายในบ้านเท่ากับ 1 นาที 90 วินาที และผลต่างระยะเวลาเฉลี่ยในการขึ้น-ลงรถยนต์ เท่ากับ 1 นาที 20 วินาที ซึ่งอาจเป็นเพราะการศึกษานี้ได้ทดลองใช้นวัตกรรมในบ้านของกลุ่มตัวอย่างที่มีพื้นที่ต่างระดับระหว่างห้อง ผู้ดูแลจึงต้องระมัดระวังในการใช้อุปกรณ์นวัตกรรม ซึ่งอาจส่งผลต่อระยะเวลาในการเคลื่อนย้ายที่มากขึ้น

การพัฒนาและวิจัยนวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุครั้งนี้ ได้พบข้อจำกัดที่สามารถนำไปปรับปรุงนวัตกรรมในอนาคต ดังนี้ การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปห้องน้ำ จากการทดลอง พบว่า นวัตกรรมสามารถใช้ได้เฉพาะบ้านเรือนของผู้สูงอายุที่ใช้โถส้วมแบบชักโครกเท่านั้น กรณีที่เป็นโถส้วมชนิดนั่งยอง ผู้สูงอายุจะไม่สามารถนั่งยองในการถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะได้อย่างสะดวก นอกจากนี้การนำนวัตกรรมมาใช้ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุออกนอกบ้าน พบว่า ล้อทั้ง 4 ด้านของนวัตกรรมนี้ยังไม่รองรับการใช้ในพื้นที่ที่เป็นสนามหญ้าหรือบนพื้นที่เป็นดินและทราย ซึ่งประเด็นดังกล่าวข้างต้นอาจทำให้ผู้ใช้เกิดความรู้สึกไม่ปลอดภัยและมีความสอดคล้องกับคำแนะนำความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมซึ่งพบว่า ข้อที่มีคำแนะนำน้อยที่สุด คือ ความรู้สึกปลอดภัยในการใช้อุปกรณ์ แต่อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเป็นนวัตกรรมที่สามารถใช้ได้จริง ช่วยเพิ่มความสะดวกสบายในการเคลื่อนย้าย และที่สำคัญผู้สูงอายุรู้สึกไม่เจ็บปวดในการใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุขึ้น-ลงรถยนต์ และภายในบ้าน ดังนั้น จากผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปสู่การพัฒนาอุปกรณ์การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในอนาคตที่มีระบบรองรับความปลอดภัยในการใช้งานที่มากขึ้นในอนาคตต่อไป

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในครั้งนี้ เป็นนวัตกรรมที่สามารถนำมาใช้งานได้จริง สามารถใช้ช่วยเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปในบริเวณที่ต้องการได้อย่างสะดวก ปลอดภัย พร้อมแรงในการเคลื่อนย้าย ช่วยลดภาระให้ผู้ดูแล ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำนวัตกรรมไปใช้

นวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในชุมชนและโรงพยาบาล เช่น การนำผู้สูงอายุไปเข้าห้องน้ำหรือการรับส่งผู้สูงอายุในการขึ้น-ลงรถยนต์บริเวณแผนกผู้ป่วยนอก เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถนำมาพัฒนาต่อยอดในเชิงพาณิชย์ โดยการแก้ไขจุดอ่อนของนวัตกรรม ปรับรูปแบบให้สวยงามมากขึ้น และทดสอบทางด้านการความปลอดภัยที่ได้มาตรฐานสากล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยและพัฒนาต่อไป

1. ควรมีการพัฒนานวัตกรรมอุปกรณ์เคลื่อนย้ายผู้สูงอายุในรุ่นที่ 3 โดยปรับรูปแบบและเพิ่มขนาดเส้นผ่าศูนย์กลางของล้อทั้ง 4 ด้าน ให้สามารถใช้ได้กับพื้นที่ที่มีลักษณะและระดับความสูงที่แตกต่างกัน เพื่อให้สามารถเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุได้ทุกพื้นที่ของบ้าน
2. ควรทดสอบประสิทธิภาพของอุปกรณ์ในด้านความปลอดภัยและทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- ชาตีส การะเวก, นัฏฐรา เข้มแน่นหมัด, และปริยานุช วิลหาวัน. (2564). การพัฒนากระเป๋าเสริมถนั่งคนพิการ. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 15(2), 5-16.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประวิทย์ ประมาน, เสาวลักษณ์ ประมาน, และชนกานต์ ขาวสำลี. (2558). การศึกษาระดับสมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพและความต้องการในการออกกำลังกายของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. *วารสารวิจัยราชภัฏกรุงเก่า*, 2(3), 1-7.
- พรศิริ จงกล. (2556). *ความต้องการที่จับยึดเพื่อช่วยในการลุกและนั่งของผู้สูงอายุ* [รายงานการวิจัย ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- พิศิษฐ ตันทวนิช, และพนา จินดาสร. (2561). ความหมายที่แท้จริงของค่า IOC. *วารสารการวัดผลการศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 24(2), 3-12.
- ภูริน หล้าเตจา, และสุรพงษ์ เลิศสิทธิชัย. (2554). สถาปัตยกรรมมนุษย์ล้อ. *วารสารวิจัยและสาระสถาปัตยกรรม/การผังเมือง*, 8(1), 89-96.
- มุกดา เฉลยประพนธ์, และปิยวดี ทองยศ. (2557). ปัญหาทางตาที่พบบ่อยและการสร้างเสริมสุขภาพตาในผู้สูงอายุ. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(1), 1-9.
- ยุพดี ฟุ่สกุล. (2560). เครื่องช่วยเดิน. *วารสารเวชศาสตร์และสุขภาพศาสตร์เขตเมือง*, 61(2), 139-153.

- วรรตต์ สิทธิเหล่าถาวร, และบรรยงค์ รุ่งเรืองด้วยบุญ. (2561). การออกแบบอุปกรณ์ช่วยเดิน ที่มีระบบพวง
น้ำหนักบางส่วนสำหรับผู้ที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวด้านการเดิน รุ่นที่ 2.0. *วิศวกรรมสาร
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์*, 31(105), 1-10.
- วัชรารักษ์ ชีวโสภิชญ. (2562). สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. *วารสารมหาวิทยาลัยมหาสารคาม*,
6(1), 38-54.
- สุคนธ์ อางฤทธิ์, สุกัลกษณ์ ศรีน้อย, ณภัทร อินทนนท์, และมานิตย์ ธิมาทา. (2560). อุปกรณ์ช่วยยืนสำหรับผู้
สูงอายุ Stand-up aid equipment for elders. *SAU Journal of Science & Technology*, 3(2), 10-17.
- อภิชัย ไพรสินธุ์, อัมภววรรณ กายนต์, และลลิตทิพย์ รุ่งเรือง. (2563). การออกแบบที่พนักอาศัยสำหรับผู้
สูงอายุ และคนพิการด้านการเคลื่อนไหวตามแนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน. *วารสารมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม*, 7(11), 298-313.
- Appeadu, M. K., & Bordoni, B. (2022). *Falls and fall prevention in the elderly*. Retrieved from
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560761/>
- Crimmins, E. M. (2004). Trends in the health of the elderly. *Annual Review of Public Health*, 25, 79-98.
Retrieved from <https://doi.org/10.1146/annurev.publhealth.25.102802.124401>
- Jaul, E., & Barron, J. (2017). Age-related diseases and clinical and public health implications for the
85 years old and over population. *Frontiers in Public Health*, 5(335), 1-7. Retrieved from
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00335>
- Hignett, S., Otter, M. E., & Keen, C. (2016). Safety risks associated with physical interactions between
patients and caregivers during treatment and care delivery in Home Care settings: A systematic
review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 1-14.
- Klompstra, L., Ekdahl, A. W., Krevers, B., Milberg, A., & Eckerblad, J. (2019). Factors related to
health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption
over a two-year period. *BMC Geriatrics*, 19(187), 1-8. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12877-019-1194-z>
- Welty, G. (2007). The 'design' phase of the ADDIE model. *Journal of GXP Compliance*, 11(4), 40-52.
Retrieved from https://www.ivtnetwork.com/sites/default/files/AddieModel_01.pdf
- West, B. A., Bhat, G., Stevens, J., & Bergen, G. (2015). Assistive device use and mobility-related
factors among adults aged ≥ 65 years. *Journal of Safety Research*, 55, 147-150. Retrieved from
<https://doi.org/10.1016/j.jsr.2015.08.010>
- World Health Organization. (2021). *Aging and health*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

ปัจจัยทำนายและปัจจัยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม: การศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง

กัลยา ชาญเฉลิม, วท.ม.¹

สาดี แฮมิลตัน, Ph.D.^{2*}

ลีต้า อาษาวิเศษ, พย.ม.¹

บุญญพัฒน์ ไชยมล, ประ.ด.³

สมเกียรติยศ วรเดช, ประ.ด.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 13 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 18 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 18 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การวิจัยเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายและปัจจัยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม โดยศึกษาข้อมูลในปี พ.ศ. 2558-2563 ของผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม จำนวน 285 ราย ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งได้รับการคัดเลือกรandomized แบบเจาะจงตามเกณฑ์ คือ เป็นผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ จำนวน 95 ราย และไม่มีแผลกดทับ จำนวน 190 ราย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.8) มีอายุเฉลี่ย 65.83 ปี ($SD = 14.53$) ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ คือ ดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) ที่เกินมาตรฐาน โดยผู้ป่วยที่มี BMI เกินมาตรฐานมีความเสี่ยงที่จะเป็นแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยที่มี BMI ปกติ 1.37 เท่า ($OR = 1.37, 95\% \text{ CI } [1.06, 1.77]$) และพบว่า ความเปียกชื้นของผิวหนัง ($OR = 0.51, 95\% \text{ CI } [0.27, 0.98]$) การเคลื่อนไหว ($OR = 0.11, 95\% \text{ CI } [0.04, 0.25]$) และแรงเสียดทานหรือแรงดึงรั้ง ($OR = 0.42, 95\% \text{ CI } [0.19, 0.91]$) เป็นปัจจัยป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเมื่อคะแนนของตัวแปรตัวใดตัวหนึ่งใน 3 ตัวนี้ เพิ่มขึ้น 1 คะแนน โอกาสเกิดแผลกดทับจะลดลง ดังนั้นควรดูแลผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มี BMI มาก มีระดับความรู้สึกลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ และมีผิวหนังที่เปียกชื้นและรับรู้ความรู้สึกได้ไม่ดี อย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยง, แผลกดทับ, ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรมสาย 1 โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

* ผู้ประพันธ์บทความ: สาดี แฮมิลตัน, อีเมล: sadee@bcnsp.ac.th

Predictive and Protective Factors Related to the Occurrence of Pressure Injuries Among Critically-ill Surgery Patients: A Retrospective, Case-Control Study

Kunlaya Chanchalerm, M.Sc.¹

Sadee Hamilton, Ph.D.^{2*}

Leeta Arsaviset, M.N.S.¹

Bhunyabhadh Chaimay, Ph.D.³

Somkiattiyos Woradet, Ph.D.⁴

(Received: May 13th, 2022; Revised: June 18th, 2022; Accepted: June 18th, 2022)

Abstract

Critically-ill surgical patients are at risk for developing pressure injuries. This retrospective, case-control design study was aimed to explore predictive and protective factors associated with the occurrence of pressure injuries among critically-ill surgical patients. The data of 285 critically-ill surgical patients were collected between 2015 and 2020 in a hospital in Ubon Ratchathani Province, Thailand. They were purposively recruited based on having ($n = 95$), or not having ($n = 190$), a pressure injury. The data were collected using the Factors Related to the Occurrence of Pressure Injury Record Form. The instrument's content validity was approved by three clinical experts and its content validity index was 1.0. Data were analyzed using descriptive statistics and multiple logistic regressions. Results showed that most of the participants were male (61.8%) with an average age of 65.83 years ($SD = 14.53$). The predictive factor of developing a pressure injury was higher Body Mass Indexes (BMI). Those who had higher BMI were at 1.37 times ($OR = 1.37$, 95 % CI [1.06, 1.77]) greater risk for developing a pressure injury than those who had a normal BMI. It also revealed that moisture ($OR = 0.51$, 95 % CI [0.27, 0.98]), mobility ($OR = 0.11$, 95 % CI [0.04, 0.25]), and friction or shearing ($OR = 0.42$, 95 % CI [0.19, 0.91]) were protective factors preventing pressure injuries. When the score for any one of these three factors increase 1 point, the potential to develop a pressure injury is likely to decrease. Therefore, care for critically-ill surgical patients with a high BMI, decreasing level of consciousness, immobilization, and having moist skin or poor skin sensation should be more focus.

Keywords: risk factors, pressure injury, critical surgical care patients

¹ Registered Nurse, Professional level, Department of Surgical Nursing 1, Nursing Organization, Sunpasitthiprasong hospital

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajajonani College of Nursing, Sunpasitthiprasong, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

³ Associate Professor, Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University Phatthalung Campus

⁴ Assistant Professor, Department of Public Health, Faculty of Health and Sports Science, Thaksin University Phatthalung Campus

* Corresponding author: Sadee Hamilton, Email: sadee@bcnsp.ac.th

บทนำ

แผลกดทับ (Pressure injury) เป็นการบาดเจ็บเฉพาะที่ของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อใต้ผิวหนังที่เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของการเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 5-15 แตกต่างกันไปตามสภาพแวดล้อม (Akbari Sari, Doshmanghir, Neghabban, Ghiasipour, & Beheshtizavareh, 2014) โดยจะพบมากในผู้ป่วยที่ต้องดูแลระยะยาวและในห้องผู้ป่วยวิกฤติ (Mervis & Phillip, 2019) ส่วนในประเทศไทยการศึกษาในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งพบความชุกการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติร้อยละ 11.11 (สุชาดา นิลบรรพต, อัมพรพรหม ชีราบุตร, และปณิศา ลิ้มปะวัฒน์, 2562) ซึ่งนับว่าเป็นอัตราความชุกที่ค่อนข้างสูง ไม่แตกต่างจากที่พบในต่างประเทศ

การเกิดแผลกดทับส่งผลกระทบต่อหลายด้าน ทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และหน่วยงานที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เกิดแผลกดทับ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการเงิน ได้แก่ เกิดบาดแผลมีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย การฟื้นฟูหายจากโรคที่เป็นอยู่ช้าลง เจ็บปวด ทุกข์ทรมาน ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น และต้องให้การดูแลระยะยาว (Mervis & Phillip, 2019) มีค่าใช้จ่ายในการรักษาและดูแลเพิ่มมากขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายของครอบครัวและโรงพยาบาล อัตราการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น (Alderden et al., 2021) การค้นหาสาเหตุของการเกิดแผลกดทับเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น

สาเหตุของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยทั่วไปเกิดจากปัจจัยด้านกายภาพ คือ แรงกด แรงเฉือน และแรงเสียดทาน (Cox, 2011; Mervis & Phillip, 2019) แรงกดทับที่มากกว่าแรงดันในหลอดเลือดฝอยร่วมกับแรงเฉือน หรือแรงเสียดทานจะทำให้เกิดแผลกดทับได้ในระยะเวลาสั้น ในทางกลับกันหากปริมาณแรงกดทับต่ำ แต่มีระยะเวลาในการกดทับนานก็จะทำให้เกิดแผลกดทับได้เช่นกัน แผลกดทับพบมากบริเวณปุ่มกระดูกหรือบริเวณที่ใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นผลมาจากแรงกดทับเป็นเวลานานหรือมีความรุนแรง ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่ทำให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติ ได้แก่ การไม่เคลื่อนไหวหรือเคลื่อนไหวได้ลดลง (Ulker & Yapucu, 2013) น้ำหนักตัวหรือดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) ที่เกินมาตรฐานภาวะทุพโภชนาการ การสูญเสียประสาทสัมผัส (Alderden et al., 2021) และผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน เป็นต้น (สุชาดา นิลบรรพต และคณะ, 2562; Alderden, Rondinelli, Pepper, Cummins, & Whitney, 2017) และการสูญเสียความสมบูรณ์ของสภาพผิวหนัง ทั้งที่เกิดจากความเปียกชื้น การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และอายุที่มากขึ้น ซึ่งจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงความหนาของชั้นหนังแท้และหนังกำพร้า ส่งผลให้มีความต้านทานต่อแรงเสียดทานลดลง (Alderden et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดแผลกดทับ ได้แก่ เพศ (Ulker & Yapucu, 2013) และระยะเวลาที่ใช้ในการผ่าตัด ในช่วง 24-48 ชั่วโมง (Alderden et al., 2021) โดยจะเห็นว่าปัจจัยที่ส่งเสริมการเกิดแผลกดทับมีทั้งปัจจัยที่แก้ไขหรือป้องกันได้ และปัจจัยที่แก้ไขไม่ได้

โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี มีความชุกในการเกิดแผลกดทับร้อยละ 9.05 จากสถิติข้อมูล ปีงบประมาณ 2561-2563 ในห้องผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรมทั่วไป 2 แห่ง ที่ให้บริการผู้ป่วย

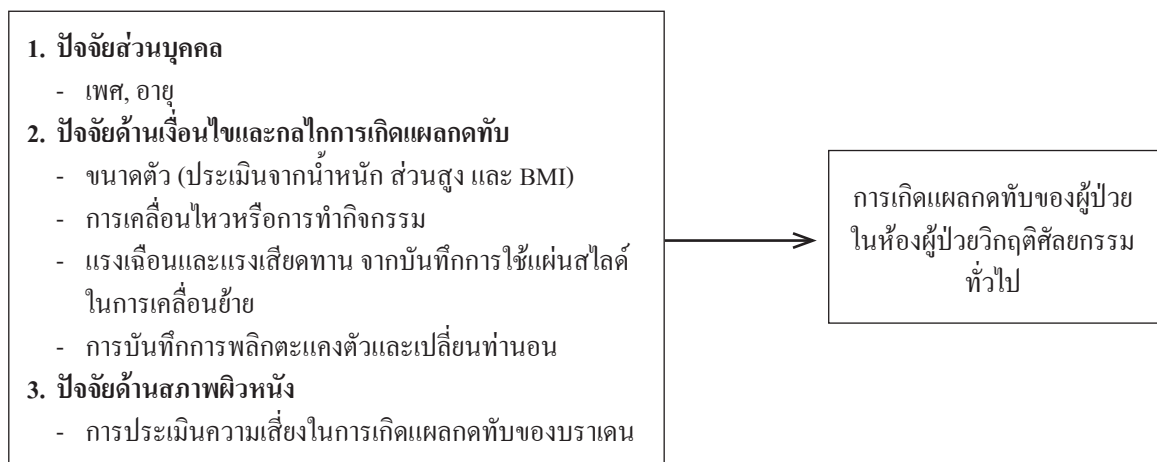
ทั้งผ่าตัดและไม่ผ่าตัด พบผู้ป่วยเกิดแผลกดทับ ร้อยละ 6.02, 3.25 และ 4.9 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นแผลกดทับระดับ 2 (มีการสูญเสียผิวหนังถึงชั้นหนังแท้ โดยพื้นแผลแดง ไม่มีเนื้อตายสีเหลือง ไม่เป็นรอยซ้ำ อาจเป็นตุ่มน้ำพอง น้ำใส ๆ หรือน้ำใสปนเลือดจาง) แต่ถ้าหากแผลกดทับระดับ 3 (มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด คือ ชั้นหนังกำพร้า และชั้นหนังแท้ ไปจนถึงชั้นไขมันใต้ผิวหนัง แต่ยังไม่ถึงกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูก) หรือระดับ 4 (มีการสูญเสียผิวหนังทั้งหมด ไปจนถึงชั้นกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก โดยอาจมีเนื้อตายสีเหลือง โปรงใต้ผิวหนัง หรือช่องได้) จะทำให้ผู้ป่วยนอนโรงพยาบาลนานขึ้น (ผกามาศ พิธรากร, 2564) และส่งผลไม่ดีต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่คาดหวัง ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับ และสภาพผิวหนังต่อการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรมทั่วไป โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังในเวชระเบียนเพื่อนำไปวางแผนเป็นแนวปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับจากปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายและปัจจัยป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติของ Coleman et al., (2014) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดแผลกดทับผู้ป่วยวิกฤติ ซึ่งพบว่ามี 3 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) ปัจจัยด้านเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับ และ 3) ปัจจัยด้านสภาพผิวหนัง หรือการบาดเจ็บของผิวหนัง ซึ่งประเมินตามแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเดน (Braden scale for predicting pressure sore) 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้/ความรู้สึก ด้านความเปื่อยชื้นของผิวหนัง ด้านการมีกิจกรรม ด้านการเคลื่อนไหว ด้านภาวะโภชนาการ และด้านแรงเสียดทาน/แรงดึงรั้ง ที่มีผลทำให้ความทนต่อผิวหนังลดลง และแรงกดที่กระทำต่อผิวหนังเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลังแบบไม่จับคู่ (Unmatched case-control study) จากชุดข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) ของข้อมูลผู้ป่วยที่ถูกบันทึกในเวชระเบียนผู้ป่วย (Medical records) และข้อมูลผู้ป่วยที่จัดเก็บผ่านระบบโปรแกรม OPserv ของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 – 30 กันยายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 2 ห้อง ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง ณ โรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดอุบลราชธานีระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 – 30 กันยายน พ.ศ. 2563 จำนวน 3,674 ราย

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีแผลกดทับ (Cases) และกลุ่มที่ไม่มีแผลกดทับ (Controls) คำนวณหาขนาดตัวอย่าง ในรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างการศึกษาเชิงวิเคราะห์ชนิดย้อนหลัง แบบไม่จับคู่ (Schlesselman, 1982) ดังนี้

$$n_1 = \frac{[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{(r+1)\bar{p}\bar{q}} + Z_{1-\beta} \sqrt{rp_1q_1 + p_2q_2}]^2}{r(p_1 - p_2)^2}; \quad n_2 = rn_1$$

เมื่อกำหนดให้ n_1 = จำนวนตัวอย่างในกลุ่มที่มีแผลกดทับ ค่าแอลฟา (Alpha [α]) = .05 ค่าเบต้า (Beta [β]) = 0.1 ดังนั้น พื้นที่ใต้โค้งปกติ ($Z_{1-\alpha/2}$) = 1.96 และค่า $Z_{1-\beta}$ = 0.84 เมื่อกำหนดให้ r = อัตราส่วนระหว่างกลุ่มที่มีแผลกดทับและกลุ่มที่ไม่มีแผลกดทับ เท่ากับ 2 โดยมีสัดส่วนของกลุ่มที่มีแผลกดทับ (p_1) = 0.03 และสัดส่วนของกลุ่มที่ไม่มีแผลกดทับ (p_2) = 0.03 แทนค่าในสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่มีแผลกดทับ 101 ราย กลุ่มที่ไม่มีแผลกดทับ 202 ราย จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 303 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เลือกผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 2 ห้องและรับการรักษาในโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่ศึกษา ในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558 – 30 กันยายน พ.ศ. 2563 โดยกลุ่มที่มีแผลกดทับ เลือกแบบเจาะจงเฉพาะผู้ที่มีแผลกดทับ มีจำนวนทั้งสิ้น 95 ราย ซึ่งน้อยกว่าขนาดที่คำนวณได้ และนักวิจัยได้ปรับลดจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีแผลกดทับลงเป็น 190 ราย เพื่อให้คงไว้ซึ่งสัดส่วน 1:2 โดยกลุ่มที่ไม่มีแผลกดทับนี้ได้รับการเลือกด้วยวิธีสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลขประจำตัวโรงพยาบาล (Hospital number [HN]) ของผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับ โดยกำหนดตัวเลขแทน HN แล้วสุ่มโดยใช้โปรแกรมออนไลน์ในเว็บไซต์ Thaiware (<https://random.thaiware.com>) กำหนดวิธีการสุ่มเป็นแบบแสดงค่าไม่ซ้ำกัน (Unique value) และให้แสดงผลลัพธ์ทั้งหมด (List all results) 190 หมายเลข จะได้หมายเลขที่แทน HN ของผู้ป่วยที่ไม่มีแผลกดทับ จำนวน 190 ราย

การศึกษานี้ทำการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power of analysis) โดยกำหนดให้จำนวนกลุ่มที่ศึกษาเท่ากับ 95 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 190 ราย และกำหนดให้ค่าแอลฟา (Alpha) ที่ระดับ

0.05 ค่าพื้นที่ใต้โค้งปกติ ($Z = 0.975$) เท่ากับ 1.96 และอำนาจในการทดสอบ ($1-\text{Beta}$) เท่ากับ 1.00 และสัดส่วนระหว่างกาเกิดแผลกดทับในกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 0.26 และ 0.71 ตามลำดับ พบว่า การศึกษาครั้งนี้มีอำนาจในการทดสอบคิดเป็นร้อยละ 100 นับได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีเพียงพอ และไม่มีผลต่อผลการศึกษาในครั้งนี้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

วิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ 010/64 R รับรองวันที่ 29 เม.ย. 2564 ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ในทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัยซึ่งมี 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในเกียรติของมนุษย์ โดยในการนำเสนอผลการวิจัย จะไม่มีการระบุชื่อ สกุล เลข HN ของกลุ่มตัวอย่าง แต่ใช้รหัสเลขแทน เพื่อเป็นการปิดบังข้อมูลไม่ให้ระบุตัวบุคคล 2) หลักผลประโยชน์และไม่ก่อให้เกิดอันตราย มีการปกปิดความลับของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย นอกจากนี้ ในการสรุปและเผยแพร่ผลการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลการศึกษาในภาพรวม และใช้ข้อมูลดังกล่าวเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น และ 3) หลักแห่งความยุติธรรม การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลทุติยภูมิจากข้อมูลในเวชระเบียน จึงไม่ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง แต่ผู้วิจัยได้ทำบันทึกข้อความขอเข้าถึงข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยได้รับอนุญาตให้เข้าถึงเฉพาะข้อมูลที่จำเป็นในการศึกษาเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป โดยระบุเกี่ยวกับ เพศ และอายุ
2. แบบบันทึกข้อมูลการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัยตามกรอบแนวคิดของ Coleman et al. (2014) ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ

2.1 ปัจจัยด้านเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับ มีจำนวน 4 ข้อ คือ

2.1.1 ขนาดตัว ศึกษาจากแบบบันทึกข้อมูลประวัติและการตรวจสุขภาพ แล้วระบุน้ำหนัก ส่วนสูง และ BMI

2.1.2 การเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ศึกษาจากบันทึกทางการแพทย์แล้วประเมินโดยเลือกตอบระหว่าง ไม่มีข้อจำกัด มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมน้อย และไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมด้วยตนเองได้

2.1.3 แรงเฉือนและแรงเสียดทาน ศึกษาจากบันทึกทางการแพทย์แล้วประเมินโดยเลือกตอบระหว่าง เคลื่อนย้ายผู้ป่วยใช้แผ่นสไลด์ และ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยไม่ใช้แผ่นสไลด์

2.1.4 การบันทึกการพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอน ศึกษาจากแบบบันทึกแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับแล้วประเมินโดยเลือกตอบระหว่าง บันทึกครบถ้วน ต่อเนื่องและบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง โดยหากมีการไม่บันทึกการพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมงในวันใดวันหนึ่งถือว่ามีการบันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง

2.2 ปัจจัยด้านสภาพผิวหนัง ศึกษาจากแบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเคน ที่มีการบันทึกคะแนนไว้แล้วในเวชระเบียน ในกลุ่มที่มีแผลกดทับ ใช้คะแนนที่บันทึกไว้ในวันแรกที่มีแผลกดทับ ส่วนกลุ่มที่ไม่มีแผลกดทับ ใช้คะแนนที่บันทึกไว้ในวันแรกที่เข้ารับการรักษาในห้องผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป แบบประเมินดังกล่าวเป็นแบบประเมินมาตรฐานที่ใช้กันแพร่หลายในโรงพยาบาลทั้งในและต่างประเทศ มี 6 ด้าน ลักษณะการประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3-4 ระดับ (ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช, 2556) ดังนี้

2.2.1 ด้านการรับรู้หรือความรู้สึก มี 4 ระดับ จาก 1 (ถูกจำกัดโดยสมบูรณ์ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น เพราะระดับความรู้สึกตัวลดลง หรือจากได้รับยาสงบหรือยากล่อมประสาท) ถึง 4 (ไม่มีความบกพร่องของประสาทรับความรู้สึก) คะแนนรวม 1-4 คะแนน

2.2.2 ด้านความเปียกชื้นของผิวหนัง มี 4 ระดับ จาก 1 (ผิวหนังเปียกชื้นตลอดเวลาจากเหงื่อ ปัสสาวะ) ถึง 4 (ไม่มีภาวะผิวหนังเปียกชื้น ผิวหนังแห้งปกติ) คะแนนรวม 1-4 คะแนน

2.2.3 ด้านการมีกิจกรรม มี 4 ระดับ จาก 1 (นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา) ถึง 4 (เดินออกจากห้องได้บ่อย ๆ หรือลุก-เดินภายในห้องได้ทุก 2 ชั่วโมง) คะแนนรวม 1-4 คะแนน

2.2.4 ด้านการเคลื่อนไหว มี 4 ระดับ จาก 1 (เคลื่อนไหวเองไม่ได้เลย) ถึง 4 (ไม่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว เคลื่อนไหวแขน-ขาได้เป็นปกติ) คะแนนรวม 1-4 คะแนน

2.2.5 ด้านภาวะโภชนาการ มี 4 ระดับ จาก 1 (มีภาวะทุพโภชนาการอย่างรุนแรง) ถึง 4 (รับประทานอาหารได้ดี) คะแนนรวม 1-4 คะแนน

2.2.6 ด้านแรงเสียดทาน หรือแรงดึงดูด มี 3 ระดับ จาก 1 (ถูกจำกัดโดยสมบูรณ์ต้องใช้ผู้ช่วยในการเคลื่อนย้ายจำนวนมาก) ถึง 3 (ไม่มีข้อจำกัดการเคลื่อนย้ายตัวเอง) คะแนนรวม 1-3 คะแนน

โดยทั่วไปการประเมินระดับความเสี่ยง จะใช้คะแนนรวมทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ ไม่มีความเสี่ยง (19 – 23 คะแนน) มีความเสี่ยง (15 - 18 คะแนน) มีความเสี่ยงปานกลาง (13 - 14 คะแนน) มีความเสี่ยงสูง (10 - 12 คะแนน) และมีความเสี่ยงสูงมาก (6 - 9 คะแนน) แต่ในการศึกษานี้ นำคะแนนรวมของแต่ละด้านมาใช้ประเมินปัจจัยด้านสภาพผิวหนัง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบบันทึกข้อมูลการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านบาดแผล 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านบาดแผล ออสโตมี และการควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ 1 ท่าน คำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) เท่ากับ 1.0 ทดสอบความเที่ยงโดยการทดสอบหาค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกตระหว่างผู้สังเกตที่เป็นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอย่างละ 2 ท่าน โดยนำเครื่องมือไปทดลองประเมินผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่มีแผลกดทับและไม่มีแผลกดทับกลุ่มละ 5 ราย ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของการสังเกต (Inter-observer reliability [IOR]) เท่ากับ .96

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ดำเนินการ ดังนี้

1. รับสมัครและเตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่เป็นพื้นที่วิจัยอย่างน้อย 5 ปี หอผู้ป่วยละ 1 ท่าน โดยอธิบายวัตถุประสงค์การทำโครงการ วิธีการเก็บข้อมูล และทดลองใช้เครื่องมือวิจัย โดยการสุ่มตัวอย่างจาก HN ของผู้ป่วยในกลุ่มที่มีแผลกดทับและไม่มีแผลกดทับกลุ่มละ 5 รายที่นอกเหนือจากกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ แล้วให้ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยศึกษาข้อมูลในเวชระเบียนของผู้ป่วยและทดลองบันทึกข้อมูลในเครื่องมือวิจัยเพื่อทดสอบความเที่ยงตรงจากการสังเกต จากนั้นประชุมเพื่อกำหนดข้อตกลงในการใช้บันทึกข้อมูลก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง

2. หลังจากได้รับการอนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 ท่านแนะนำตัวกับหัวหน้าห้องผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไปที่เป็นพื้นที่วิจัยและชี้แจงวัตถุประสงค์การทำโครงการ วิธีการเก็บข้อมูลและระยะเวลาของการเก็บข้อมูล

3. ผู้ช่วยวิจัยคัดเลือกเวชระเบียนผู้ป่วยกลุ่มที่มีแผลกดทับและไม่มีแผลกดทับให้ได้ตามจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนตามที่กำหนด และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่บันทึก และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดย

1. ข้อมูลทั่วไป และ ข้อมูลการเกิดแผลกดทับของผู้ป่วยในห้องผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการเกิดแผลกดทับสถิติไคว์สแควร์ (Chi-square test)

3. ทำนายการเกิดแผลกดทับจากปัจจัยที่ศึกษาด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multiple logistic regression analysis) ซึ่งมีตัวแปรตาม คือ การเกิดแผลกดทับ ซึ่งเป็นตัวแปรประเภทเชิงนับ (Categorical outcome) ชนิด 2 ตัวเลือก (Dichotomous หรือ Binary outcome) โดยการนำเสนอค่า Odds ratio (OR) มี 3 กรณี ได้แก่ กรณีที่ค่า $\exp(B) = OR$ มากกว่า 1 แสดงว่ามีโอกาสเกิดแผลกดทับ กรณีที่มีค่า $\exp(B) = OR$ เท่ากับ 1 แสดงว่าปัจจัยนั้นไม่เกี่ยวข้องกับการเกิดแผลกดทับ (No association) และกรณีที่ค่า $\exp(B) = OR$ น้อยกว่า 1 แสดงว่ามีโอกาสจะไม่เกิดแผลกดทับ แสดงให้เห็นว่าปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเชิงป้องกัน (Protective factors) ต่อการเกิดแผลกดทับ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 285 คน ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 70 ปี (ร้อยละ 53.3) อายุเฉลี่ย 65.83 ปี ($SD=14.53$) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 61.8) น้ำหนักเฉลี่ย 59.98 กิโลกรัม ($SD=10.59$) ส่วนสูงเฉลี่ย 160.89 เซนติเมตร ($SD=5.99$) และมีค่า BMI เฉลี่ยเท่ากับ 23.09 ($SD=3.64$)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ ด้วยสถิติไคว์สแควร์ พบว่าการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม ($\chi^2 [1, n=285] = 7.78, p < .05$) และการบันทึกการพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอน ($\chi^2 [1, n=285] = 7.77, p < .01$) มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ ($\chi^2 [1, n=285] = 7.78, p < .05$) โดยผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ มีการเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ที่มีข้อจำกัดและมีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมน้อย ส่วนผู้ที่ได้รับการบันทึกการพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอนไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง มีการเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ที่ได้รับการบันทึกครบถ้วน ต่อเนื่อง ส่วนปัจจัย เพศ กลุ่มอายุ แรงเสียดทานและแรงเฉือนมีผลต่อการเกิดแผลกดทับที่ไม่ต่างกัน

การวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต ศัลยกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ BMI ซึ่งเป็นปัจจัยด้านเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับ และความเปื่อยชื้นของผิวหนัง การเคลื่อนไหวร่างกายและแรงเสียดทานหรือแรงดึงรั้ง ซึ่งเป็นปัจจัยด้านสภาพผิวหนังที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยปัจจัยทั้ง 4 สามารถร่วมทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมได้ร้อยละ 36.8 (Cox & Snell; R Squared = 0.368, $p < .001$) เมื่อพิจารณาปัจจัยทำนายแต่ละตัวแปร พบว่า ผู้ป่วยที่ BMI เกินมาตรฐานมีความเสี่ยงที่จะเป็นแผลกดทับมากกว่าผู้ป่วยที่มี BMI ปกติถึง 1.37 เท่า ($OR=1.37, 95\% CI [1.06, 1.77]$) และปัจจัยด้านสภาพผิวหนังเป็นปัจจัยป้องกันการเกิดแผลกดทับ เมื่อคะแนนด้านความเปื่อยชื้นของผิวหนัง คะแนนด้านการเคลื่อนไหว และคะแนนด้านแรงเสียดทาน หรือแรงดึงรั้ง เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีโอกาสที่จะเกิดแผลกดทับลดลง ดังนี้ คะแนนความเปื่อยชื้นของผิวหนัง ($OR=0.51, 95\% CI [0.27, 0.98]$) คะแนนด้านการเคลื่อนไหว ($OR=0.11 95\% CI [0.04, 0.25]$) และคะแนนแรงเสียดทาน หรือแรงดึงรั้ง ($OR=0.42, 95\% CI [0.19, 0.91]$) ดังตารางที่ 1

ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ไม่มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหว บันทึกการพลิกตะแคงตัว ครบถ้วน และต่อเนื่อง การทำกิจกรรม และภาวะโภชนาการ ไม่สามารถร่วมทำนายการเกิดแผลกดทับและถูกนำออกจากกลุ่มของตัวแปรที่ร่วมทำนาย (Final model of logistic regression analysis) จึงไม่ปรากฏในตาราง ในขณะที่ตัวแปรน้ำหนัก มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมน้อย ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ บันทึกการพลิกตะแคงตัวไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง และด้านการรับรู้/ ความรู้สึก เป็นตัวแปรที่ร่วมทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมโดยการวิเคราะห์สถิติถดถอยโลจิสติก

ปัจจัย	β Coefficient	OR (95% CI)	p - value
ปัจจัยด้านเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับ			
ขนาดตัว			
น้ำหนัก	-0.06	0.94 (0.86, 1.02)	0.94
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	0.32	1.37 (1.06, 1.77)	0.02
การเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรม			
มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมน้อย	-0.74	0.48 (0.06, 4.03)	0.50
ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมด้วยตนเองได้	-1.41	0.24 (0.01, 10.33)	0.46
การพลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่านอน			
บันทึกไม่ครบถ้วน ไม่ต่อเนื่อง	0.32	1.39 (0.26, 7.36)	0.71
ปัจจัยด้านสภาพผิวหนัง			
ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ			
ด้านการรับรู้ หรือความรู้สึก	-0.45	0.64 (0.32, 1.28)	0.20
ด้านความเปื่อยชื้นของผิวหนัง	-0.67	0.51 (0.27, 0.98)	0.04
ด้านการเคลื่อนไหว	-2.25	0.11 (0.04, 0.25)	0.00
ด้านแรงเสียดทาน หรือแรงดึงรั้ง	-0.88	0.42 (0.19, 0.91)	0.03
Constant	4.73		0.04

หมายเหตุ. $n = 285$

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษานในห้องผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมทั่วไป จำนวน 285 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและอายุน้อยกว่า 70 ปี เงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับ และสภาพผิวหนังที่ส่งผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม สามารถอธิบายตามตัวแปรที่สามารถทำนาย ดังนี้

ปัจจัยด้านเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับ

ปัจจัยด้านเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับที่สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมมีเพียง 1 ปัจจัยคือ ค่า BMI ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มี BMI สูงเกินกว่ามาตรฐานมีโอกาสเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ที่มี BMI ปกติ ถือได้ว่าภาวะ BMI สูงเกินกว่ามาตรฐานเป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factors) ของการเกิดแผลกดทับ สามารถอธิบายได้ว่า ขนาดตัวที่ใหญ่ มีน้ำหนักตัวเยอะ ย่อมจะทำให้มีแรงกดของผิวหนังปริมาณมาก ทำให้การไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณปุ่มกระดูกซึ่งเป็นจุดรับน้ำหนักลดลง (Mervis & Phillip, 2019) จะทำให้เกิดแผลกดทับได้ แม้จะมีการกดทับในระยะเวลาสั้น เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มี BMI ปกติ

นอกจากนี้ ความอ้วนยังทำให้ไม่มีการเคลื่อนไหว หรือเคลื่อนไหวลดลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Dorsey, 2021) เป็นผลมาจากแรงกดทับเป็นเวลานานหรือมีความรุนแรง (Cox, 2011)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Alderden and colleagues (2017) และ Ulker and Yapucu (2013) ซึ่งพบว่า การเคลื่อนไหว หรือการทำกิจกรรมที่ลดลง เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดแผลกดทับ การวางแผนการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวจากการที่มีน้ำหนักตัวเยอะหรือผู้ที่มี BMI สูงกว่าปกติได้รับการดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมหรือได้รับการดูแลเปลี่ยนท่านอนเพื่อส่งเสริมการไหลเวียนเป็นสิ่งสำคัญ

ปัจจัยด้านสภาพผิวหนัง

ปัจจัยด้านสภาพผิวหนังประเมินโดยใช้แบบประเมินความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเดนพบว่า ปัจจัยที่ทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม ได้แก่ ความเปื่อยชื้นของผิวหนัง การเคลื่อนไหว และแรงเสียดทาน/ แรงดึงรั้ง โดยการศึกษาพบว่าปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยเชิงป้องกันของการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม สามารถอธิบายได้ ดังนี้

1. ด้านความเปื่อยชื้นของผิวหนัง ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีความเปื่อยชื้นของผิวหนังลดลง มีโอกาสเกิดแผลกดทับน้อยลง 0.67 เท่าของผู้ที่ไม่มีความเปื่อยชื้นของผิวหนัง เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สีกตัว กลั้นอุจจาระไม่ได้ ทำให้ต้องใส่แผ่นรองขับหรือผ้าอ้อมผู้ใหญ่และอาจมีการเปื่อยชื้นจากเหงื่อ กลุ่มที่มีแผลกดทับมีความเปื่อยชื้นเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีแผลกดทับมีความเปื่อยชื้นของผิวหนังเป็นบางครั้ง ความเปื่อยชื้นจากเหงื่อและอุจจาระทำให้ผิวหนังระคายเคือง (ประภาพร ดองโพธิ์, 2562) และถูกทำลายจนทำให้มีแผลเกิดขึ้น (Alderden et al., 2017) ส่วนการเปื่อยชื้นจากปัสสาวะในผู้ป่วยกลุ่มนี้น่าจะมีค่อนข้างน้อย เนื่องจากส่วนใหญ่จะคาสายสวนปัสสาวะไว้ตลอดเวลา

2. ด้านการเคลื่อนไหว สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้ดี ไม่มีข้อจำกัดจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับลดลง 2.25 เท่าของผู้ที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมในการศึกษานี้ร้อยละ 45 เคลื่อนไหวร่างกายไม่ได้ อาจเนื่องมาจากระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ และร้อยละ 45 มีการเคลื่อนไหวร่างกายได้บ้างเป็นบางครั้ง อาจเนื่องมาจากระดับความรู้สึกตัวที่ลดลงหรือมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวร่างกายจากการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อการรักษา การเคลื่อนไหวร่างกายที่ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ (Dorsey, 2021) เป็นผลมาจากแรงกดทับเป็นเวลานานหรือมีความรุนแรง

3. ด้านแรงเสียดทาน/ แรงดึงรั้ง สามารถทำนายการเกิดแผลกดทับได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมที่มีแรงเสียดทานและแรงดึงรั้งน้อยจะมีโอกาสเกิดแผลกดทับลดลง .88 เท่าของผู้ที่มีปัญหาแรงเสียดทานและแรงดึงรั้ง ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมกลุ่มที่มีแผลกดทับสูงถึงร้อยละ 92 มีแรงเสียดทานและแรงดึงรั้งเป็นส่วนใหญ่ แรงเสียดทานเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้สึกตัวที่ลดลง ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนย้ายร่างกายหรือยกตัวเองในการเปลี่ยนท่านอนได้เอง ทำให้เกิดแรงเสียดสีระหว่างผิวหนังชั้นนอกกับผิวสัมผัส เช่น เสื้อผ้า หรือผ้าปูที่นอน (ช่อผกา สิทธิพงศ์ และศิริอร สินธุ, 2554) ทำให้ผิวหนังกำพืดและหนังแท้ถูกทำลายรวมทั้งอาจมีการฉีกขาดของหลอดเลือด

ฝอย (Cox, 2011) ทำให้เกิดแผลขึ้น ส่วนแรงดึงรั้งระหว่างชั้นของผิวหนังอันเนื่องมาจากแรงโน้มถ่วงที่ดึงตัวลงและแรงต้านของผิวหนังให้อยู่กับที่ ซึ่งมักจะพบในกรณีผู้ป่วยมีการเลื่อนไถลลงตามแรงโน้มถ่วงเมื่อมีการจัดท่านอนศีรษะสูงมากกว่า 45 องศา ทำให้ผิวหนังมีการบาดเจ็บ รวมทั้งหลอดเลือดอุดตันและฉีกขาด ทำให้เกิดบาดแผลขึ้น (Grada & Phillips, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ulker and Yapucu (2013) ที่พบว่าผู้ป่วยวิกฤติที่ไม่สามารถเปลี่ยนท่านอนได้ด้วยตนเอง ต้องใช้ผู้ช่วยหลายคนช่วยในการเคลื่อนย้ายหรือเปลี่ยนท่านอน มีโอกาสเกิดแผลกดทับมากกว่าผู้ที่สามารถเปลี่ยนท่านอนด้วยตนเอง

ปัจจัยด้านสภาพผิวหนังหรือมีการบาดเจ็บของผิวหนัง ด้านความเปื่อยชื้นของผิวหนัง การเคลื่อนไหว และแรงเสียดทาน เป็นปัจจัยร่วมทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ ผิวหนังที่มีความเปื่อยชื้นน้อย มีข้อจำกัดการเคลื่อนไหวหรือการทำกิจกรรมน้อย และไม่มีแรงเสียดทาน/ แรงดึงรั้งจากการทำกิจกรรม สามารถเคลื่อนตัวขึ้นลงจากเตียงได้อย่างอิสระ จะมีโอกาสในการเกิดแผลกดทับน้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า สภาพผิวหนังหรือมีการบาดเจ็บของผิวหนัง (Alderden et al., 2017) และการเสียดสีหรือแรงเฉือน (Cox, 2011) ความเปื่อยชื้นของผิวหนังและแรงเสียดทานหรือดึงรั้งของผิวหนัง จะทำให้ผิวหนังเกิดการบาดเจ็บได้ง่าย (ประภาพร ดองโพธิ์, 2562) โดยความเปื่อยชื้นของผิวหนังจะทำให้มีโอกาสได้รับอันตรายจากแรงกดและแรงเฉือนเพิ่มมากขึ้น อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบว่าภาวะโภชนาการที่เป็นส่วนหนึ่งของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดการบาดเจ็บของสภาพผิวหนังไม่เป็นปัจจัยทำนายเชิงป้องกันในการเกิดแผลกดทับในการศึกษานี้ ในขณะที่การศึกษาที่ผ่านมาหลายการศึกษาพบว่า ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับ (วาสนา พาวิน, พรทิพย์ อยู่ญาคิม, และรภัศรา แพรภทรประสิทธิ์, 2563; Alderden et al., 2017) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ไม่มีความแตกต่างในภาวะโภชนาการตามการประเมินแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดและไม่เกิดแผลกดทับ ในขณะที่การศึกษาของ วาสนา พาวิน และคณะ (2563) พบว่าภาวะโภชนาการเดิม ประเภทผู้ป่วยและคะแนนความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับของบราเคน มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ ภาวะโภชนาการเดิมก่อนการเจ็บป่วยหนักในกลุ่มผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ

ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับ แต่ไม่สามารถร่วมทำนายการเกิดแผลกดทับในการศึกษานี้ได้แก่ความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ในขณะที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ค่อนข้างชัดเจนที่ยืนยันว่าความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่สำคัญและจำเป็นที่มีผลโดยตรงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยเป็นปัจจัยด้านเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับที่สำคัญ ผู้ที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือพลิกตะแคง เปลี่ยนท่านอนด้วยตัวเอง มีโอกาสที่จะเกิดแผลกดทับ (Coleman et al., 2014) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือไม่สามารถทำกิจกรรมด้วยตนเองได้เลยมีเพียงร้อยละ 2.8 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดซึ่งมีจำนวนน้อย สอดคล้องกับค่า 95% CI [0.01, 10.33] ที่ค่อนข้างกว้าง แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างในกลุ่มนี้มีจำนวนน้อยเกินไป การศึกษานี้มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าที่คำนวณได้ เนื่องจากในระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2558

–30 กันยายน พ.ศ. 2563 ที่ศึกษาข้อมูลย้อนหลัง มีผู้ป่วยที่มีแผลกดทับเพียง 95 คนซึ่งน้อยกว่าที่คำนวณได้ 6 ราย และเพื่อคงสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มที่ศึกษาต่อกลุ่มควบคุมไว้ที่ 1 : 2 ผู้วิจัยจึงลดจำนวนกลุ่มควบคุมลง 12 คน อย่างไรก็ตาม การศึกษาครั้งนี้มีอำนาจในการทดสอบคิดเป็นร้อยละ 100 ดังนั้น แม้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จะน้อยกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้แต่ไม่มีผลกระทบต่อผลการศึกษา นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้ยังมีข้อจำกัดในการนำผลการวิจัยไปอ้างอิงสู่ประชากรอื่นเนื่องจากการศึกษาเฉพาะในหึ่งผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรมทั่วไปจึงอาจไม่สามารถอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มอื่นได้ เพราะมีลักษณะประชากรที่แตกต่างกัน รวมทั้งการศึกษามาจากเวชระเบียนย้อนหลัง การได้มาซึ่งข้อมูลอาจมีข้อจำกัด นอกจากนี้ ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้แม้ว่าจะไม่ได้เป็นการค้นพบความรู้ใหม่ในประเด็นนี้ทั้งหมดแต่เป็นการศึกษาที่ช่วยยืนยันความสำคัญของการวางแผนการพยาบาลเพื่อเฝ้าระวังและป้องกัน ตลอดจนลดโอกาสในการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรม

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวมากหรือมี BMI สูงเกินมาตรฐาน ผู้ที่มีผิวหนังที่เปื่อยช้ำ มีความสามารถในการเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมด้วยตนเองลดลง และมีโอกาสมีแรงเสียดทานต่อผิวหนังมาก เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินสภาพแรกรับและการประเมินอย่างต่อเนื่องเพื่อวางแผนในการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤติศัลยกรรมกลุ่มนี้ มีความสำคัญและจำเป็น โดยจะต้องคำนึงถึงทั้งปัจจัยเสี่ยงด้านเงื่อนไขและกลไกการเกิดแผลกดทับ และปัจจัยด้านสภาพผิวหนังของผู้ที่มี BMI สูงเกินมาตรฐานที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และการดูแลสภาพผิวหนังที่เป็นปัจจัยเชิงป้องกันในการเกิดแผลกดทับโดยการดูแลสภาพผิวหนังให้มีความเปื่อยช้ำน้อยลง ส่งเสริมการเคลื่อนไหว ได้รับการดูแลในด้านการเคลื่อนไหว การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยต้องมีคนช่วยหรือใช้อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายเพื่อลดแรงเสียดทาน ลดการเสียดสีหรือการดึงรั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงคลินิก เช่น ภาวะติดเชื้อ การมีโรคร่วม ระดับอัลบูมิน ภาวะบวมและการใช้ยาในกลุ่มที่มีผลต่อการไหลเวียนเลือด ที่อาจมีผลต่อการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยในกลุ่มนี้ รวมทั้งภาวะโภชนาการเดิมก่อนการเจ็บป่วยหนักในกลุ่มผู้ป่วยจึงมีความสำคัญ

เอกสารอ้างอิง

- ผกามาศ พิชรารกร. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีแผลกดทับโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์: บทบาทพยาบาล. *หัวหน้าเวชสาร*, 1(1), 33-48.
- ช่อผกา สิทธิพงศ์, และศิริอร สิ้นธุ. (2554). ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคเบาหวานร่วมด้วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29(Suppl2), 113-123.
- ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช. (2556). *แบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk)*. Retrieved from https://www.si.mahidol.ac.th/Th/division/nursing/NDivision/N_qd/admin/news_files/51_72_2.pdf
- ประภาพร ดองโพธิ์. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับป้องกันการเกิดแผลกดทับ. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*, 19(2), 315-323.
- วาสนา พาวิน, พรทิพย์ อยู่ญาติมาก, และรภัสศา แพรภักทรประสิทธิ์. (2563). ภาวะโภชนาการและความสัมพันธ์กับการเกิดแผลกดทับใหม่ในผู้ป่วยที่รับย้ายจากหอผู้ป่วย ในเข้ารับกษาต่อในหอผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 4(33), 161-171.
- สุชาดา นิลบรรพต, อัมพรพรรณ ชีราบุต, และปณิดา ลิ้มปะวัฒน์. (2562). ปัจจัยทำนายการเกิดแผลกดทับในผู้ป่วยวิกฤต. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 42(3), 1-10.
- Akbari Sari, A., Doshmanghir, L., Neghaban, Z., Ghiasipour, M., & Beheshtizavareh, Z. (2014). Rate of pressure ulcers in intensive units and general wards of Iranian hospitals and methods for their detection. *Iranian Journal of Public Health*, 43, 787–792.
- Alderden, J., Rondinelli, J., Pepper, G., Cummins, M., & Whitney, J. (2017). Risk factors for pressure injuries among critical care patients: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 71, 97–114. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.03.012>
- Alderden, J., Drake, K. P., Wilson, A., Dimas, J., Cummins, M. R., & Yap, T. L. (2021). Hospital acquired pressure injury prediction in surgical critical care patients. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 21(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s12911-020-01371-z>
- Coleman, S., Nixon, J., Keen, J., Wilson, L., McGinnis, E., Dealey, C., . . . Nelson, E. A. (2014). A new pressure ulcer conceptual framework. *Journal of Advance Nursing*, 70(10), 2222–2234. <https://doi.org/10.1111/jan.12405>
- Cox, J. (2011). Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. *American Journal of Critical Care*, 20(5), 364-375.
- Dorsey, I. E. (2021). *Evidence based repositioning strategies to improve pressure injury rates*. Master's Projects and Capstones. 1287. <https://repository.usfca.edu/capstone/1287>

- Grada, A., & Phillips, T. J. (2021). *Pressure injuries*. Retrieved from <https://www.msdmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/pressure-injury/pressure-injuries>
- Mervis, J. S., & Phillips, T. J. (2019). Pressure ulcers: Pathophysiology, epidemiology, risk factors, and presentation. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 81(4), 881–890. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.12.069>
- Schlesselman, J. J. (1982). *Case-control studies: Design, conduct, analysis*. New York: Oxford University Press.
- Ulker, E. E., & Yapucu, G. U. (2013). A prospective, descriptive study of risk factors related to pressure ulcer development among patients in intensive care units. *Ostomy/Wound Management*, 59(7), 22–27.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

มณฑิรา ชาญณรงค์, พย.ม.^{1*}

(วันที่ส่งบทความ: 5 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 18 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 22 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19, โควิด-19]) ทำให้มีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก โดยส่วนใหญ่ยังมีอาการหลงเหลืออยู่หลังจากที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว แต่ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการเหล่านี้ในประเทศไทย การวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการหลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 3 เดือน จำนวน 392 ราย ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามอาการหลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประเมินค่าความเที่ยงตรงรายข้อโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าอยู่ระหว่าง .60-1.0 และมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .99 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และ Odd Ratio (OR) ผลการศึกษาพบว่า อายุ อาชีพ โรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของอาการมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีอาการหลงเหลืออยู่หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย อายุระหว่าง 41-50 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี อาชีพงานบ้าน และการมีอาการแรกเริ่มในระดับเล็กน้อยและพบว่าอาการอาชีวะรับจ้างสามารถป้องกันการมีอาการหลงเหลืออยู่หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวางแผนฟื้นฟูสภาพหรือให้การรักษาได้อย่างทันท่วงที เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในระยะยาว

คำสำคัญ: อาการหลงเหลือ, ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ภายหลังจำหน่าย, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสีชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

* ผู้ประพันธ์บทความ: มณฑิรา ชาญณรงค์, อีเมล: montiramung@hotmail.com

Factors Relating to Post Discharge Persistence of Symptoms After Hospitalization Among Persons with Coronavirus Disease 2019

Montira Channarong, M.N.S.^{1*}

(Received: May 5th, 2022; Revised: June 18th, 2022; Accepted: June 22nd, 2022)

Abstract

The Coronavirus disease 2019 [COVID-19] pandemic caused a the large number of people to become infected with COVID-19, many of whom continue to have COVID symptoms long after they have been discharged from the hospital, referred to as “long-term COVID” or simply “long COVID”. However, there has not been a study of the factors related to long COVID in Thailand. This cross-sectional descriptive study aimed to study the factors that are related to and influence persisting symptoms of COVID in persons who were hospitalized with COVID-19 after being discharged from the hospital. Participants were 392 persons infected with COVID-19 who required hospitalization and had been discharged from the hospital for at least 3 months. They were systematically randomly recruited into the study. Data were collected using a questionnaire asking participants about the persistence of symptoms after having been discharged from the hospital after treatment for their COVID-19 infection. The questionnaire was developed by the researcher and validated by five experts who determined it had an item-objective congruence index between .60 and 1.0. Its reliability was calculated to be .99 calculated using Cronbach’s alpha coefficient. Data were analyzed using Chi-square tests and Odds Ratios (*OR*). The results revealed that age, occupation, preexisting medical conditions, and the severity of symptoms were statistically significantly ($p < .05$) related to long-term COVID symptoms. Factors statistically significantly influencing persisting symptoms after discharge from the hospital were being aged between 41 and 50 years old, being over 60 years of age, being a housewife, and having few symptoms. Being employed was a protecting factor against continuing post COVID symptoms. The results can be used to develop continuous care plan systems for patients after being discharged from hospitals and to plan for rehabilitation or urgent care to prevent long-term complications.

Keywords: long COVID, patients with COVID-19, post discharge, related factors

¹ Registered Nurse, Professional Level, Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat Province

* Corresponding author: Montira Channarong, E-mail: montiramung@hotmail.com

บทนำ

การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19, โควิด-19]) จัดเป็นโรคอุบัติใหม่ เกิดขึ้นเมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ส่งผลให้ทั่วโลกมีการติดเชื้อและแพร่ระบาดเป็นวงกว้าง มีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากกว่า 170 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตกว่า 3.5 ล้านคน (World Health Organization, 2021) โดยอาการของโรคนี้มีตั้งแต่ไม่มีอาการ อาการเหมือนไข้หวัด ไอ เจ็บคอ ลิ้นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น จนถึงอาการรุนแรงติดเชื้อในปอด ระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ซึ่งสามารถแบ่งระดับความรุนแรงของโรคได้เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย อาการปานกลาง และอาการรุนแรง ทั้งนี้แนวทางการรักษา ผู้ติดเชื้อโควิด-19 คือ จะต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลเป็นเวลา 10 วัน จึงจะสามารถจำหน่ายกลับบ้านได้ (กรมการแพทย์, 2565) หลังการติดเชื้ออาจเกิดภาวะหลังการติดเชื้อโควิด (Long COVID) เสียบบล้นได้ ซึ่งภาวะนี้แบ่งเป็น 2 กลุ่มตามระยะเวลาการดำเนินโรค ได้แก่ 1) กลุ่มอาการที่ดำเนินไปในผู้ติดเชื้อระหว่าง 4-12 สัปดาห์ หลังเริ่มมีอาการ และ 2) กลุ่มอาการหลังการติดเชื้อที่ยังคงอยู่หลังจาก 12 สัปดาห์ (National Institute for Health and Care Excellence, 2021) ผู้ที่มีการติดเชื้อโควิด-19 ทุกรายจึงควรได้รับการติดตามประเมินอาการหลงเหลือภายหลังรักษาหายจากบุคลากรสาธารณสุข

อาการหลงเหลือที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิตและเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อ อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจตื้น ๆ ไม่เต็มอิ่ม ปวดศีรษะ และปวดตามข้อ (Aiyegbusi et al., 2021; Michelen et al., 2021; Razai et al., 2021) ปวดกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บหน้าอก การได้กลิ่นบกพร่อง การรับรสบกพร่อง และถ่ายเหลว อาการอื่น ๆ ที่พบร่วมด้วย ได้แก่ ภาวะพร่องด้านการรับรู้ การสูญเสียความจำ วิดกกังวล และมีปัญหาด้านการนอนหลับ (Aiyegbusi et al., 2021) อาการเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ (Jacobs et al., 2020) ผู้ติดเชื้อไม่สามารถใช้ชีวิตคนเดียว ไม่สามารถทำงานคนเดียวได้ (Ziauddeen et al., 2022) และไม่สามารถทำกิจกรรมหรือทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติ (Townsend et al., 2021; Ziauddeen et al., 2022) หรือเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติประจำวันลดลง มีปัญหาสุขภาพจิต และอาจถูกออกจากงาน (Aiyegbusi et al., 2021) ทำให้สูญเสียรายได้ (Ziauddeen et al., 2022) อาการหลงเหลือจากการติดเชื้อโควิด-19 จึงเป็นอาการที่ทีมสหวิชาชีพควรให้ความสำคัญ และติดตามประเมินอาการอย่างต่อเนื่องหลังจากผู้ติดเชื้อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว เพื่อประเมินและป้องกันปัญหาดังกล่าว

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยง หรือปัจจัยทำนายอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด-19 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหลงเหลือของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้แก่ อายุที่เพิ่มขึ้น มากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี (Jones et al., 2021; Whitaker et al., 2022) เพศหญิง (Jones et al., 2021; Pela et al., 2022; Tleyjeh et al., 2021; Whitaker et al., 2022) อาชีพ (Hossain et al., 2021) ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]; Staffolani, Iencinella, Cimatti, & Tavio, 2022) ภาวะอ้วน (Vimercati et al., 2021; Whitaker et al., 2022) โรคของระบบทางเดินหายใจ (Vimercati et al., 2021) โรคความดันโลหิตสูง (Tleyjeh et al., 2021) ภาวะเปราะบาง (Frailty) การมาโรงพยาบาลด้วยอาการ

หอบเหนื่อยเฉียบพลัน และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Jones et al., 2021) และระดับความรุนแรงของอาการ/ของโรค (Kersten et al., 2022; Nune et al., 2021) นอกจากนี้ยังพบว่าการเพิ่มขึ้นของสารบ่งชี้การเกิดหลอดเลือดอุดตัน (D-dimer) และโปรตีนบ่งชี้การอักเสบของร่างกาย (C-reactive protein) การลดลงของจำนวนเม็ดเลือดขาว (Yong, 2021) จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดอาการหลงเหลือของผู้ติดเชื้อโควิด-19 มีทั้งปัจจัยด้านภูมิหลังส่วนบุคคล และปัจจัยที่เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ

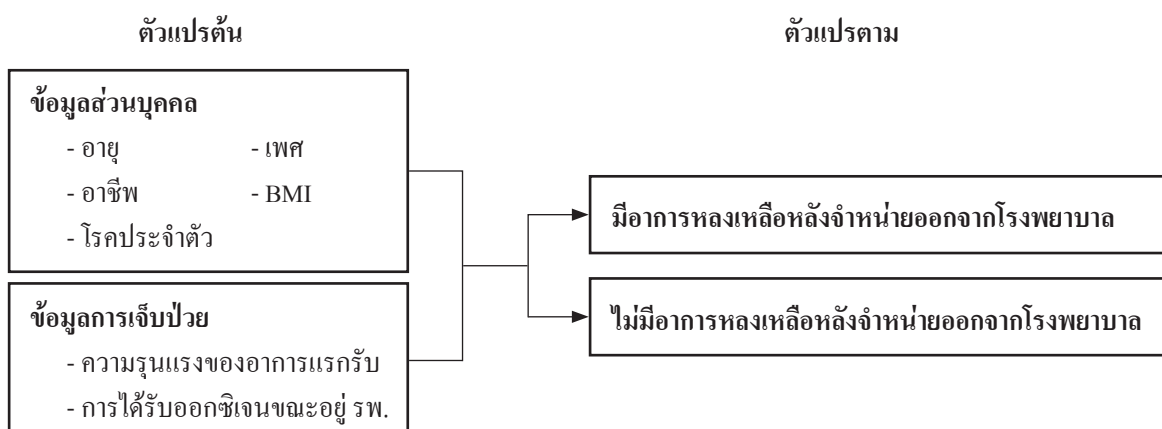
การศึกษาเกี่ยวกับอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยของต่างประเทศ ส่วนการศึกษาของประเทศไทยยังมีข้อมูลไม่เพียงพอ ดังนั้นมีความสำคัญในการศึกษาอาการหลงเหลือของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการหลงเหลือดังกล่าว ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ค่าดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ระดับความรุนแรงของอาการแรกเริ่ม การได้รับออกซิเจนขณะอยู่โรงพยาบาล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด-19 เมื่อต้องกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน ส่งผลให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดูแลผู้ติดเชื้อโควิด-19 จึงนับเป็นเรื่องท้าทายของระบบการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการหลงเหลือภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 โรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการหลงเหลือภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 โรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการป่วยเป็นโรคติดเชื้อโควิด-19 แม้จะหายป่วยและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปแล้ว แต่ยังมีอาการหลงเหลือ การศึกษาครั้งนี้มีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional Descriptive Research Design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้เป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ระหว่างเดือนพฤศจิกายน – เดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 1,972 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ส่วนหนึ่งของประชากรที่เป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประจำอำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุมากกว่า 18 ปี และพหุคูณรู้เรื่อง ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดเชื้อโควิด -19 ด้วยวิธี Real-time polymerase chain reaction (Real-time PCR) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนครบ 10 วัน และภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือน เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ หรือไม่สะดวกในการให้ข้อมูล อาการไม่คงที่ หรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคอื่น หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยโรคโควิด-19 และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

คัดเลือกผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าโดยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 392 คน โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง เพื่อการประมาณค่าของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก และทราบจำนวนประชากร (อรุณ จิรวัฒน์กุล, 2551) ดังนี้

$$\begin{aligned}\text{สูตรคำนวณตัวอย่าง } n &= \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{e^2N-1+Z^2_{\alpha/2}\sigma^2} \\ \text{แทนค่าในสูตร } n &= \frac{1972 \times (1.96)^2 \times 0.443^2}{0.0484^2 \times (1972-1) + 1.96^2 \times 0.443^2} \\ n &= 391.84\end{aligned}$$

ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ เท่ากับ 392 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เอกสารรับรองเลขที่ 004/2565 ลงวันที่ 20 มกราคม 2565 ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงหลักปฏิบัติพื้นฐานการทำวิจัยในมนุษย์ 3 ด้าน ได้แก่ การเคารพในสิทธิส่วนบุคคล หลักของผลประโยชน์ และหลักความยุติธรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ประกอบด้วย อายุ เพศ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง BMI และโรคประจำตัว โดยค่าดัชนีความถ่วงน้ำหนัก สามารถแบ่งได้เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ ($BMI < 18.5$) ระดับปกติ ($BMI = 18.6-22.9$) อ้วนระดับ 1 ($BMI = 23-24.9$) อ้วนระดับ 2 ($BMI = 25-29.9$) และอ้วนระดับ 3 ($BMI \geq 30$)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยจำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ระดับความรุนแรงของโรคและการได้รับออกซิเจนขณะอยู่โรงพยาบาล โดยระดับความรุนแรงของโรค แบ่งตามเกณฑ์ของกรมการแพทย์ (2565) เป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 (ไม่มีอาการ) ระดับที่ 2 (มีอาการเล็กน้อย) ระดับที่ 3 (มีอาการปานกลาง) และระดับที่ 4 (มีอาการรุนแรง)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย 2 คำถาม โดยคำถามที่ 1 ถามว่ามี หรือไม่มีอาการ หากมีอาการจะให้ตอบคำถามที่ 2 คือ มีอาการหลงเหลืออะไรบ้าง โดยมีคำตอบให้เลือก 16 อาการ โดยตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจถี่ หายใจไม่เต็มอิ่ม/เหนื่อยง่าย ใจสั่น/แน่นหน้าอก ไอเรื้อรัง มีเสมหะ สูญเสียการรับรส/การรับรสผิดปกติ สูญเสียการได้กลิ่น/การได้กลิ่นผิดปกติ ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อยตัว ปวดตามข้อ ท้องเสีย/ถ่ายเหลว ท้องอืด ปวดศีรษะ/มีนัยน์ตาบวม ไม่หลับ ความจำไม่ดี/ไม่มีสมาธิ/สับสนมึนงง ตาแดง รู้สึกเหมือนมีไข้ และอื่น ๆ โดยให้ระบุลงในช่องว่างที่กำหนดให้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence [IOC]) มากกว่า .5 ทุกข้อ และหาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการทดสอบใช้แบบสอบถามกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แล้ววิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .99 ซึ่งมีความมากกว่า .70 แสดงว่ามีความเที่ยงที่สามารถนำไปเก็บข้อมูลได้ (อรุณ จิรวรรณกุล, 2551)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. รับสมัครและเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูลโดยการสอบถามผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 4 คน โดยเป็นอาสาสมัครในทีมประสานงานผู้ติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการประสานงานกับผู้ติดเชื้อโควิด-19 เป็นเวลา 1 ปี ให้ความรู้เกี่ยวกับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงวิธีการเก็บข้อมูล และฝึกปฏิบัติการใช้แบบสอบถามจนสามารถเก็บข้อมูลการวิจัยจากผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ประสานงานเวชระเบียนผู้ป่วยเพื่อขอเข้าถึงข้อมูลผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยรหัส U072 ในระบบ Hosxp หลังจากนั้นนำมาสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ จนได้กลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด และนำข้อมูลที่ได้ออกไปค้นเวชระเบียนผู้ป่วย เพื่อบันทึกข้อมูลส่วนที่ 1 (ข้อมูลส่วนบุคคล) และส่วนที่ 2 (ข้อมูลการเจ็บป่วย) พร้อมบันทึกหมายเลขโทรศัพท์ในแบบสอบถาม

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนที่ 3 (อาการหลังเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19) โดยผู้ช่วยวิจัยโทรศัพท์ไปหาผู้ติดเชื้อในวันและเวลาราชการ แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ติดเชื้อเกิดความไว้วางใจ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคำนึงถึงความสะดวกในการให้ข้อมูลของผู้ติดเชื้อ ซึ่งอาจจะนัดเวลาเพื่อสอบถามอาการตามที่คุณติดเชื้อต้องการ และให้ความยินยอมเข้าร่วมวิจัยด้วยวาจาผ่านทางโทรศัพท์ โดยระบุหมายเลขโทรศัพท์ของผู้เข้าร่วมการวิจัย วันที่ และเวลาที่ให้ความยินยอมในแบบบันทึกข้อมูล

4. หากผู้ติดเชื้อโควิด-19 ไม่รับสาย หรือหมายเลขโทรศัพท์ไม่สามารถติดต่อได้ จะคัดเลือกผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายก่อนหน้า หรือหลังจากนั้น เพื่อให้ได้จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยครบตามจำนวนที่กำหนดแล้ว ดำเนินการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่สามารถค้นหาได้จากเวชระเบียนผู้ป่วยใน และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลอีกครั้ง ก่อนยุติการสนทนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ในการอธิบายลักษณะข้อมูล และใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลที่เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพกับอาการหลังเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 และใช้สถิติ Odd Ratio (OR) เพื่อหาอิทธิพลของตัวแปรย่อยในการทดสอบความสัมพันธ์กับอาการหลังเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

จากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 392 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65.3) อายุ 18-30 ปี (ร้อยละ 29.1) อาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 29.1) ค่า BMI ปกติ (ร้อยละ 36.2) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 61.2) ส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของอาการแรกเริ่ม อยู่ในระดับเล็กน้อย และไม่ได้รับออกซิเจนขณะอยู่โรงพยาบาล (ร้อยละ 98.0) ทุกคนได้รับการรักษาด้วยยา Favipiravir (ร้อยละ 100)

อาการหลังเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือน

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั้ง 392 คน แบ่งเป็น กลุ่มที่ไม่มีอาการหลังเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 214 คน (ร้อยละ 54.6) และกลุ่มที่มีอาการหลังเหลือจำนวน 178 คน (ร้อยละ 45.4) โดยพบอาการหลังเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือนใน 10 อันดับแรก ดังตารางที่ 1 อาการที่พบมากที่สุด คือ อาการอ่อนเพลีย (ร้อยละ 80.9)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือนของผู้ติดเชื้อโควิด-19

อาการหลงเหลือ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อ่อนเพลีย	144	80.9
2. เหนื่อยง่าย	100	56.2
3. ไอ/ไอแห้ง ๆ/ไอมีเสมหะ	60	33.7
4. ปวดศีรษะ	34	19.1
5. ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อยตามตัว	26	14.6
6. ความจำไม่ดี/ไม่มีสมาธิ/มีนงง	16	9.0
7. ใ้ดกลิ่นผิดปกติ	12	6.7
8. หายใจสั้น ๆ/หายใจไม่เต็มอิ่ม	8	4.5
9. ปวดตามข้อ	6	3.4
10. นอนไม่หลับ/เบื่อหน่าย/หงุดหงิดง่าย/วิตกกังวล	4	2.2

หมายเหตุ. $n = 178$

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19

ผลการศึกษาพบว่า อายุ อาชีพ โรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของอาการแรกเริ่ม มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้วย p -value เท่ากับ .006, < .001, .015 และ < .001 ตามลำดับ ส่วนตัวแปร เพศ BMI และการได้รับออกซิเจนขณะอยู่โรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ด้วย p -value มากกว่า .05 ทุกตัวแปร รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ของปัจจัยกับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	อาการหลงเหลือ		χ^2	df	p - value
		ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ				0.003	1	.521
ชาย	136 (34.7)	74 (54.40)	62 (45.60)			
หญิง	256 (65.3)	140 (54.70)	116 (45.30)			
อายุ (ปี)				14.60	4	.006*
18-30	144 (29.1)	76 (66.70)	38 (33.30)			
31-40	52 (13.3)	30 (57.70)	22 (42.30)			
41-50	64 (16.3)	30 (46.90)	34 (53.10)			
51-60	96 (24.5)	52 (54.20)	44 (45.80)			
มากกว่า 60 ปี	66 (16.8)	26 (39.40)	40 (60.60)			

ปัจจัย	จำนวน (ร้อยละ)	อาการหลงเหลือ		χ^2	df	p - value
		ไม่มี จำนวน (ร้อยละ)	มี จำนวน (ร้อยละ)			
อาชีพ				62.01	5	< .001*
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	74 (18.9)	38 (51.40)	36 (48.60)			
เกษตรกรรม	114 (29.1)	72 (63.20)	42 (36.80)			
รับจ้าง	82 (20.9)	56 (68.30)	26 (31.70)			
ข้าราชการ/พนักงาน-รัฐวิสาหกิจ	6 (1.5)	6 (100.00)	0 (0.00)			
งานบ้าน	86 (21.9)	18 (20.90)	68 (79.10)			
นักเรียน/นักศึกษา	30 (7.7)	24 (80.00)	6 (20.00)			
BMI				1.14	4	.888
ต่ำ	28 (7.1)	14 (50.00)	14 (50.00)			
ปกติ	142 (36.2)	74 (52.10)	68 (47.90)			
อ้วน 1	68 (17.3)	38 (55.90)	30 (44.10)			
อ้วน 2	114 (29.1)	66 (57.90)	48 (42.10)			
อ้วน 3	40 (10.2)	22 (55.00)	18 (45.00)			
โรคประจำตัว				5.23	1	.015*
ไม่มี	240 (61.2)	142 (59.20)	98 (40.80)			
มี	152 (38.8)	72 (47.40)	80 (52.60)			
การได้รับออกซิเจน				0.07	1	.533
ไม่ได้รับ	384 (98.0)	210 (54.70)	174 (45.30)			
ได้รับ	8 (2.0)	4 (50.00)	4 (50.00)			
ระดับความรุนแรงของอาการแรกเริ่ม				33.55	2	< .001*
ไม่มีอาการ	86 (21.9)	70 (81.40)	16 (18.60)			
อาการเล็กน้อย	290 (74.0)	134 (46.20)	156 (53.80)			
อาการปานกลาง	16 (4.1)	10 (62.50)	6 (37.50)			

หมายเหตุ. $n = 392$, Chi-square test: ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

เมื่อทำการทดสอบอิทธิพลของตัวแปรย่อยด้วยสถิติ Odds Ratio (OR) เพื่อหาอิทธิพลของตัวแปรที่มีต่ออาการหลงเหลือภายหลังออกจากโรงพยาบาล โดยควบคุมตัวแปรที่คาดว่าจะมีอิทธิพลร่วมทุกตัวแปร โดยให้เหลือเพียงตัวแปรที่ต้องการทดสอบ โดยนำเสนอด้วยค่า OR ที่ควบคุมตัวแปรตัวอื่น ๆ แล้ว (Adjusted OR) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

อายุ พบว่า ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอายุระหว่าง 41-50 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 2.33 เท่า ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอายุ 18-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ด้วย 95% CI [1.04, 5.21] และผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 4.77 เท่า ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอายุ 18-30 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ด้วย 95% CI [1.77, 12.87]

อาชีพ ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาชีพรับจ้าง สามารถป้องกันการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ด้วย 95% CI [0.21, 0.91] และผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาชีพงานบ้าน มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 4.15 เท่า ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ด้วย 95% CI [1.86, 9.28]

ระดับความรุนแรงของอาการแรกเริ่มในผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่มีอาการตัวเขียว มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็น 7.34 เท่า ของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่ไม่มีอาการแรกเริ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ด้วย 95% CI [3.55, 15.19]

ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ BMI โรคประจำตัว และการได้รับออกซิเจน ไม่มีอิทธิพลต่อการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์อิทธิพลของปัจจัยกับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of Adjusted OR		P - value
		lower	upper	
เพศ				
ชาย (ref)	1.00			
หญิง	0.61	0.36	1.03	0.063
อายุ (ปี)				
18-30 (ref)	1.00			
31-40	1.67	0.72	3.89	0.234
41-50	2.33	1.04	5.21*	0.040
51-60	1.93	0.93	3.99	0.078
มากกว่า 60 ปี	4.77	1.77	12.87*	0.002
อาชีพ				
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว (ref)	1.00			
เกษตรกร	0.69	0.33	1.44	0.324
รับจ้าง	0.44	0.21	0.91*	0.027
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	0.00	0.00	.	0.999
งานบ้าน	4.15	1.86	9.28*	0.001
นักเรียน/นักศึกษา	0.40	0.13	1.19	0.100

ปัจจัย	Adjusted OR	95% CI of Adjusted OR		P - value
		lower	upper	
BMI				
ต่ำ (<18.5) (ref)	1.00			
ปกติ (18.5-22.9)	1.12	0.43	2.95	0.816
อ้วน 1 (23-24.9)	0.86	0.30	2.51	0.785
อ้วน 2 (25-29.9)	0.72	0.26	2.00	0.532
อ้วน 3 (≥ 30)	0.88	0.28	2.78	0.825
โรคประจำตัว				
ไม่มี (ref)	1.00			
มี	0.86	0.48	1.53	0.611
การได้รับออกซิเจน				
ไม่ได้รับ (ref)	1.00			
ได้รับ	2.19	0.36	13.50	0.398
ระดับความรุนแรงของอาการแรกเริ่ม				
ไม่มีอาการ (ref)	1.00			
อาการเล็กน้อย	7.34	3.55	15.19*	< 0.001
อาการปานกลาง	3.05	0.78	11.92	0.108

หมายเหตุ. ref = reference group. Odd Ratio (OR): ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 95%CI

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 18-30 ปี อาชีพเกษตรกรรม มี BMI ปกติและไม่มีโรคประจำตัว ส่วนใหญ่มีอาการเล็กน้อยและไม่ได้รับออกซิเจนขณะอยู่โรงพยาบาล เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดในครั้งนี้กระจายเป็นวงกว้างไปทุกเพศทุกวัย แต่ในเขตพื้นที่อำเภอแห่งหนึ่งในจังหวัดนครศรีธรรมราชพบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมีการศึกษาที่พบว่าอัตราการติดเชื้อโควิด-19 จะพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Health Data Center, 2565) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Mohamed, Moulin, and Schioth (2021) ที่พบว่า การติดเชื้อโควิด-19 พบได้ในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง เนื่องจากฮอร์โมนแอนโดรเจนที่มีมากในผู้ชายจะเป็นตัวจับกับรีเซพเตอร์ (Receptor) ซึ่งเป็นโปรตีนในตัวไวรัส (Transmembrane protease serine 2 [TMPRSS2]) จึงทำให้พบอัตราการป่วยและอัตราการตายในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง ส่วนอายุที่พบมากที่สุดในการศึกษานี้ คือ อายุ 18-30 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่อยู่ในช่วงการชอบสังสรรค์และท่องเที่ยวไปตามสถานที่ท่องเที่ยวต่างๆ อันเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อขึ้น ซึ่งวัยนี้เป็นช่วงอายุที่มีขบวนการเผาผลาญเมตาบอลิซึมต่างๆ ในร่างกายที่ดี จึงทำให้ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ส่วนใหญ่มี BMI ปกติ และไม่มีโรคประจำตัว

การศึกษาอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการหลงเหลือ (ร้อยละ 54.6) และมีอาการหลงเหลือหลังจำหน่าย (ร้อยละ 45.4) สอดคล้องกับการศึกษาอุบัติการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการเกิดอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 2,649 คน พบว่า มีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 47.1 (Munblit et al., 2021) โดยอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 10 อันดับแรก ได้แก่ 1) อ่อนเพลีย 2) เหนื่อยง่าย 3) ไอ/ไอแห้ง ๆ/ไอมีเสมหะ 4) ปวดศีรษะ 5) ปวดกล้ามเนื้อ/ปวดเมื่อยตามตัว 6) ความจำไม่ดี/ไม่มีสมาธิ/มึนงง 7) การได้กลิ่นผิดปกติ 8) หายใจตื้น ๆ/หายใจไม่เต็มอิ่ม 9) ปวดตามข้อ และ 10) นอนไม่หลับ/เบื่อหน่ายหุดหิงง่าย/วิตกกังวลกว่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษาอื่น ๆ ที่พบว่าอาการหลงเหลือที่พบบ่อย ได้แก่ อ่อนเพลีย และหายใจตื้น ๆ/หายใจไม่เต็มอิ่ม ปวดศีรษะ ปวดตามข้อ และภาวะพร่องการรับรู้ (Aiyegbusi et al., 2021; Michelen et al., 2021; Razai et al., 2021) ปวดกล้ามเนื้อ ไอ เจ็บหน้าอก การได้กลิ่น/การรับรสบกพร่อง (Aiyegbusi et al., 2021) จะเห็นได้ว่าหลังจากผู้ติดเชื้อโควิด-19 ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เกือบครึ่งหนึ่งยังคงมีอาการหลงเหลือ โดยที่พบบ่อยที่สุด คือ อาการอ่อนเพลีย

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า อายุ อาชีพ และระดับความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Whitaker et al. (2022) ซึ่งพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือของโรคติดเชื้อโควิด-19 และการศึกษาของ Jones et al. (2021) พบว่าอายุที่มากกว่าหรือเท่ากับ 40 ปีมาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อยเฉียบพลัน มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

จากผลการศึกษาที่พบว่าอาชีพงานบ้านเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hossain et al. (2021) ซึ่งพบว่าอาชีพแม่บ้าน มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังรักษาหาย อธิบายได้ว่า แม่บ้านส่วนใหญ่ได้ทำงานเบา ๆ โอกาสการได้ออกกำลังกายจึงมีน้อย เมื่อติดเชื้อโควิด-19 จึงทำให้ร่างกายอยู่ในภาวะที่อ่อนแอได้ ส่วนอาชีพรับจ้าง สามารถป้องกันการมีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้นั้น ส่วนอาชีพรับจ้างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ซึ่งการประกอบอาชีพรับจ้าง เป็นการทำงานที่ต้องใช้แรงเป็นการออกกำลังกายไปด้วย ทำให้มีสภาพร่างกายที่แข็งแรง เมื่อติดเชื้อโควิด-19 จึงไม่มีอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ระดับความรุนแรงของอาการ มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 จากการศึกษาของ Kersten et al. (2022) พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 เดือน และการศึกษาของ Nune et al. (2021) ซึ่งพบว่าอาการที่รุนแรงขึ้นจะเป็นตัวทำนายการเกิดอาการหลงเหลือ

เช่นเดียวกัน ทั้งนี้ระดับความรุนแรงของอาการแรกเริ่ม ซึ่งพบได้ตั้งแต่ ไม่มีอาการ อาการเล็กน้อย อาการปานกลาง และอาการรุนแรงขึ้นกับพยาธิสภาพของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงมากขึ้น ส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ดังนั้นระดับความรุนแรงของอาการจึงส่งผลให้เกิดอาการหลงเหลือภายหลังรักษาหายตามมา

สรุปและข้อเสนอแนะ

อาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 พบได้หลายอาการ ประกอบด้วย อาการอ่อนเพลียเหนื่อยง่าย ไอ ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ การสับสน มึนงง และอาการอื่น ๆ โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย อายุ อาชีพ โรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของอาการแรกเริ่ม โดยมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่ออาการหลงเหลือภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย อายุระหว่าง 41-50 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี ประกอบอาชีพรับจ้างและงานบ้าน และมีอาการระดับเล็กน้อยเมื่อแรกเริ่ม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สามารถนำผลการวิจัยที่ได้ไปวางระบบ หรือพัฒนาระบบการติดตามอาการ/การดูแลต่อเนื่อง ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 เพื่อประเมินความรุนแรงของอาการหลงเหลือที่เกิดขึ้น และวางแผนฟื้นฟูสภาพหรือให้การรักษาได้อย่างทันที่ นอกจากนี้ยังสามารถนำความรู้ที่ได้ไปสอนนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น การได้รับวัคซีน ชนิดและปริมาณของการได้รับยาต้านไวรัส เป็นต้น
2. ควรมีการวิจัยติดตามอาการผู้ติดเชื้อโควิด-19 ในระยะยาวเกี่ยวกับอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และวิเคราะห์อาการในระยะเวลาที่แตกต่างกัน
3. ควรมีการศึกษาอาการหลงเหลือหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มวัยรุ่น และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์. (2565). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 22 เมษายน พ.ศ. 2565*. สืบค้นจาก [https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Bandner_\(Big\)/Attach/25650422162121PM_CPG_COVID-19_n_v.22_20220422.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Bandner_(Big)/Attach/25650422162121PM_CPG_COVID-19_n_v.22_20220422.pdf) (dms.go.th)
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2551). *ชีวิตที่ดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา.
- Aiyegbusi, O. L., Hughes, S. E., Turner, G., Rivera, S. C., McMullan, C., Chandan, J. S., . . . Calvert, M. J. (2021). Symptoms, complication and management of long COVID: A review. *Journal of Royal Society of Medicine*, 114(9), 428-442. doi: 10.1177/01410768211032850
- Health Data Center. (2565). *กลุ่มรายงานมาตรฐาน: ประชากรจำแนกเพศกลุ่มอายุรายปี*. สืบค้นจาก <https://nrt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- Hossain, M. A., Hossain, K. M., Saunders, K., Uddin, Z., Walton, L. M., Raigangar, V., . . . Jahid, I. K. (2021). Prevalence of long covid symptoms in Bangladesh: A prospective inception cohort study of covid-19 survivors. *BMJ Global Health*, 6, e006838. doi: 10.1136/bmjgh-2021-006838
- Jacobs, L. G., Gourn, P. E., Lesky-Di, B. D., Nyirenda, T., Friedman, T., Gupta, A., . . . Aschner, J.L. (2020). Persistence of symptoms and quality of life at 35 days after hospitalization for COVID-19 infection. *PLoS One*, 15(12), e0243882. doi: 10.1371/journal.pone.0243882
- Jones, R., Davis, A., Stanley, B., Julious, S., Ryan, D., Jackson, D. J., . . . Price, D. (2021). Risk predictors and symptom features of long COVID within a broad primary care patient population including both tested and untested patients. *Pragmatic Observation Research*, 12, 93-104. doi: 10.2147/POR.S316186
- Kersten, J., Woft, A., Hoyo, L., Hull, E., Taduc, M., Andreb, S., . . . Bucket, D. (2022). Symptom burden correlates to impairment of diffusion capacity and exercise intolerance in long COVID patients. *Scientific Report*, 12(1), 8801. doi: 10.1038/s41598-022-12839-5
- Michelen, M., Manoharan, L., Elkheir, N., Cheng, V., Dagens, A., Hastie, C., . . . Stavropoulou, C. (2021). Characterizing long Covid: A living systemic review. *British Medical Journal Global Health*, 6(9), e005427. doi: 10.1136/bmjgh-2021-005427
- Mohamed, M. S., Moulin, T. C., & Schioth, H. B. (2021). Sex differences in COVID-19: The role of androgens in disease severity and progression. *Endocrine*, 71(1), 3-8. doi: 10.1007/s12020-020-02536-6

- Munblit, D., Bobkova, P., Spiridonova, E., Shikhaleva, A., Gamirova, A., Blyuss, O., . . . Butnaru, D. (2021). Incidence and risk factors for persistent symptoms in adults previously hospitalized for COVID-19. *Clinical and Experimental Allergy*, 51(9), 1107-1120. doi: 10.1111/cea.13997
- National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Rapid guideline: Managing the long-term effect of Covid-19*. สืบค้นจาก <http://www.nice.org.uk/guidance/ng188>
- Nune, A., Durkowski, V., Titman, A., Gupta, L., Hadzhiivanov, M., Ahmed, A., . . . Sapkota, H. R. (2021). Incidence and risk factors of long COVID in the UK: A single-centre observation study. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 51(4), 338-343. doi: 10.4997/JRCPE.2021.405
- Pelà, G., Goldoni, M., Solinas, E., Cavalli, C., Tagliaferri, S., Ranzieri, S., . . . Chetta, A. J. (2022). Sex-related differences in long-COVID-19 syndrome. *Womens Health (Larchmt)*, 31(5), 620-630. doi: 10.1089/jwh.2021.0411
- Razai, M. S., Al-Bedaery, R., Anand, L., Fitch, K., Okechukwu, H., Saraki, T. M., & Oakeshott, P. (2021). Patients' experiences of "Long covid" in the community and recommendations for improving services: A quality improvement survey. *Journal of Primary Care & Community Health*, 12, doi: 10.1177/21501327211041846
- Staffolani, S., Iencinella, V., Cimatti, M., & Tavio, M. (2022). Long COVID-19 syndrome as a fourth phase of SARS-CoV-2 infection. *Le Infezioni in Medicina*, 30(1), 22-29. doi: 10.53854/liim-3001-3
- Tleyjeh, I. M., Saddik, B., AlSwaidan, N., AlAnazi, A., Ramakrishnan, R. K., Alhazmi, D., . . . Halwani, R. (2021). Prevalence and predictors of post-acute COVID-19 syndrome (PACS) after hospital discharge: A cohort study with 4 months median follow-up. *PLoS One*, 16(12), e0260568. doi: 10.1371/journal.pone.0260568
- Townsend, L., Dowds, L., O'Brien, K., Sheill, G., Dyer, A. H., O'Kelly, B., . . . Bannan, C. (2021). Persistent poor health after COVID-19 is not association with respiratory complications or initial disease severity. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(6), 997-1003. doi: 10.1513/AnnalsATS.202009-1175OC
- Vimercati, L., Maria, L. D., Quarato, M., Caputi, A., Gesualdo, L., Migliore, G., . . . Tafuri, S. (2021). Association between long COVID and overweight/obesity. *Journal of Clinical Medicine*, 10, 4143. doi: 10.3390/jcm10184143
- World Health Organization. (2021). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. สืบค้นจาก <https://covid19.who.int/data>

- Whitaker, M., Elliott, J., Chadeau-Hyam, M., Riley, S., Darzi, A., & Cook, G. (2022). Persistent COVID-19 symptoms in a community study of 606,434 people in England. *Nature Communication*, 13(1), 1957. doi: 10.1038/s41467-022-29521-z
- Yong, S. J. (2021). Long COVID or post-COVID-19 syndrome: Putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infection Disease*, 53(10), 737-754. doi: 10.1080/23744235.2021.1924397
- Ziauddeen, N., Gurdasani, D., O'Hara, M. E., Hastie, C., Roderick, P., You, G., & Alwan, N. A. (2022). Characteristics and impact of Long Covid finding from an online survey. *Plos One*, 17(3), e0264331. PMID: 34308300

ความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เพชร ทองเฝ้า, พย.ม.^{1*}

ดารافر รักหน้าที่, ส.ม.¹

กาญจนา ปัญญาธร, พย.ม.²

วัลภา ศรีบุญพิมพ์สวย, ประ.ด.¹

(วันที่ส่งบทความ: 28 เมษายน 2565; วันที่แก้ไข: 11 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 12 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะประสบความสำเร็จหากได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ชุมชน รวมถึงบุคลากรทีมสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทดูแลสุขภาพของคนในชุมชนรวมถึงการดูแลมารดาหลังคลอด การวิจัยเชิงบรรยายแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและหาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ กลุ่มตัวอย่างคือ อสม. จำนวน 288 คนในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด คือ แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามทักษะ และการมีส่วนร่วม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน เท่ากับ .69 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า อสม. มีความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.86) มีทักษะระดับมาก ($M = 4.12$, $SD = 0.57$) ซึ่งแสดงถึงการมีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นด้านบวก และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระดับมาก ($M = 3.82$, $SD = 0.74$) และพบว่าความรู้กับทัศนคติมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r(286) = .47$, $p < .01$) แต่ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะแสดงว่าทั้งสองตัวแปรมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเพิ่มทัศนคติทางบวกแก่ อสม. จนสามารถประเมิน ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และการส่งต่อเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้, ทักษะ, การมีส่วนร่วม, การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่, อาสาสมัครสาธารณสุข

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

* ผู้ประพันธ์บทความ: เพชร ทองเฝ้า, อีเมล: pettong2012@gmail.com

Knowledge, Attitudes and Participation in Breastfeeding Promotion of Village Health Volunteers

Petchara Thongphao, M.N.S.^{1}*

Darapron Ruknatee, M.P.H.¹

Kanchana Panyathorn, M.N.S.²

Wanlapa Sriboonpimsuay, Ph.D.¹

(Received: April 28th, 2022; Revised: June 11th, 2022; Accepted: June 12th, 2022)

Abstract

Exclusive breastfeeding can be sustainably practiced when postpartum mothers are well supported by their family members and communities, as well as health providers and Village Health Volunteers (VHVs), who play roles in providing basic health care for community members, including postpartum mothers. This descriptive correlational research was aimed at studying the knowledge, attitudes, and participation of VHVs regarding promoting breastfeeding and their correlations. The sample consisted of 288 VHVs practicing in the Muang district of Udon Thani Province, Thailand who were recruited using stratified random sampling. Data were collected using three questionnaires related to their knowledge about, attitudes toward, and participation in promoting breastfeeding. The questionnaires met reliability standards having a KR20 = .69 and Cronbach's alpha coefficient = .81 and .93, respectively. Collected data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlations. The results revealed that VHVs had a moderate level of knowledge (72.86%) and a high level of attitude ($M = 4.12$, $SD = 0.57$) which was a more positive attitude towards breastfeeding. They also participated in promoting breastfeeding at a high level ($M = 3.82$, $SD = 0.74$). There was a statistically significant positive correlation between knowledge and attitude, $r(286) = .47$, $p < .01$, but there were not enough data to support that either of the variables were correlated with the promotion of breastfeeding. The results of this research can be utilized for planning educational materials and programs about breastfeeding to increase the positive attitudes of VHVs and improve their ability to assess, provide counseling, help, and refer breastfeeding postpartum mothers.

Keywords: knowledge, attitudes, participation, breastfeeding, village health volunteers

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Udon Thani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Lecture, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udon Thani Campus

* Corresponding author: Petchara Thongphao, E-mail: pettong2012@gmail.com

บทนำ

น้ำนมแม่เป็นอาหารธรรมชาติที่มีสารอาหารครบถ้วนและเหมาะสมกับความต้องการทางโภชนาการของทารก กองทุนฉุกเฉินเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (องค์การยูนิเซฟแห่งประเทศไทย) ได้กำหนดนโยบายด้านโภชนาการของทารกคือให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรกเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลทารกทั้งนี้องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO]) ตั้งเป้าหมายให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรกอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปี พ.ศ. 2568 (WHO, 2014) และให้ได้ในอัตราอย่างน้อยร้อยละ 70 ภายในปี พ.ศ. 2573 ขณะที่ปัจจุบันอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในช่วง 6 เดือนแรกทั่วโลกมีเพียงร้อยละ 44 เท่านั้น (United Nations Children's Fund [UNICEF], 2021) ปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยพบว่าอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลงหลังมารดาจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 4 สัปดาห์ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) และข้อมูลอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนในเขตบริการสุขภาพที่ 8 มีเพียงร้อยละ 36.96 (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) แม้จะเป็นที่ยอมรับว่าน้ำนมแม่เป็นสารอาหารที่ปลอดภัยและทำให้ทารกสุขภาพดี แต่การส่งเสริมให้ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียวน้อย 6 เดือนแรกเกิด ยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ช่วงเวลาระยะ 1-2 สัปดาห์หลังคลอดเป็นระยะวิกฤตของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ถ้ามารดาได้รับการช่วยเหลือจะสร้างความมั่นใจให้แก่มารดาและครอบครัว ทำให้การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จ มารดาจึงควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทั้งที่บ้านและในชุมชน ดังการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการสนับสนุนและส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ประสบความสำเร็จในชุมชน ได้แก่ แก่สามี ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรสาธารณสุข (ขนิษฐา เมฆกมล, 2561) การสนับสนุนโดยพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่หลังคลอดมีส่วนอย่างมากต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และการให้นมแม่อย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (สุริย์พร กฤษเจริญ, โสเพ็ญ ชูนวน, ศศิกานต์ กาละ, วราภรณ์ ชัชเวช, และกัญญณี พลอินทร, 2560) การเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เคยมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก่อนจะทำให้มารดาหลังคลอดเกิดความเชื่อถือเชื่อมั่นและปฏิบัติตามคำแนะนำเนื่องจากมีความเข้าใจในปัญหา สามารถพูดคุยอธิบายเข้าใจมากกว่าเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ที่ไม่มีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ขนิษฐา เมฆกมล, 2561) ในปัจจุบันพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีภาระงานหลายด้านทำให้การปฏิบัติงานด้านการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือนไม่สามารถทำได้สมบูรณ์โดยลำพัง กลุ่ม อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับครอบครัวภายในชุมชนจึงเป็นกำลังคนทางเลือกที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลมารดาและทารกหลังคลอดได้

อสม. เป็นผู้ขับเคลื่อนงานด้านการสาธารณสุขภาคประชาชน บทบาทของอสม. ด้านอนามัยแม่และเด็กได้แก่ ดำเนินงานเชิงตั้งครรภ์ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อให้คำแนะนำในการฝากครรภ์ การเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงและการดูแลหญิงหลังคลอดด้วยการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2557) จากการศึกษาระดับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็ก

ของ อสม. พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กอยู่ในระดับปานกลาง (จิตรานันท์ กุลทนต์, โสเพ็ญ ชูवल, สรณ สุวรรณเรืองศรี, และธารินันท์ ลีลาทิวานนท์, 2565) ส่วนการศึกษาการมีส่วนร่วมในด้านการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดีทุกข้อ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว อยู่ในระดับดีเช่นกัน (ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, และอัจฉรา คำมะทิตย์, 2559) ด้านการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีไทยของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์นี้อยู่ระดับมาก (กฤษฎา พิมพ์ไชย และไชยา ยัมวิไล, 2564) ผลการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับดีหรือระดับมาก ขณะที่การมีส่วนร่วมด้านการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กยังมีบางการศึกษาที่พบว่าอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

จากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็ก การพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพ และการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ แต่ยังไม่พบการศึกษาและยังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในฐานะสมาชิกของชุมชนที่เข้ามามีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือน จึงขาดข้อมูลนำเข้าสู่การส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในประเด็นนี้ การศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จะทำให้ได้องค์ความรู้ไปพัฒนาและสนับสนุน อสม. ให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่แรกเกิดถึง 6 เดือนมากขึ้น ซึ่งช่วยสนับสนุนให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

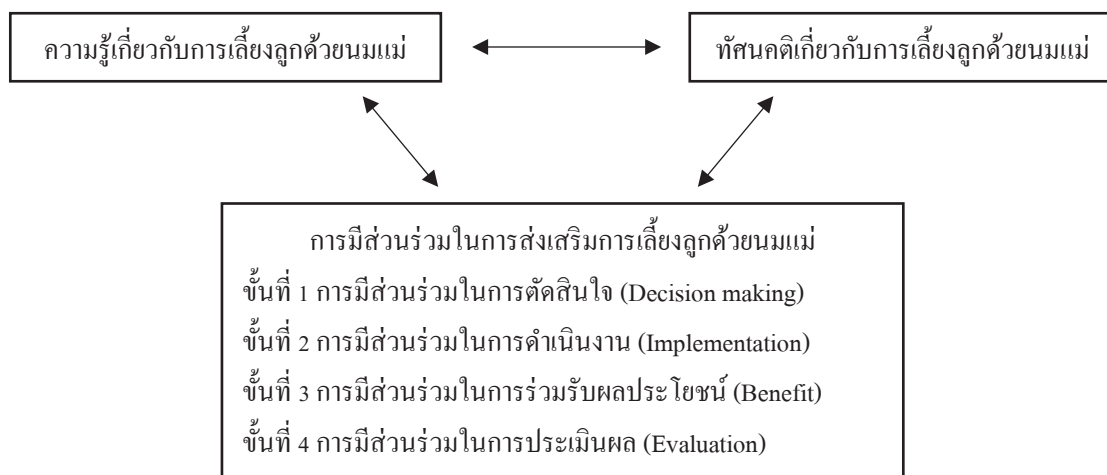
คำถามการวิจัย

1. ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นอย่างไร
2. ความรู้ ทักษะ การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสัมพันธ์กันอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) ได้อธิบายขั้นตอนของการมีส่วนร่วมดังนี้ ขั้นที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision making) คือ การร่วมให้ข้อมูลปัญหาและความต้องการของมารดาหลังคลอด ร่วมวางแผน กำหนด วัน เวลา นัดหมายการเยี่ยมมารดาหลังคลอด ขั้นที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) คือ การร่วมเยี่ยม การดูแลสุขภาพมารดาและทารก หลังคลอด กระตุ้นเตือน ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจ ส่งเสริม สร้างกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน แจกกระจายข้อมูล

ข่าวสาร ขั้นที่ 3 การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์ (Benefit) คือ การได้รับความรู้ การยอมรับนับถือ ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจ และความพึงพอใจจากการทำงาน ขั้นที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) คือ การร่วมสรุปรายงานการเยี่ยมบ้าน ติดตาม นำเสนอ หาแนวทางแก้ไขปัญหาและอุปสรรคจากการทบทวนวรรณกรรมปัจจัยที่อาจทำให้การมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้นหรือลดลง ได้แก่ ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ซึ่งคาดว่าจะการมีความรู้และทัศนคติที่ดีจะทำให้ อสม. มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวก่อนแรกของการมาดูแลหลังคลอดในชุมชน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อสม. ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 959 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่างด้วยอำนาจการทดสอบ (Power of test) คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power 3.1 เนื่องจากการศึกษาเฉพาะกลุ่ม อสม. จึงกำหนดขนาดของผล (Effect size) ระดับต่ำ คือ เท่ากับ .15 (Cohen, 1992) กำหนดค่าอำนาจทดสอบเท่ากับ .80 ที่ระดับนัยสำคัญ (Level of significance) เท่ากับ .05 (วนิดา พงษ์ศักดิ์ชาติ, 2563) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 273 คน ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 300 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มี 21 ตำบล เลือกกลุ่มตัวอย่างจาก อสม. ของแต่ละตำบลตามสัดส่วน 3 ต่อ 1 คน แล้วสุ่มอย่างง่าย

ตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็น อสม. ที่ปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมในการวิจัย แต่เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ต้องเว้นระยะห่างและจำกัดการเข้าถึงบ้านของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้ได้รับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 288 คน ซึ่งยอมรับได้ เนื่องจากมีจำนวนมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรธานี IRB BCNU 0411/023/2563 การเข้าร่วมงานวิจัยขึ้นกับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลของการยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัย การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การอภิปรายผลจะแสดงเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พัฒนาโดยผู้วิจัยมีจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย สถานที่ปฏิบัติงาน อายุ สถานภาพสมรส จำนวนมารดาและทารกหลังคลอดที่อยู่ในความดูแลของ รพ.สต. ระยะเวลาการปฏิบัติหน้าที่อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ ประสิทธิภาพการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประสิทธิภาพการเข้ารับการอบรมเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการดูแลมารดาหลังคลอด

ชุดที่ 2 แบบทดสอบความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 6 ข้อ ด้านวิธีการให้นมแม่ 9 ข้อ และด้านปัญหาที่พบบ่อย 5 ข้อ คัดแปลงจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ ลักษณะ ไชยนอก (2558) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลมารดาหลังคลอด จำนวน 5 ท่าน และมีความเชื่อมั่น .75 ผู้วิจัยนำมาปรับการถามให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะการตอบเป็นปรนัยชนิด 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ โดยคำถามที่เป็นข้อถูกมีจำนวน 15 ข้อ และคำถามที่เป็นข้อผิดมีจำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบคำถามถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน การแปลผลทำได้โดยนำคะแนนเทียบเป็นค่าเฉลี่ยร้อยละ แล้วแบ่งเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ บลูม (Bloom, 1971) ดังนี้ ระดับดี (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 80 – 100) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยร้อยละ 60 – 79.99) และระดับน้อย (คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 60)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จำนวน 18 ข้อ เป็นการประเมินความรู้สึกและความคิดเชิงบวกหรือเชิงลบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ คัดแปลงจากแบบวัดเจตคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ ลักษณะ ไชยนอก (2558) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญการดูแลมารดาหลังคลอด จำนวน 5 ท่าน และมีความเชื่อมั่น .68 ผู้วิจัยนำมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก 12 ข้อ และเชิงลบ 6 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) เกณฑ์การให้คะแนน

คำถามเชิงบวก คือ หากตอบ *เห็นด้วยน้อยที่สุด* ได้ 1 คะแนน ส่วน *เห็นด้วยมากที่สุด* ได้ 5 คะแนน ส่วนคำถามเชิงลบจะให้คะแนนตรงกันข้ามกับคำถามเชิงบวก คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 18 – 90 คะแนน คะแนนที่มาก หมายถึง มีทัศนคติต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไปในทิศทางบวก หรือมีความพึงพอใจมากกว่าคะแนนที่น้อย

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ อสม. ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตามแนวคิดของ Cohen and Uphoff (1981) มีจำนวน 35 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้านคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ จำนวน 7 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินการ จำนวน 13 ข้อ ด้านการมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ จำนวน 7 ข้อ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 8 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (*ไม่มีส่วนร่วม*) ถึง 5 (*มีส่วนร่วมมากที่สุด*) เกณฑ์การให้คะแนน หากตอบ *ไม่มีส่วนร่วม* ได้ 1 คะแนน ส่วน *มีส่วนร่วมมากที่สุด* ได้ 5 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 35 - 175 คะแนน คะแนนที่มาก หมายถึง มีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มาก

แบบสอบถามชุดที่ 3 และ 4 แปลผลคะแนนโดยนำคะแนนมาหาค่าเฉลี่ยแล้วแปลผลเพื่อจัดระดับตามเกณฑ์ของ เดิมศักดิ์ สุขวินุลย์ (2552) ดังนี้ มากที่สุด ($M = 4.51 - 5.00$ คะแนน) มาก ($M = 3.51 - 4.50$ คะแนน) ปานกลาง ($M = 2.51 - 3.50$ คะแนน) น้อย ($M = 2.50 - 1.51$ คะแนน) และน้อยที่สุด ($M = 1.00 - 1.50$ คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้ง 4 ชุด ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลมารดาและทารก ที่สอนและนิเทศงานด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลอนามัยชุมชน ที่สอนและนิเทศงานใน รพ.สต. 2 ท่าน เมื่อปรับปรุงตามคำแนะนำ ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เขตอำเภอเมือง จำนวน 30 ราย ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ได้ค่าความเชื่อมั่นตามสูตรของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (KR20) เท่ากับ .69 ส่วนแบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ อสม. ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .81 และ .93 ตามลำดับ ทั้งนี้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปไม่ได้วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุรธานีแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือถึงผู้อำนวยการสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมือง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วดำเนินการดังนี้

1. เข้าพบผู้อำนวยการ รพ.สต. ของแต่ละตำบลเพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียน อสม. ของ รพ.สต. โดยพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้า และจำนวนที่กำหนดไว้

2. ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ที่ รพ. สต. ในวันประชุมประจำเดือนของ อสม. หรือในวันที่ อสม. ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์มาปฏิบัติงานใน รพ.สต. โดยแจ้งให้ อสม. ทราบถึงข้อมูลของโครงการวิจัยตามเอกสารชี้แจง เน้นให้ทราบว่า อสม. มีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย และให้ลงนามยินยอมตามความสมัครใจ

3. แจกแบบสอบถามทั้ง 4 ชุดให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายคำชี้แจง และคอยช่วยเหลือหากผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการ เช่น ช่วยอ่านคำถาม เป็นต้น ใช้เวลาทำแบบสอบถามชุดละ 15-30 นาทีเสร็จแล้วตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน และนำข้อมูลที่ได้ผ่านการตรวจสอบแล้วไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) โดยตรวจสอบพบว่าข้อมูลดังกล่าวมีการแจกแจงปกติ (ชนินันท์ พุกฤษ์ประมุล, นฤจิกา เจริญตะคุ, และสิวโชติ ศรีสุทธยากร, 2563) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 288 คน มีอายุเฉลี่ย 57.69 ปี ($SD = 8.90$) ส่วนมากมีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 68.7) มีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.4) เฉลี่ย 24.39 ปี ($SD = 10.13$) จำนวนหลังคาเรือนที่อยู่ในความรับผิดชอบเฉลี่ย 14.41 หลังคาเรือน ($SD = 5.70$) มีประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ร้อยละ 86.5) ซึ่งในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เคยเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ร้อยละ 77.4) รองลงมาเคยดูแลมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ร้อยละ 13.2) เคยอบรมความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ร้อยละ 7.3) และเคยให้คำปรึกษาเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (ร้อยละ 2.1) ตามลำดับ

ความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 72.86) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อสม. มีความรู้ด้านประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด ส่วนด้านปัญหาที่พบบ่อย อสม. มีความรู้ที่น้อยที่สุด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยร้อยละและการแปลผลคะแนนความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ อสม.

ตัวแปร	คะแนนเฉลี่ยร้อยละ	แปลผล
ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	72.86	ระดับปานกลาง
ประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	81.93	ระดับดี
วิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	72.90	ระดับปานกลาง
ปัญหาที่พบบ่อย	61.89	ระดับปานกลาง

การศึกษานี้พบว่า อสม. มีทัศนคติที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับมาก ($M=4.12, SD=.57$; $M=3.82, SD=.74$ ตามลำดับ) และเมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นรายด้านพบว่า อสม. มีส่วนร่วมในด้านการร่วมรับผลประโยชน์มากที่สุด ส่วนด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจมีส่วนร่วมน้อยที่สุด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลทัศนคติและการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตัวแปร	M	SD	แปลผล
ทัศนคติที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	4.12	.57	ระดับมาก
การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	3.82	.74	ระดับมาก
การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.69	.99	ระดับมาก
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	3.78	.95	ระดับมาก
การมีส่วนร่วมในการร่วมรับผลประโยชน์	4.05	.81	ระดับมาก
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	3.79	.74	ระดับมาก

ความสัมพันธ์ของความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ผลการศึกษาพบว่า ความรู้กับทัศนคติเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของ อสม. มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r(286) = .47, p < .01$) ทั้งนี้ไม่มีหลักฐานที่เพียงพอในระดับที่จะสรุปได้ว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ตัวแปรที่ศึกษา	ความรู้	ทักษะ	การมีส่วนร่วม
ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	1.00		
ทักษะที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.472*	1.00	
การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่	.031	.039	1.00

หมายเหตุ $n = 288$, $*p < .01$, two – tailed

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกของ อสม. อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 57 ปี ทำให้มีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ถึงแม้จะมีประสบการณ์ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จำนวนมากถึงร้อยละ 80.6 แต่องค์ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การเปลี่ยนแปลงไปตามการศึกษา และการวิจัยที่ทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความรู้ใหม่แตกต่างจากแนวที่ปฏิบัติสืบกันมา ถึงแม้การปฏิบัติหน้าที่เป็น อสม. มาเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 52.4) ทำให้มีโอกาสดำเนินการความรู้จากการทำงานเพื่อรณรงค์ให้มารดาหลังคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แต่ยังพบว่าความรู้เรื่องปัญหาที่พบบ่อยเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งมีหลากหลายทั้งที่แก้ไขได้โดยง่ายจนถึงต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ จึงทำให้ อสม. มีความรู้ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 61.89) สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรี ปัดพี และ นวลฉวี ประเสริฐสุข (2559) พบว่า ความรู้ของ อสม. เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงร้อยละ 49 ซึ่งระดับการศึกษานั้นเกี่ยวข้องกับการรับรู้และการเรียนรู้ของบุคคล การศึกษาช่วยพัฒนาคนให้มีองค์ความรู้มีประสิทธิภาพในการเรียนรู้และปรับตัวในเรื่องต่างๆ และการศึกษาของ วรณี เจตนะวัฒนะ (2564) พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลางและ อสม. ที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความรู้ต่อระบบการแพทย์ฉุกเฉินแตกต่างกัน กล่าวคือ อสม. ที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษามีความรู้มากกว่า อสม. ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และแนวคิดเบอร์กู (Burgoon, 1974) คนที่ได้รับการศึกษาในระดับที่สูงหรือมีความรู้ดี จะมีโอกาสที่จะเป็นผู้รับสารได้ดีกว่า

ทักษะเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ อสม. อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า อสม. มีทักษะเชิงบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจาก อสม. ส่วนมาก (ร้อยละ 52.40) ได้เข้าร่วมกิจกรรมการดูแลสุขภาพของสมาชิกในชุมชนเป็นเวลานาน เกิน 10 ปีขึ้นไป และมีระยะเวลาปฏิบัติหน้าที่เฉลี่ยเกือบ 25 ปี ($M = 24.39$, $SD = 10.13$) การปฏิบัติงานเป็นทีมเดียวกับบุคลากรทีมสุขภาพทำให้รับรู้และเข้าใจนโยบายการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีประสบการณ์ตรงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตามแนวคิดของ Nelson and Quick (1997) กล่าวว่า ทักษะคือการเรียนรู้ การเกิดทักษะมีอิทธิพลมาจากประสบการณ์

โดยตรง (Direct experience) และจากการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชวรัตน์ แก้วเวียงเดช, พัดชา หิรัญวัฒนกุลสม, และเสาวนุช จมูศรี (2560) พบว่าประสบการณ์ในการทำงานเป็น อสม. ทำให้มีโอกาสได้รับประสบการณ์และความสำเร็จในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอด ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจ มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน และรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ทำให้เกิดทัศนคติที่ดี นอกจากนั้นยังมี อสม. ร้อยละ 77.4 ที่มีประสบการณ์ตรงในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ สุพรรณิการ์ ปานบางพระ และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม (2555) พบว่าประสบการณ์ตรง ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ประสบความสำเร็จจะส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจ ความรู้สึกที่ดีส่งผลให้เกิด ทัศนคติในทางบวก

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ อสม. อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. ปฏิบัติหน้าที่มาอย่างยาวนาน ทำให้มีโอกาสใกล้ชิดและรับรู้สถานการณ์ทางสุขภาพครอบครัวที่ อยู่ในความดูแลได้ เมื่อพิจารณาข้อมูลการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่า อสม. มีส่วนร่วมในด้านการร่วมรับ ผลประโยชน์ มากกว่าทุกด้าน อาจจะเป็นเพราะ อสม. มีความภาคภูมิใจที่สามารถทำงานร่วมกับ รพ.สต. จนพื้นที่ในความรับผิดชอบมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กฤษจุจ พิมพะไชย และไชยา ยัมวิไล (2564) ที่พบว่า ปัจจัยสมรรถนะส่วนบุคคลในด้านรางวัลตอบแทนมีความ สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. มากที่สุดในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย

อสม. มีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจน้อยกว่าทุกด้าน อาจเนื่องจากการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ต้องศึกษาเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และอุปสรรค มีการวางแผนการดำเนินงาน และตัวชี้วัดชัดเจน ซึ่งเป็น บทบาทของพยาบาลหรือบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ ใน รพ.สต. ทำให้ อสม. มีส่วนร่วมน้อย สอดคล้องกับ การศึกษาของ จิตรณันท์ กุลทันทน์ และคณะ (2565) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมงาน อนามัยแม่และเด็กอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากงานอนามัยแม่และเด็กมีแบบแผนดูแลสุขภาพในเชิงรุก การดำเนินงาน การรับนโยบาย การเสนอแนะ และการปรับปรุงแก้ไขเป็นบทบาทของเจ้าหน้าที่ที่เป็น ผู้รับผิดชอบ ส่วน นวิวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ (2559) พบว่าค่าเฉลี่ยต่ำสุดในเรื่องการมีส่วนร่วมใน การเสนอข้อคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคการดำเนินงาน การปรับปรุงแก้ไขเกี่ยวกับระบบการทำงาน ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจของ อสม. ในกิจกรรมอนามัยแม่และเด็ก และวางแผนครอบครัวมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมที่น้อยที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ อสม.

จากการวิจัยพบว่าความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติแสดงว่า อสม. ที่มีความรู้มากจะมี ทัศนคติเชิงบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น อธิบายได้ว่า จากปัจจัยส่วนบุคคลที่มีประสบการณ์ การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และปัจจัยด้านการทำหน้าที่อสม. ทำให้มีโอกาสใกล้ชิดกับบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้ได้รับการพัฒนาความรู้เพิ่มมากขึ้น เกิดความมั่นใจและความภาคภูมิใจที่ได้รับการยอมรับจากทีม สุขภาพเครือข่ายและประชาชนจึงมีทัศนคติเชิงบวกติดตามมา สอดคล้องกับการศึกษาของ Likert (1967) ที่สรุปว่า ทัศนคติเป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้จากแหล่งต่าง ๆ ที่มีอยู่ และแหล่งที่ทำให้คนเกิดทัศนคติที่

สำคัญคือ ประสบการณ์เฉพาะอย่าง (Specific experience) การติดต่อสื่อสารจากบุคคลอื่น (Communication from others) สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Model) และความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional factors) และสอดคล้องกับ Assael (1993) ที่ให้นิยามว่าทัศนคติ หมายถึง ความมีใจน้อมเอียงอันเกิดจากการเรียนรู้ที่จะตอบสนองต่อวัตถุหรือระดับชั้นของวัตถุในลักษณะเห็นดีเห็นชอบหรือไม่ชอบอย่างใดอย่างหนึ่งอย่างสม่ำเสมอ

การศึกษาครั้งนี้พบว่าไม่มีหลักฐานที่เพียงพอในระดับที่จะสรุปได้ว่าความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลชญา ลอยหาและคณะ (2560) ที่ไม่พบหลักฐานในระดับที่เพียงพอที่จะสรุปได้ว่าด้านความรู้ความเข้าใจบทบาทของ อสม. และทัศนคติต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ส. (งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) นั้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหมู่บ้าน/ตำบล กับการจัดการสุขภาพ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐฐันรี คำอุไร, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรรณิการ์ กันธะรักษา (2562) ที่พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ อสม. เข้าใจว่าการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาหลังคลอดเป็นบทบาทของพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพหรืองานอนามัยแม่และเด็กในการติดตาม ประเมิน ช่วยเหลือ ดูแล ฟื้นฟู ป้องกันมารดาและทารกหลังคลอดที่อยู่ภายในชุมชน ดังจะเห็นได้จากการมี อสม. เพียงร้อยละ 10.1 ที่ได้รับการอบรมเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ อสม. จึงมีบทบาทเป็นเพียงผู้ประสานงานระหว่างมารดาหลังคลอด ครอบครัวกับเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีหน้าที่เพียงการบอกปัญหา ติดตามอาการ และรายงานต่อเจ้าหน้าที่สุขภาพเพื่อการปฏิบัติงานต่อไป ทำให้ อสม. มีส่วนร่วมได้น้อย

สรุปและข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า อสม. มีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีความรู้เรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากที่สุด รองลงมาคือ ความรู้เรื่องวิธีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่วนความรู้เรื่องการแก้ปัญหาที่พบบ่อยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นั้นน้อยที่สุด ส่วนทัศนคติที่มีต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ อสม. อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ด้านการร่วมรับผลประโยชน์มีมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการประเมินผล และด้านการดำเนินงาน ส่วนการมีส่วนร่วมด้านการตัดสินใจของ อสม. มีน้อยที่สุด และพบว่า อสม. ที่มีความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. รพ.สต.ควรจัดโปรแกรมให้ความรู้เพื่อส่งเสริมความรู้และทัศนคติ ของ อสม. เกี่ยวกับการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเฉพาะเรื่องการแก้ปัญหาที่พบบ่อยในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

2. งานด้านการพัฒนาบุคลากร หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดทำหลักสูตรสำหรับ อสม. โดยให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ที่ทันสมัย ทันต่อสภาพการเปลี่ยนแปลงทางวิชาการและนวัตกรรม เพื่อพัฒนาทักษะการช่วยเหลือ การให้คำปรึกษา การประเมินและการส่งต่อมารดาหลังคลอดที่มีปัญหาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่ อสม.

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ อสม.
2. ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วม ในกลุ่ม อสม. ร่วมกับ บุคลากรทางสุขภาพ เช่น พยาบาล หรือบุคลากรทีมสุขภาพอื่น ๆ เป็นต้น
3. ออกแบบวิจัยที่มีการรวบรวมข้อมูลหลากหลาย เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกตจากกลุ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานร่วมกับ อสม. มารดาหลังคลอด ครอบครัว และผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ร้อยละของเด็กแรกเกิด - ต่ำกว่า 6 เดือน กินนมแม่อย่างเดียว*. สืบค้นจาก <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/breastfeed/index?year=2019>
- กฤษฎา พิมพ์ไชย, และไชยา ยิ้มวิไล. (2564). ปัจจัยสมรรถนะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554 – 2563 ของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์จร*, 9(5), 2171-2183.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2557). *ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พร้อมด้วยกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณา ลอยหา, เคนควงดี ศรีสุระ, มณฑิลา รักศิลป์, ชนัญพงศ์ เคลือศิริ, ภัทรภร เจริญบุตร, รณนิยากร มูลสิน, ... จำลอง วงศ์ประเสริฐ. (2560). การเสริมสร้างศักยภาพบทบาทของนักจัดการสุขภาพชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลนุเปือย อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24(1), 2-12.
- ขนิษฐา เมฆมกล. (2561). การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: แนวปฏิบัติในชุมชน. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(3), 247-256.
- จักรี ปิลพี, และนวลฉวี ประเสริฐสุข. (2559). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ eridian มหาวิทยาลัยศิลปากร (มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลป์)*, 9(3), 1-16.

- จิตรานันท์ กุลทนันทน์, โสเพ็ญ ชูนวน, สรณ สุวรรณเรืองศรี, และธาริณันท์ ลีลาทิวานนท์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมงานอนามัยแม่และเด็กของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: เขตจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 42(1), 73-84.
- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง, จิราพร วรวงศ์, ชัญญาวิรุฬห์ไชยวงศ์, และอัจฉรา คำมะทิตย์. (2559). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการพัฒนางานส่งเสริมสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิเขตอีสานตอนบน. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(3), 133-144.
- ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช, พัดชา หิรัญวัฒนกุลสม, และเสาวนุช จมูศรี. (2560). ผลของการส่งเสริมความรู้ทัศนคติ และทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการส่งเสริม การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่แก่แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(3), 89-97.
- ชนินันท์ พฤกษ์ประมุข, นัญจิรา เจริญตะคุ, และสิวะโชติ ศรีสุทธยากร. (2563). ประสิทธิภาพของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สเปียร์แมน และเคนดอลล์ เมื่อข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา*, 15(2), 1-16.
- ณัฐฐันรี คำอุไร, นันทพร แสนศิริพันธ์, และกรรณิการ์ กันธะรักษา. (2562). ความรู้ ทัศนคติ และการมีส่วนร่วมของบิดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา. *วารสารพยาบาลสาร*, 46(1), 42-51.
- เดมศักดิ์ สุขวิบูลย์. (2552). *ข้อคำนึงในการสร้างเครื่องมือประเภทมาตราประมาณค่า (Rating Scale) เพื่องานวิจัย*. สืบค้นจาก <https://www.ms.src.ku.ac.th/schedule/Files/2553/Oct/1217086.doc>
- ลักขณา ไชยนอก. (2558). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดในโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา* (รายงานผลการวิจัย). นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- วนิดา พงษ์ศักดิ์ชาติ. (2563). *การคำนวณหาขนาดตัวอย่างเพื่องานวิจัย*. สืบค้นจาก <http://thaimed.buu.ac.th/public/backend/upload/thaimed.buu.ac.th/document/file/document161717461088510200.pdf>
- วรรณิ เจตะวัฒนะ. (2564). ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กรณีศึกษา: อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา. *มหาราชนครศรีธรรมราชเวชสาร*, 4(2), 41-52.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562: รายงานผลฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ ประเทศไทย.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. (2563). *รายงานประจำปี 2563*. สืบค้นจาก <https://udo.moph.go.th/thepost/upload/fDAGpewyXpJ4pQYALbUftR7p6i/oEYZuHniCHbgh3TxvEaVbti1Dm.pdf>
- สุพรรณิการ์ ปานบางพระ, และพรรณรัตน์ แสงเพิ่ม. (2555). ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของพยาบาลในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในโรงพยาบาลเอกชน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 31(1), 70-79.
- สุรีย์พร กฤษเจริญ, โสเพ็ญ ชูนวน, ศศิกานต์ กาละ, วรางคณา ชัยเวช, และกัญจน์ พลอินทร. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลต่อการส่งเสริมสนับสนุน และคุ้มครองการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 37(2), 67-76.

- Assael, H. (1993). *Consumer behavior and marketing action*. Cincinnati: South-Western College.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Burgoon, M. (1974). *Approaching speech/ communication*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychol Bull*, 112(1), 155-159.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1981). *Rural development participation: Concept and measure for project design implementation and evaluation: Rural development committee center for international studies*. New York: Cornell University Press.
- Likert, R. (1967). The method of constructing and attitude scale. In M., Fishbein (Ed.), *Attitude theory and measurement* (pp. 90-95). New York: Wiley & Son.
- Nelson, D. L., & Quick, J. C. (1997). *Organization behavior* (2nd ed.). New York: Harper and Row.
- United Nations Children's Fund (UNICEF). (2021). *Infant and young child feeding*. Retrieved from <https://data.unicef.org/topic/nutrition/infant-and-young-child-feeding/>
- World Health Organization (WHO). (2014). *Global nutrition targets 2025: Breastfeeding policy brief*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149022/WHO_NMH_NHD_14.7_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

ระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน

ศุภิสรา สุวรรณชาติ, พย.ม.^{1*}

ธิดารัตน์ นิ่มกระโทก, พย.บ.²

(วันที่ส่งบทความ: 31 มีนาคม 2565; วันที่แก้ไข: 25 พฤษภาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 30 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

วิธีการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงที่มีประสิทธิภาพที่สุด คือ การแนะนำประชาชนให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและการเข้ารับการคัดกรองโรคมะเร็ง ดังนั้นการศึกษาความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคมะเร็งของประชาชนและลักษณะข้อมูลที่ประชาชนต้องการจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันโรคในอนาคต การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ประชาชนจำนวน 138 คน ที่เคยเข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เครื่องมือประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ข้อสอบจำนวน 25 ข้อ และคำถามปลายเปิด ข้อสอบผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรครุเดอร์ ริชาร์ดสัน (KR 20) ได้เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีอายุเฉลี่ย 60.89 ปี ($SD = 6.61$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 42.8) ไม่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 55.8) และได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (ร้อยละ 52.9) ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคในระดับสูง (ร้อยละ 86.2) มีความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 63.0) แต่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ (ร้อยละ 74.0) และการป้องกันโรค (ร้อยละ 55.1) อยู่ในระดับปานกลาง ไปจนถึงต่ำ สิ่งที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนมากต้องการ คือ ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรค (ร้อยละ 67.4) และสื่อวีดิทัศน์สำหรับทบทวนความรู้ (ร้อยละ 82.6) ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรจัดโปรแกรมการให้ข้อมูลที่ตรงกับความต้องการ เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

คำสำคัญ: ความรู้, มะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง, การคัดกรอง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาขย จังหวัดนครราชสีมา

* ผู้ประพันธ์บทความ: ศุภิสรา สุวรรณชาติ, อีเมล: supisara@knc.ac.th

The Level of Knowledge about Colorectal Cancer and the Information Needs of the Thai People

Supisara Suwannachat, M.N.S.^{1*}

Tidarat Nimkratoke, B.N.S.²

(Received: March 31th, 2022; Revised: May 25th, 2022; Accepted: May 30th, 2022)

Abstract

Two of the most effective prevention for colorectal cancer (CRC) are providing people advice about how to avoid its risk factors and to get cancer screenings. Therefore, exploring the Thai people's basic knowledge about CRC and information needs will help improve future prevention plans. The purpose of this research was to assess the level of knowledge and information needs regarding CRC. The participants were 138 people attending a CRC Screening Program. Data were collected using demographic information, a 25-item questionnaire, and opened ended questions. The questionnaire was validated by five experts in the field. The reliability of the questionnaire was .80 using the Kuder Richardson formula (KR 20). The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. Results show that the participants' average age was 60.89 years ($SD = 6.61$). Most of them were female (66.7%), had completed grade 4 (42.8%), had no family history of cancer (55.8%), and were receiving advice about CRC (52.9%). Most participants had a high level of knowledge about the signs of CRC (86.2%) and a medium level of knowledge about CRC screening (63%), but their knowledge about the causes (74%) and prevention (55.1%) of the disease were at medium to low levels. Most participants wanted more information about CRC prevention (67.4%) and video material to review their knowledge (82.6%). Therefore, stakeholders should organize information programs that meet the people's needs to increase their knowledge about CRC.

Keywords: knowledge, colorectal cancer, screening

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Borommarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Professional Level, Khanai District Health Promotion Hospital, Nakhon Ratchasima

* Corresponding author: Supisara Suwannachat, E-mail: supisara@knc.ac.th

บทนำ

โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal cancer [CRC]) มีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นจนเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของประชาชนทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2563 อุตการณ์ทั่วโลก (Age Standardized Rate [ASR]) คือ 19.5 ต่อแสนประชากร โดยในเพศชายพบอุบัติการณ์ 23.4 ต่อแสนประชากร รองจากมะเร็งปอดและมะเร็งต่อมลูกหมาก ส่วนในเพศหญิงพบอุบัติการณ์ 16.2 ต่อแสนประชากร รองจากมะเร็งเต้านม รายงานผลการสำรวจทั่วโลกในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วย CRC รายใหม่ 1,931,590 ราย มากเป็นอันดับ 3 รองจากมะเร็งเต้านมและมะเร็งปอด จำนวนผู้เสียชีวิตจาก CRC คือ 935,173 ราย ซึ่งมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งปอด คิดเป็นอุบัติการณ์ 9 ต่อแสนประชากร (International Agency for Research on Cancer, 2020) จากสถิติทะเบียนมะเร็งระดับประชากรของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ในฐานะข้อมูลที่บ้านพักผ่านโปรแกรม Thai Cancer Based จำนวน 62,362 ราย และพบว่าเพศชายป่วยเป็น CRC มากกว่าเพศหญิง และพบมากเป็นอันดับ 1 ในเพศชายและอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านมในเพศหญิง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2565) การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงจึงเป็นวิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งในการป้องกัน CRC

การเกิดมะเร็งไม่สามารถระบุสาเหตุได้ชัดเจน แต่มีกลไกการเกิดที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและพฤติกรรม (วิทวัส จันทน์คราญ, 2562) โดยความผิดปกติของการแสดงออกของยีน ทำให้ผลิตโปรตีนที่สำคัญบางชนิดมากหรือน้อยเกินไปจนทำให้เซลล์มะเร็งเจริญเติบโต และมีการแบ่งตัวมากผิดปกติ (นิภาพร ทิพย์มะณี และคณะ, 2554; สุภาพร สุภารักษ์, กนกวรรณ เจื่อนจันทร์ทอง, ตะวันฉายแสงเจริญ, บุญราวรรณ ศรีวรรณ, และสมชาย แสงกิจพร, 2562) และเกิดการอักเสบรอบ ๆ เซลล์ เกิดการสร้างเส้นเลือดใหม่และเจริญเติบโตอย่างไร้การควบคุม (ศุภศิษฏ์ อรุณรุ่งสวัสดิ์ และจาวรรณ จันทร์ทอง, 2564) ส่วนพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง ได้แก่ การรับประทานอาหารในกลุ่มเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป อาหารที่ปิ้งย่างไหม้เกรียม อาหารที่มีไขมันสูง และอาหารที่มีกากใยต่ำ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การมีภาวะอ้วนและน้ำหนักเกิน เป็นต้น (ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง, 2561; วิทวัส จันทน์คราญ, 2562; Centers for Disease Control and Prevention, 2022; International Agency for Research on Cancer, 2020) โรค CRC มักพบในผู้ที่มีอายุ 50-70 ปี โดยมักมีจุดเริ่มต้นจากการเป็นติ่งเนื้อที่ผนังลำไส้ ระยะแรกมักไม่มีอาการ แต่เมื่อก้อนมะเร็งลุกลามจะทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายอุจจาระ ปวดท้องร่วมกับท้องอืดจากลำไส้อุดตัน (บัลลังก์ มุ่ยเฟือก, 2553) โรคนี้สามารถป้องกันได้โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและตรวจคัดกรองตั้งแต่วัยเริ่มแรก

จากอุบัติการณ์การเกิดโรค CRC ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้แต่ละประเทศจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งโดยเน้นการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งที่พบบ่อย (คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ, 2561) สถาบันมะเร็งแห่งชาติในประเทศไทยได้รณรงค์ให้ความรู้ควบคู่กับโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง (Colorectal Cancer Screening Program) ในประชาชนที่มีอายุ 50-70 ปี มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เพื่อให้ประชาชนมีความตระหนัก

รู้ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและค้นหาโรคในระยะเริ่มแรกหรือระยะก่อนเป็นมะเร็ง โดยเข้ารับการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2561) พื้นที่วิจัย (Study setting) ครั้งนี้อยู่ในความรับผิดชอบของ รพ.สต. แห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา ได้จัดโครงการนี้มาตั้งแต่แรกปีงบประมาณ 2561-2562 มีประชาชนที่เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการคัดกรองจากพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 รุ่น แต่ในปีงบประมาณ 2563-2564 มีสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนต้องดำเนินชีวิตในวิถีใหม่ที่ลดการรวมกลุ่มใกล้ชิด จึงไม่ได้จัดกิจกรรมให้ความรู้เป็นรายกลุ่มในโครงการ แต่ยังคงมีการคัดกรอง CRC ตามปกติ โดยให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำขวดเก็บน้ำยาดูแลอุจจาระไปแจกตามบ้าน

แม้ว่าการเข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงทำให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งมากขึ้น แต่ยังมีความรู้อีกหลายประเด็นที่ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้ในระดับต่ำ เช่น งานวิจัยของ คณยศ ชัยอาจ, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล (2561) พบว่าประชาชนที่เข้าร่วมโครงการนี้ มีความรู้เกี่ยวกับอาการของโรคและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค CRC อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 50.6 และ 85.5 ตามลำดับ แต่มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคและความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง CRC อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 78.4 และ 83.2 ตามลำดับ คล้ายกับผลการสำรวจความรู้ของประชาชนประเทศซาอุดีอาระเบียและเอธิโอเปียที่พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรค CRC ในแต่ละประเด็นแตกต่างกัน (Al-Hajeili et al., 2019; Alaqel et al., 2021; AlSulaim et al., 2021; Hamza, Argaw, & Gela, 2021) ส่วนงานวิจัยของ วีรพล โคตรหานาม, พงษ์เดช สารการ, และนิคม ถนอมเสียง (2562) ที่ศึกษาประชาชนอายุ 45-74 ปี พบว่ามีเพียงร้อยละ 38.7 และ 36.4 เท่านั้นที่รับรู้ว่าการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้มากที่สุด ในขณะที่บางส่วน (ร้อยละ 31.0) รับรู้ว่าการอ้วนลงพุงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งลำไส้ในระดับปานกลาง และมีประชาชนไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 42.1) ได้รับความรู้ว่าการประชาสัมพันธ์โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง หรือได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง อาการ ความรุนแรงของโรค (ร้อยละ 48.5) แต่รับรู้ว่าได้ข้อมูลในระดับปานกลาง มีการวิจัยที่ทดลองใช้โปรแกรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีความรู้เพิ่มขึ้น (อำพิกา คันทาใจ, เดชา ทำดี, และสิวพร อึ้งวัฒนา, 2564) และมีคะแนนพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรค CRC เพิ่มขึ้น (สุทธิมาศ สุขอัมพร และวลัยนารี พรหมลา, 2564) การศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับ CRC ของประชาชนจึงจะทำให้ได้ข้อมูลจำเป็นสำหรับการออกแบบโปรแกรมการดูแลกลุ่มเสี่ยงต่อไป

จากการทบทวนงานวิจัยที่พบว่าประชาชนที่เข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความรู้ดีเกี่ยวกับอาการและการป้องกันโรคแต่มีความรู้ต่ำเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงและการคัดกรอง และได้รับข้อมูลข่าวสารในระดับปานกลาง ซึ่งระดับความรู้เหล่านี้ และความต้องการข้อมูลข่าวสารของประชาชน มีความสำคัญในการออกแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรค CRC ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรม

ที่เหมาะสมในการให้ข้อมูลแก่ประชาชน เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักรู้ในการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เล็งเห็นความสำคัญของการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรค CRC

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรค CRC ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

คำถามการวิจัย

1. ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความรู้เรื่องโรค CRC อยู่ในระดับใด
2. ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความต้องการข้อมูลเรื่องโรค CRC อย่างไร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่อง CRC ของประชาชนที่เข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือประชาชนในพื้นที่ที่ศึกษาที่เคยเข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปีงบประมาณ 2563 จำนวน 100 คน ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 110 คน รวมทั้งสิ้น 210 คน ประชาชนที่เข้าร่วมโครงการในปีงบประมาณ 2561-2562 ไม่ได้นับรวมเป็นประชากรเนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มได้ทำกิจกรรมในโครงการที่แตกต่างกันในเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรค CRC

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี-มอร์แกน เนื่องจากเป็นงานวิจัยเชิงสำรวจที่เกี่ยวข้องกับสัดส่วน ตัวแปรทวิภาคคือตอบ 0,1 ใช่,ไม่ใช่ ประชากรได้มาจากการสุ่มและทราบจำนวนประชากร (วัลลภ รัฐจัตรานนท์, 2562)

$$n = \frac{\chi^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + \chi^2 p(1-p)}$$

n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
N	=	ขนาดของประชากร (210 คน)
e	=	ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ (กำหนด = 5%)
χ^2	=	ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% $\chi^2 = 3.841$
P	=	สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (กำหนด $p = 0.5$)

ได้ขนาดตัวอย่าง 136 คน ป้องกันความเสี่ยงกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง 10% รวมเป็น 150 คน คำนวณสัดส่วนได้กลุ่มตัวอย่างจากปีงบประมาณ 2563 จำนวน 71 คน ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 79 คน คัดเลือกโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีคุณสมบัติ คือ เป็นประชาชนที่เคยเข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ปีงบประมาณ 2563-2564 ไม่มีปัญหาการได้อินและการพูด และมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเอกสารชี้แจงอาสาสมัครและแบบยินยอม เข้าร่วมโครงการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา เลขที่ COA No.10/2564 รับรองวันที่ 20 กรกฎาคม 2564-19 กรกฎาคม 2565 กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการอธิบายและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดตามเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ หากยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในเอกสารยินยอม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบสรุปเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้ครอบครัวต่อเดือน ประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง และการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค CRC มีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ประกอบด้วยข้อสอบเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค CRC จำนวน 9 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของ CRC จำนวน 7 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรอง CRC จำนวน 4 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน CRC จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คะแนนความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom (คณยศชัยอาจ และคณะ, 2561) ได้แก่ ความรู้ระดับต่ำ (คะแนนรวมน้อยกว่าร้อยละ 60) ความรู้ระดับปานกลาง (มีคะแนนรวมระหว่างร้อยละ 61-79.99) และความรู้ระดับสูง (มีคะแนนรวมตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 ความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เป็นคำถามปลายเปิด มีจำนวน 5 ข้อ สอบถามเกี่ยวกับประเด็นความรู้ที่ต้องการ กิจกรรมการเรียนการสอน การถ่ายทอดความรู้ ช่องทางวิธีการถ่ายทอด สื่อที่ใช้ จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม และระยะเวลาที่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ ศัลยแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน หาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องของข้อสอบกับวัตถุประสงค์รายข้อ (Index of item-objective congruence [IOC]) มีค่าอยู่ระหว่าง .80-1.00 ครรชนีความตรงตามเนื้อหาของข้อสอบทั้งฉบับ (Content validity index for scale [S-CVI]) เท่ากับ .92 พิจารณาความเหมาะสมของข้อคำถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและส่วนที่ 3 คำถามปลายเปิด ปรับแก้ไขตามคำแนะนำก่อนนำไปทดลองใช้

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาไปทดลองใช้กับประชาชนที่เข้าร่วมโครงการเดียวกันแต่อาศัยอยู่คนละหมู่บ้าน ซึ่งมีคุณลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของข้อสอบโดยใช้สูตรครุเดอร์ริชาร์ดสัน (KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น .80 พิจารณาความเข้าใจคำถามของกลุ่มตัวอย่างในการตอบคำถามส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและส่วนที่ 3 คำถามปลายเปิด ปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากนายแพทย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาแล้ว โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. รับสมัครผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสบการณ์การเป็นผู้ช่วยนักวิจัยมาก่อน จำนวน 1 คน และเตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการชี้แจงโครงการวิจัย อธิบายเกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูลจนเข้าใจตรงกัน
2. นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อแนะนำตัว และขอข้อมูลรายชื่อประชาชนที่เคยเข้าร่วมโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และข้อมูลผู้ประสานงานในพื้นที่ซึ่งเป็นประธาน อสม.
3. นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยนัดหมายและไปพบผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อแนะนำตัว และขอให้ช่วยประสานงานกับประชาชนที่เคยเข้าร่วมโครงการ พร้อมนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูลซึ่งประชาชนทุกคนยินดีให้ไปเก็บข้อมูลที่บ้าน
4. ผู้ช่วยนักวิจัยไปพบประชาชนที่เคยเข้าร่วมโครงการที่บ้านตามนัด ชี้แจงรายละเอียดโครงการตามเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร แล้วลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย หลังจากนั้นจึงเริ่มเก็บข้อมูลด้วยการสอบถามแบบสอบถาม ใช้เวลาสอบถามคนละ 45-60 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้เรื่องโรค CRC รายด้านและภาพรวม วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละตามระดับความรู้

3. ความต้องการข้อมูลเรื่องโรค CRC ที่ได้จากคำถามปลายเปิด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยการทำให้ข้อมูลเอกสาร ได้แก่ ถ้อยคำ ประโยคหรือใจความในเอกสารเป็นจำนวนที่วัดได้แล้วเจนนับจำนวนของถ้อยคำ ประโยคหรือใจความนั้นออกมาเป็นความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัย

ขณะเก็บรวบรวมข้อมูลมีสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีการเว้นระยะห่างทางสังคมเพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลได้ 138 คน ซึ่งมากกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ 2 คน จึงยุติการเก็บข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เข้าร่วมโครงการในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 66 คน ปี 2564 จำนวน 72 คน มีอายุเฉลี่ย 60.89 ปี ($SD = 6.61$) ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 60-70 ปี (ร้อยละ 50.7) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.7) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.5) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 (ร้อยละ 42.8) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 6,000 บาท (ร้อยละ 43.5) ไม่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 55.8) ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค CRC (ร้อยละ 52.9) คำแนะนำ เรื่อง อาการและอาการแสดงของโรค เป็นเรื่องที่มีจำนวนผู้ได้รับคำแนะนำมากที่สุด คือ 63 คน (ร้อยละ 45.7)

ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชาชน

ระดับความรู้เรื่องโรค CRC ในภาพรวม พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.8) มีความรู้ในระดับสูง ส่วนระดับความรู้รายด้าน มีผลการศึกษาดังนี้

1. ระดับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค CRC พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.0) มีความรู้ในระดับปานกลางจนถึงระดับต่ำ ข้อที่ตอบผิดเป็นส่วนใหญ่ คือ ข้อการไม่ออกกำลังกาย ไม่มีผลต่อการเป็นโรค CRC ตอบผิด 89 คน (ร้อยละ 64.5) การดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรค CRC ตอบผิด 83 คน (ร้อยละ 60.1) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การรับประทานอาหารบุฟเฟต์ ปิ้งย่าง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรค CRC โดยตอบถูก 127 คน (ร้อยละ 92.0)

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค CRC พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนมาก (ร้อยละ 86.2) มีความรู้ในระดับสูง ข้อที่ตอบคำถามถูกมากที่สุดคือ ถ้ามีเรออยู่ตลอดเวลาหรือมีอาการท้องผูกสลับท้องเสีย ถ่ายเป็นมูกเลือด ชีตลง ถ่ายอุจจาระไม่สุด ถ่ายอุจจาระลำเล็กลง ถ่ายอุจจาระเป็นเม็ด กระสุน ตอบถูก 129 คน (ร้อยละ 93.5)

3. ระดับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรค CRC พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนมาก (ร้อยละ 63.0) มีความรู้ในระดับปานกลาง ข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือ ผู้ที่ไม่มีอาการและไม่ปัสสาวะเลยควรเริ่มต้นคัดกรองเมื่ออายุ 60 ปี ตอบผิด 59 คน (ร้อยละ 42.8) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การตรวจเม็ดเลือดแดงแฝงในอุจจาระ เป็นวิธีที่นิยมใช้กันในปัจจุบันเนื่องจากขั้นตอนในการเตรียมตัวไม่ยุ่งยากซับซ้อน ตอบถูก 124 คน (ร้อยละ 89.9)

4. ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค CRC พบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 55.1) มีอยู่ในระดับปานกลางจนถึงต่ำ ข้อที่ตอบคำถามผิดเป็นส่วนใหญ่คือ ควรเลือกรับประทานผลิตภัณฑ์แปรรูป เช่น เนื้อหมัก แสม ไข่กรอก กุนเชียง แหนม ตอบผิด 75 คน (ร้อยละ 54.3) และ ควรรับประทานเนื้อแดงมากกว่า 5 ชีดต่อสัปดาห์ ตอบผิด 73 คน (ร้อยละ 52.9) ข้อที่ตอบถูกมากที่สุดคือ การบริโภคพืชที่เรียกว่า โฮลเกรน หรือธัญพืชเต็มเมล็ดที่ไม่ผ่านการขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ลูกเดือย ช่วยป้องกันโรค CRC ได้ ตอบถูก 127 คน (ร้อยละ 92.0)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยจำแนกตามระดับความรู้ในเรื่องต่าง ๆ

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงในภาพรวม		
มีความรู้ระดับต่ำ (0-15 คะแนน)	17	12.3
มีความรู้ระดับปานกลาง (16-19 คะแนน)	55	39.9
มีความรู้ระดับสูง (20-25 คะแนน)	66	47.8
$M = 19.33$ ($SD = 3.72$)		
ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง		
มีความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	47	34.1
มีความรู้ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	55	39.9
มีความรู้ระดับสูง (8-9 คะแนน)	36	26.1
$M = 6.33$ ($SD = 1.70$)		
ความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง		
มีความรู้ระดับต่ำ (0-4 คะแนน)	8	5.8
มีความรู้ระดับปานกลาง (5 คะแนน)	11	8.0
มีความรู้ระดับสูง (6-7 คะแนน)	119	86.2
$M = 6.36$ ($SD = 1.21$)		
ความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง		
มีความรู้ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	23	16.7
มีความรู้ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	87	63.0
มีความรู้ระดับสูง (4 คะแนน)	28	20.3
$M = 3.00$ ($SD = .71$)		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง		
มีความรู้ระดับต่ำ (0-2 คะแนน)	19	13.8
มีความรู้ระดับปานกลาง (3 คะแนน)	57	41.3
มีความรู้ระดับสูง (4-5 คะแนน)	62	44.9
$M = 3.63$ ($SD = 1.31$)		

หมายเหตุ $N = 138$

ความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน (ร้อยละ 100) มีความเห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขควรสอนหรือให้ความรู้แก่ประชาชนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งยังไม่เจ็บป่วยเพื่อให้ประชาชนมีความตระหนักและมีความรู้เพียงพอที่จะนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเอง หัวข้อที่ควรสอนมากที่สุดคือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค CRC (ร้อยละ 67.4) รูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ที่ต้องการมากที่สุด คือ การไปศึกษาดูงาน (ร้อยละ 35.5) มีความเห็นว่าควรจัดกิจกรรมให้ความรู้ครั้งวัน (ร้อยละ 81.2) ควรจัดกิจกรรมในวันหยุดนอกเวลาราชการ (ร้อยละ 92.0) และกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก (ร้อยละ 82.6) ต้องการสื่อวีดิทัศน์สำหรับเรียนรู้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมการวิจัยจำแนกตามความต้องการข้อมูล

ความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง	จำนวน	ร้อยละ
หัวข้อ/เนื้อหา/ประเด็นที่ควรสอน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
การป้องกัน	93	67.4
สาเหตุและปัจจัยเสี่ยง	63	45.7
การคัดกรอง	62	44.9
กิจกรรมการเรียนการสอน/การถ่ายทอดความรู้		
การไปศึกษาดูงาน	49	35.5
การเรียนรู้ประสบการณ์จากผู้ป่วยจริง	41	29.7
การสาธิต	23	16.7
การบรรยาย	22	15.9
จำนวนครั้งในการทำกิจกรรม		
1 ครั้ง ครั้งวัน	112	81.2
อื่น ๆ	26	18.8
ระยะเวลาที่เหมาะสมในการจัดกิจกรรม		
นอกเวลาราชการ	127	92.0
อื่น ๆ	11	8.0
สื่อที่ใช้ในการถ่ายทอดความรู้		
วีดิทัศน์	114	82.6
อื่น ๆ	24	17.4

หมายเหตุ N = 138

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะกลุ่มเป้าหมายของโครงการนี้คือประชาชนที่มีอายุ 50-70 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง เนื่องจากการดำเนินโรคเกิดจากการเป็นติ่งเนื้อแล้วเติบโตเป็นมะเร็งซึ่งต้องใช้เวลานานกว่าจะแสดงอาการ จึงมักพบโรคนี้นี้ในคนที่อายุ 50 ปีขึ้นไป (บัลลังก์ ม้วยเฟือก, 2553) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศหญิงเป็นเพศที่มีธรรมชาติของความละเอียดอ่อน ใส่ใจดูแลตนเองมากกว่าเพศชาย (Hamza et al., 2021) และมีสถานภาพสมรสจึงมีการสนับสนุนจากครอบครัว (AlSulaim et al., 2021) ทำให้สนใจดูแลสุขภาพและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 และไม่มีประวัติคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็ง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นคนรุ่นเก่าที่เกิดก่อน พ.ศ.2542 ซึ่งไม่มีการจัดการศึกษาภาคบังคับ และเป็นคนที่เกิดในช่วงปี พ.ศ. 2495-2515 ซึ่งเป็นยุคเกษตรกรรม มีวิถีชีวิตที่ใกล้ชิดธรรมชาติ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรค CRC น้อยจึงทำให้ไม่มีคนในครอบครัวป่วย

ครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค CRC โดยเรื่องที่ได้รับความแนะนำมากที่สุดคือเรื่องอาการและการแสดงของโรค ทั้งนี้เป็นเพราะอาการของโรคจะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสวงหาการตรวจรักษาและมาเข้าร่วมโครงการคัดกรองเพราะรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคสอดคล้องกับ PRECEDE Framework ที่ว่าพฤติกรรมของบุคคลมีหลายปัจจัย และความรู้เป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่ทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (คณยศ ชัยอาจ และคณะ, 2561)

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค CRC อยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีระดับการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จึงมีข้อจำกัดด้านความจำ ประกอบกับไม่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็งและได้รับคำแนะนำน้อย จึงทำให้มีความรู้ต่ำ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Hamza, Argaw, and Gela (2021) ที่พบว่าชาวเอธิโอเปียที่มีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีความรู้ในระดับต่ำแต่ผู้ที่เคยได้รับข้อมูลหรือมีคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่จะมีความรู้สูงกว่า และสอดคล้องกับงานวิจัยของ คณยศ ชัยอาจ และคณะ (2561) ที่พบว่าประชาชนอายุ 45-74 ปีที่เข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง จำนวนมากถึงร้อยละ 98.7 มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลางจนถึงระดับต่ำ ข้อที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบผิดเป็นส่วนใหญ่คือ การไม่ออกกำลังกายไม่มีผลต่อการเป็นโรค CRC และการดื่มแอลกอฮอล์ไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงการเป็น CRC ทั้งนี้อาจเป็นเพราะประชาชนบางส่วนและแม้แต่บุคลากรทางการแพทย์เองยังไม่ทราบว่า การไม่ออกกำลังกาย ภาวะอ้วน และน้ำหนักเกินมาตรฐาน เป็นปัจจัยเสี่ยงของโรค CRC เห็นได้จากผลการวิจัยของ วีรพล โคตรหานาม และคณะ (2562) ที่พบว่าประชาชนเพียง 1 ใน 3 เท่านั้นที่รับรู้ถึงภาวะอ้วนลงพุงมีโอกาสรุนแรงต่อการเป็นมะเร็งลำไส้ ส่วน ปัทมา พลอยสว่าง, อมรรัตน์ จูสวัสดิ์, ปภาวิน แจ่มศรี, ปรีณดา แพ่งเมือง, และศุทธิพร แสงกระจ่าง (2564) พบว่ามีเจ้าหน้าที่ของกรมการแพทย์ไม่ถึงครึ่ง (ร้อยละ 42.4) ที่ทราบว่าภาวะอ้วนหรือน้ำหนักเกินมาตรฐานเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็ง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกระบวนการเกิดมะเร็งมีหลายขั้นตอนและซับซ้อน สาเหตุเกี่ยวข้องกับ

ปัจจัยที่หลากหลายทั้งพันธุกรรมและพฤติกรรมเสี่ยง (วิทวัส จันทน์คราญ, 2562) จึงทำให้การถ่ายทอดข้อมูลไปยังผู้ฟังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนมากมีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค CRC อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เข้าร่วมการวิจัยมากกว่าครึ่งได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับโรค CRC และคำแนะนำที่ได้รับมากที่สุดคือ อาการและอาการแสดงของโรค ประกอบกับโรค CRC มีอาการที่จำเพาะคือ การขับถ่ายอุจจาระผิดปกติ (บัลลังก์ ม้วยเฟือก, 2553) ดังนั้นจึงทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวนมากทราบว่าการถ่ายอุจจาระผิดปกติเป็นอาการของโรคมะเร็งลำไส้ จึงทำให้มีความรู้เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรคอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับงานวิจัยของ คณยศ ชัยอาจ และคณะ (2561) ที่พบว่าประชาชนที่เข้าร่วมโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมีความรู้เกี่ยวกับอาการแสดงของโรค CRC อยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นผลมาจากการผลักดันโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเป็นนโยบายระดับประเทศเมื่อปีงบประมาณ 2561 ทำให้มีการเผยแพร่ข้อมูลและชุดความรู้เกี่ยวกับโรค CRC อย่างแพร่หลาย พื้นที่ที่ศึกษาเข้าร่วมโครงการมาตั้งแต่ปีแรก โดยพยาบาลวิชาชีพได้เข้ารับการอบรมความรู้เรื่องโรคและนำมาถ่ายทอดให้กับแกนนำและ อสม. เพื่อนำไปถ่ายทอดให้กับประชาชน จึงทำให้ประชาชนมีความรู้ในด้านนี้สูง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยประมาณ 1 ใน 3 มีความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองโรค CRC อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความรู้สูงกว่าประชาชนที่เข้าร่วมโครงการในระยะเริ่มต้น (คณยศ ชัยอาจ และคณะ, 2561) ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการตรวจคัดกรองถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่ช่วยให้สามารถค้นพบมะเร็งในระยะเริ่มแรก ส่งผลให้การรักษาได้ผลดีและผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิตจากโรคสูง นำมาสู่การลดอุบัติการณ์การเกิดโรค เมื่อเริ่มมีโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้มีการรณรงค์ให้ประชาชนเห็นความสำคัญของการคัดกรองโรคผ่านสื่อต่าง ๆ หลากหลายช่องทาง แม้จะมีผู้เข้าร่วมการวิจัยเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.91) ได้รับคำแนะนำแต่เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ และจบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จึงทำให้มีข้อจำกัดด้านความจำ ประกอบกับไม่มีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคมะเร็ง จึงทำให้ไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับการคัดกรองจึงทำให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่มีความรู้ด้านการคัดกรองอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรค CRC อยู่ในระดับปานกลางจนถึงต่ำมีจำนวนมากกว่าครึ่งเล็กน้อย (ร้อยละ 55.1) ทั้งนี้เพราะการป้องกันโรคจะเกี่ยวข้องกับการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ผู้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค CRC อยู่ในระดับปานกลางจนถึงต่ำ จึงทำให้มีวิธีป้องกัน ผลคือทำให้มีคะแนนความรู้ไปในทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่าผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนเกี่ยวกับการบริโภคเนื้อแดงและเนื้อแปรรูป ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ คู่กันเคยกับข้อมูลที่ว่าเนื้อแดงเป็นแหล่งโปรตีนที่มีคุณค่าทางโภชนาการควรรับประทาน แต่งานวิจัยจาก องค์การวิจัยมะเร็งนานาชาติได้สรุปว่า แม้ว่าการรับประทานเนื้อแดงและอาหารแปรรูปในปริมาณมากจะเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ไม่ควรรับประทานเพราะเนื้อแดงมีคุณค่าทางโภชนาการ แต่ควรรับประทานในปริมาณที่เหมาะสมคือไม่เกิน 500 กรัมต่อสัปดาห์ (จิตพิน โยธาพันธุ์, 2563) ข้อมูลดังกล่าวมีค่าตัวเลขปริมาณที่เหมาะสมในการรับประทานที่ต้องจดจำแต่เนื่องจากผู้เข้าร่วมการวิจัยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดด้านความจำ จึงทำให้มีความรู้ในด้านนี้อยู่ในระดับปานกลางจนถึงต่ำ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคนมีความเห็นว่า บุคลากรสาธารณสุขควรสอนหรือให้ความรู้แก่ประชาชนที่อยู่ในวัยหนุ่มสาวซึ่งยังไม่เจ็บป่วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้เกี่ยวกับโรคว่าเกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยง หรืออยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีองค์ประกอบไม่เหมาะสมต่อเนื่องเป็นเวลานาน หากไม่ต้องการเจ็บป่วยจึงควรป้องกันด้วยการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตั้งแต่วัยหนุ่มสาว การที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการข้อมูลจากบุคลากรทั้งนี้อาจเป็นเพราะโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีกลไกการเกิดซับซ้อนยากต่อการเข้าใจ แม้ว่า อสม. จะได้รับการอบรม แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการเรียนรู้เพราะส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ณฐนนท์ บริสุทธิ, 2563) จึงอาจจะทำให้ถ่ายทอดความรู้ไม่มีประสิทธิภาพเท่าบุคลากรสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญโดยตรง หัวข้อที่ต้องการให้มีการสอนมากที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน รองลงมาคือ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงการเป็นโรค และความรู้เกี่ยวกับการคัดกรอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความรู้ในประเด็นดังกล่าวในระดับปานกลางถึงต่ำ จึงทำให้มีความต้องการข้อมูลในประเด็นนี้มากขึ้น

ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องการให้จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยการศึกษาดูงานมากที่สุด รองลงมาคือ เรียนรู้จากผู้ป่วยจริง การสาธิตและการบรรยาย ตามลำดับ รวมทั้งต้องการสื่อที่สามารถเปิดดูได้จากโทรศัพท์มือถือ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านความจำ หากเรียนรู้โดยการฟังบรรยายจากวิทยากรอย่างเดียว อาจจำไม่ได้ ดังนั้นจึงต้องการให้มีการบรรยายจากวิทยากรเพื่อให้มีความรู้ในประเด็นที่เป็นเรื่องเข้าใจยาก และต้องการสื่อเพื่อใช้ทบทวนย้อนหลังเพื่อป้องกันการลืม รวมทั้งต้องการเรียนรู้โดยการศึกษาดูงาน เรียนรู้จากผู้ป่วยเรียนโดยการลงมือทำด้วยตนเองเพราะการเรียนรู้ดังกล่าวจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมพิกา กันทาใจ และคณะ (2564) ที่พบว่า การจัดการเรียนรู้ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น การอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การบรรยายเนื้อหาโดยวิทยากร การเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ การให้ทดลองปฏิบัติด้วยตนเอง ทำให้ผู้เรียนมีระดับคะแนนความรู้เรื่องโรค มีความสามารถในการคัดกรองและให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่เพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรนำข้อค้นพบจากการวิจัยนี้ไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับโรค CRC เพิ่มขึ้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกือบครึ่งหนึ่งมีความรู้เรื่องโรค CRC ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง แต่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน สาเหตุการเกิด และการคัดกรองโรค CRC อยู่ในระดับปานกลางไปจนถึงต่ำ และต้องการให้บุคลากรสาธารณสุขจัดกิจกรรมให้ความรู้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรออกแบบโปรแกรมการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุการเกิด การป้องกัน และการคัดกรองโรค CRC ให้กับประชาชนโดยจัดกิจกรรมในช่วงเวลาที่ประชาชนสะดวก รวมทั้งควรมีสื่อให้ประชาชนนำกลับไปทบทวน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำข้อมูลที่ได้จากคำถามปลายเปิดมาพัฒนาเป็นโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผน และออกแบบการวิจัยที่ทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อยืนยันผลการวิจัยให้มีความชัดเจนขึ้น
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรทำวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมการให้ข้อมูลอย่างมีแบบแผนแก่ประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอุบัติการณ์ของโรค CRC

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาที่สนับสนุนทุนวิจัย ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายที่ให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยและขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ National Cancer Control Programme (พ.ศ.2561-2565)*. สืบค้นจาก <https://bit.ly/3NMK6W5>
- คณยศ ชัยอาจ, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของประชากรกลุ่มเสี่ยง อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(3), 37-44. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/188337/144988>
- ณฐนนทปริสุทธิ์. (2563). *การศึกษาสถานการณ์และทิศทางการพัฒนาอสม.ในยุคประเทศไทย 4.0*. สืบค้นจาก http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/the_study_of_situation_and_village_health_volunteer_development_2.pdf
- ชิติพน โยธาพันธุ์. (2563). *สสส. ข่าวสุขภาพ: เนื้อแดง อาหารแปรรูปเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่*. สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/52565>
- นิภาพร ทิพย์มะณี, สุคนธ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, จิรายุทธ ไชยจรรวณิช, นิสา ขวพันธุ์, ธเนศ ชิตาพนารักษ์, และอัมใจ ชิตาพนารักษ์. (2554). การระบุนิมิตมะเร็งลำไส้ตรงโดยการวิเคราะห์ไมโครอาร์เรย์. *มะเร็งวิวัฒนาการวารสารสมาคมรังสีรักษาและมะเร็งวิทยาแห่งประเทศไทย*, 17(1), 71-78. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jtaro/article/view/203489/141926>
- บัลลังก์ มุ้ยเผือก. (2553). มะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 17(1), 29-42. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/61252/50464>

- ปีทมา พลอยสว่าง, อมรรัตน์ จูสวัสดิ์, ปภาวิน แจ่มศรี, ปรีณดา แพ่งเมือง, และศุทธิพร แสงกระจ่าง. (2564). การประเมินความรู้ด้านโรคมะเร็งของเจ้าหน้าที่กรมการแพทย์. *วารสารโรคมะเร็ง*, 41(1), 12-23. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/TCJ/article/view/249093/168872>
- วัลลภ รัฐนัตรานนท์. (2562). การหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย: มายาคติในการใช้สูตรของ ทาโร ยามาเนและเกรทชี มอร์แกน. *วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา*, 8(1), 11-28. สืบค้นจาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/JIRGS/article/view/243621/164915>
- วิทวัส จันทน์คราญ. (2562). แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับการเกิดมะเร็ง. *วารสารราชวิทยาลัยพยาธิแพทย์แห่งประเทศไทย*, 1(1), 29-39. สืบค้นจาก <https://www.asianarchpath.com/storage/1549378638-097BD-08EF7/1549378653-52C1C-78AF7.pdf>
- วีรพล โคตรหานาม, พงษ์เดช สารการ, และนิคม ถนอมเสียง. (2562). การตรวจสอบแบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการเข้าร่วมตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่/ไส้ตรง ในประชากรไทยอายุ 45-75 ปี อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นด้วยโมเดลสมการโครงสร้าง. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(3), 92-108. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/212378>
- ศุภศิษฎ์ อรุณรุ่งสวัสดิ์, และจารุวรรณ จันทร์ทอง. (2564). การควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มะเร็งโดย ทีเซลล์และจุลินทรีย์ในลำไส้. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 27(3), 111-123. สืบค้นจาก <https://www.asianarchpath.com/storage/1549378638-097BD-08EF7/1549378653-52C1C-78AF7.pdf>
- ศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคมะเร็ง คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2561). *ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดมะเร็งลำไส้*. สืบค้นจาก https://www.rama.mahidol.ac.th/cancer_center/th/colorectal
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2561). *แนวทางการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล โครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงด้วยวิธี FIT Test*. สืบค้นจาก https://www.nci.go.th/th/File_download/D_index/ptu/update1761
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. (2565). *จำนวนผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ ปี 2564*. สืบค้นจาก <http://tcb.nci.go.th/CWEB/cwebBase.do?mode=initialApplication>
- สุทธิมาศ สุขอัมพร, และวลัยนารี พรหมลา. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของบุคลากรในโรงพยาบาล. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 632-644. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/252066/172534>

สุภาพร สุภารักษ์, กนกวรรณ เจื่อนจันทร์ทอง, ตะวันฉาย แสงเจริญ, บุญราวรรณ ศรีวรรณะ, และสมชาย แสงกิจพร. (2562). การตรวจติดตามการเพิ่มจำนวนในสภาพจริงของเซลล์มะเร็งลำไส้ SW620 หลังการเพาะเลี้ยงร่วมกับลิพิดที่ถูกระตุ้นด้วย PHA และการแสดงออกของ CD44 หลังจากเหนี่ยวนำให้เกิดความเป็นพิษและการตายแบบอะพอพโทซิส. *วารสารเทคนิคการแพทย์*, 47(1), 6867-6881. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmt-amtt/article/view/153594/138826>

อำพิกา คันทาใจ, เดชาทำดี, และสิวพร อึ้งวัฒนา. (2564). ผลการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ การปฏิบัติ การคัดกรองและการให้คำแนะนำในการป้องกันโรคมะเร็งลำไส้ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 1(1), 83-95. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tnaph/article/view/250649/170371>

Alaqel, M. A., Alshammari, S. A., Alahmari, S. M., Alkhayal, N. K., Bin Traiki, T. A., Alhassan, N. S., . . . Alkhayal, K. A. (2021). Community knowledge and awareness of colorectal cancer and screening tools: Community-based survey of 1,912 residents of Riyadh. *Annals of Medicine and Surgery*, 72 (2021), 103046. doi: 10.1016/j.amsu.2021.103046

Al-Hajeili, M., Abdulwassi, H. K., Alshadadi, F., Alqurashi, L., Idriss, M., & Halawani, L. (2019). Assessing knowledge on preventive colorectal cancer screening in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3140-3146. doi:10.4103/jfmmpc.jfmmpc_508_19

AlSulaim, L., AlOdhaybi, G., AlSalamah, M., AlHemedani, M., AlMutairi, A., AlKhamis, R., & AlAyed, G. (2021). Awareness and knowledge of colorectal cancer in Qassim Region, Saudi Arabia. *Asian Pacific Journal of Cancer Care*, 6(4), 397-405. doi: 10.31557/APJCC.2021.6.4.397-405

Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *What are the risk factors for colorectal cancer?* Retrived from https://www.cdc.gov/cancer/colorectal/basic_info/risk_factors.htm

Hamza, A., Argaw, Z., & Gela, D. (2021). Awareness of colorectal cancer and associated factors among adult patients in Jimma, South-West Ethiopia: An institution-based cross-sectional study. *Cancer Control*, 28, 1–8. doi: 10.1177/10732748211033550

International Agency for Research on Cancer. (2020). *Cancer today*. Retrived from <https://gco.iarc.fr/>

การพัฒนาแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของ ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เข้ามาในจังหวัดตรัง

จิราภรณ์ ขววงค์, Ph.D.¹

ดวงใจ สวัสดิ์, พย.ม.^{1*}

(วันที่ส่งบทความ: 3 มิถุนายน 2565; วันที่แก้ไข: 22 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 22 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) มีผลกระทบต่อระบบสุขภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 146 คน ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัด และระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รวมจำนวน 46 คน และประชาชนที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย รายงานจำนวน ผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง แบบสอบถามความพึงพอใจ และแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เชิงบรรยาย การทดสอบ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรม Trang Healthy Passport ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง ในขั้นตอนการลงทะเบียน การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการส่งข้อมูลให้หน่วยควบคุมโรค ผลการทดลองใช้ พบว่า จำนวนผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 โดยใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport สูงกว่าจำนวนผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 โดยใช้โปรแกรม Thai Quarantine Monitor ($Z = 2.80, p < .05$) โปรแกรมนี้มีข้อดีคือสามารถให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว ลดจำนวนบุคลากรและขั้นตอนในการปฏิบัติงาน และส่งต่อข้อมูลได้ตามเวลาที่เป็นจริง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ ความตระหนักและความร่วมมือของผู้ที่เกี่ยวข้อง การเสริมพลังใจให้ชุมชน และการสร้างการรับรู้ของประชาชนในการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: พื้นที่ที่มีการระบาดของโรค, แบบการติดตาม, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: ดวงใจ สวัสดิ์, อีเมล: duangjai@bcent.ac.th

The Development of a Tracking Model for Monitoring People who have Traveled to Trang Province from Coronavirus Disease 2019 Risk Areas

Jiraporn Choowong, Ph.D.¹

Duangjai Sawatdee, M.N.S.^{1*}

(Received: June 3rd, 2022; Revised: June 22th, 2022; Accepted: June 22th, 2022)

Abstract

The Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) pandemic has had a major impact on health systems worldwide. This action research was aimed at developing a tracking model for monitoring individuals who have traveled to Trang province, Thailand from COVID-19 risk areas. Participants were 146 stakeholders consisting of 46 provincial-chief officers, district-chief officers, public health officers, local governors, community leaders, village committees, and village health volunteers and 100 people who had traveled to Trang from high-risk COVID-19 areas. Research instruments were the reports of the number of travelers arriving from the risk areas, the satisfaction questionnaire, and the focus group interview guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics, Wilcoxon matched-pairs signed-ranks tests, and content analysis. Research findings showed that the Trang Healthy Passport was developed to track individuals who had traveled from COVID-19 risk areas to Trang province. It was used for registration of travelers, screening risk groups, and delivering information to community disease control units. After implementing the application, we found that the number of cases monitored through the Trang Healthy Passport was significantly higher than number of monitored cases using the Thai Quarantine Monitor program, ($Z = 2.80, p < .05$). The advantages of this application were that it offers a one-stop-service experience, reduces the number of staff and procedures required, and provides real-time information services. The critical success factors were the awareness and cooperation of stakeholders, community empowerment, and public awareness building, which allowed people to receive accurate information.

Keywords: risk areas, tracking model, Coronavirus Disease 2019

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Praboroma rajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Duangjai Sawatdee, E-mail: duangjai@bcent.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) เป็นการระบาดใหญ่ที่เป็นต้นเหตุนำมาซึ่งปัญหาด้านสาธารณสุขและยังคงส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลสุขภาพ และบุคลากรทางด้านสุขภาพทั่วโลก (Niunui, Suling, & Hongyun, 2020; World Health Organization, 2020) สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ที่ก่อปัญหาให้กับประเทศไทยส่วนใหญ่อยู่ในบริบทของชุมชนเมืองใหญ่ที่มีประชากรอยู่อาศัยอย่างหนาแน่น เนื่องจากประชาชนบางรายยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้อย่างทันทั่วถึงหรือไม่ทราบว่าได้สัมผัสเชื้อ COVID-19 ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อในชุมชนในวงกว้างได้ ต่อมาแนวโน้มในการควบคุมดูแลการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 มีความเป็นระบบและพบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อ COVID-19 รายใหม่ในพื้นที่จำกัดและแนวโน้มการระบาดลดน้อยลงเนื่องจากการปฏิบัติการค้นหาเชิงรุกในพื้นที่ต่าง ๆ มากขึ้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ทำให้สามารถควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในพื้นที่ได้มากขึ้นด้วย

จังหวัดตรังเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคใต้ที่มีประชาชนเดินทางเข้ามาจากประเทศมาเลเซีย จังหวัดภูเก็ต กระบี่ สงขลา พัทลุง ทำให้ประชาชนในจังหวัดตรังมีความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ซึ่งในช่วงการแพร่ระบาดในระลอกที่ 1 คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดได้ออกมาตรการเฝ้าระวังควบคุมการติดเชื้อ COVID-19 โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ COVID-19 และลดการแพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน (ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ , และทักษิณ ชัยวรรัตน์, 2563; ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2563) ในระยะต่อมาได้มีการวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 แล้วพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มทวีสูงมากขึ้นในแต่ละวันและสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อยังไม่ลดลงอย่างคงที่ อันเนื่องมาจากพบผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดจาก ประเทศมาเลเซีย จังหวัดภูเก็ต กระบี่ สงขลา พัทลุง และกรุงเทพมหานคร ล้วนมาอาศัยอยู่กับครอบครัวในจังหวัดตรัง ทำให้บุคคลในครอบครัวซึ่งมีบุคคลทุกช่วงวัยอาศัยอยู่ร่วมกัน อยู่ในกลุ่มผู้สัมผัสที่มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อสูง (High risk contact) และมีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปยังชุมชนในวงกว้าง (Super-spreader) ได้

นอกจากนี้ยังมีกลุ่มผู้สัมผัสเสี่ยงสูงอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องกักตัวเองที่บ้าน (Self-quarantine at home) แต่ไม่มีบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่ดูแลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวผ่านช่องทางต่าง ๆ อาจจะส่งผลกระทบต่อ การแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ รวมทั้งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 มีแนวทางการปฏิบัติตัวยังแบ่งออกเป็นหลายกรณี ได้แก่ กรณีอยู่บ้านคนเดียว กรณีอยู่ในบ้านร่วมกับครอบครัว/ พักร่วมกับผู้อื่น และกรณีอยู่ในอาคารชุด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ดังนั้น การใช้เทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ จึงมีความสำคัญและได้ถูกหยิบยกมาใช้เพื่อรับมือกับวิกฤตที่เกิดขึ้น

ทั้งนี้ในประเทศไทยโดยกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทยได้จัดทำระบบ Thai Quarantine Monitor (Thai QM) และให้นายอำเภอมอบหมายปลัดอำเภอคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนเป็นผู้บันทึกข้อมูลผู้ที่เดินทางเข้าหมู่บ้าน/ชุมชนครั้งแรกและบันทึกข้อมูลติดตามอาการที่ได้รับข้อมูลจากหมู่บ้าน/ชุมชน ซึ่งจะบันทึกข้อมูลโดยใช้แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ LTE ที่กระทรวงมหาดไทยได้สนับสนุนให้ปลัดอำเภอทั่วประเทศ ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม 2563 อย่างไรก็ตามจากการสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ระบบ Thai QM พบว่า มีปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ เนื่องจากระบบ Thai QM มีการดำเนินการหลายขั้นตอน และต้องใช้บุคลากรดำเนินการจำนวนหลายคน (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง, 2563) วิจัยและนักวิชาการคอมพิวเตอร์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง จึงมีความสนใจในการพัฒนาระบบการติดตามผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 โดยประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่เชื่อมโยงการทำงานร่วมกันระหว่างระบบงานของกรมการปกครอง และหน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อลดขั้นตอนการทำงานให้สามารถบูรณาการทำงานร่วมกันด้วยเทคโนโลยี Web base Application และใช้ฐานข้อมูลแบบ Relational Database อันจะส่งผลให้การควบคุมโรค COVID-19 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง ดังนี้
 - 3.1 ผลการทดสอบความแตกต่างของจำนวนผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง โดยการใช้โปรแกรม Thai QM และ Trang Healthy Passport
 - 3.2 ระดับความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ใช้กระบวนการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนตามลำดับ คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) เป็นการวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ ประชุมเชิงปฏิบัติการและจัดทำแผน ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Acting) เป็นการลงมือปฏิบัติงานตามแผนกิจกรรม ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observing) เป็นการติดตามประเมินผลที่เกิดขึ้น และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflecting) เป็นการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน (Action) ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล (Observation) และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนย้อนผล (Reflection)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในเขตอำเภอเมืองและอำเภอห้วยยอด ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัด ระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน กรรมการหมู่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ประชาชนกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้เดินทางที่มีประวัติเดินทางผ่านพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง และผู้เดินทางสงสัยป่วยเข้าเกณฑ์สอบสวนโรค (Patient under investigation [PUI]) ได้แก่ ผู้เดินทางที่มีไข้ $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ร่วมกับการมีอาการระบบทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่ง (ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หายใจและเหนื่อยหรือหายใจลำบาก) และ มีประวัติในข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้

1. เดินทางมาจากประเทศ หรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ระบาดของโรค COVID-19 ภายใน 14 วัน
2. สัมผัสสัตว์ที่เป็นแหล่งรังโรค หรือเข้าโรงพยาบาลในประเทศที่มีการระบาดของโรค COVID-19
3. สัมผัสผู้ป่วยใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ยืนยันการติดเชื้อ COVID-19

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดระยะเวลาการทำวิจัย สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย สามารถสื่อสาร แสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดกระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ย้ายออกนอกพื้นที่การวิจัยและไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอน

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการประเมินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรง เลขที่ 60/2563 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิอย่างเคร่งครัด โดยการสอบถามความสมัครใจและให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หลังจากที่ได้ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับหัวข้อการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลอย่างละเอียด การขออนุญาตการบันทึกเสียง พร้อมทั้งการจดบันทึกประเด็นที่สำคัญ ขณะสนทนากลุ่ม การรักษาความลับ การนำข้อมูลออกเผยแพร่ในลักษณะภาพรวม รวมทั้งการบอกขุดิการให้ความร่วมมือได้ทุกระยะของการวิจัยที่รู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลและขอข้อมูลย้อนกลับได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1. แบบบันทึกสถิติจำนวนผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ตั้งแต่วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2563 ถึงวันที่ 15 มิถุนายน พ.ศ. 2563 เพื่อนำข้อมูลมาเปรียบเทียบความแตกต่างของการใช้โปรแกรม Thai QM และ Trang Healthy Passport

2. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง โดยมีข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ ทุกข้อเป็นคำถามเชิงบวก ลักษณะคำตอบเป็นการวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ คือ ตั้งแต่ 1 (ไม่พึงพอใจ) จนถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด) โดยให้คะแนน 1-5 ตามลำดับ ผู้วิจัยแบ่งระดับความพึงพอใจโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้ ไม่พึงพอใจ ($M = 1.00 - 1.50$ คะแนน) พึงพอใจน้อย ($M = 1.51 - 2.50$ คะแนน) พึงพอใจปานกลาง ($M = 2.51 - 3.50$ คะแนน) พึงพอใจมาก ($M = 3.51 - 4.50$ คะแนน) และพึงพอใจมากที่สุด ($M = 4.51 - 5.00$ คะแนน)

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือช่วยในเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพมีดังนี้ (1) เครื่องบันทึกเสียงขนาดเล็ก (2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม เพื่อบันทึกหมายเลขผู้ให้ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล รวมถึงรายละเอียดเบื้องต้นของการสนทนากลุ่ม ได้แก่ ครั้งที่ วันที่ เวลาสัมภาษณ์ บรรยายภาคในการสนทนา เพื่อนำข้อมูลมาประกอบการวิเคราะห์ข้อมูล (3) คำถามที่ใช้เป็นแนวทางการสนทนากลุ่ม ใช้คำถามแบบปลายเปิด มีความยืดหยุ่นตามการสนทนา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึก และครอบคลุมตรงตามประเด็นที่ศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ คือ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน จากนั้นนำมาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content Validity Index) ได้เท่ากับ .95 แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนทั่วไปที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดตรัง จำนวน 30 ราย เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ซึ่งวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .85

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ คือ แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ได้รับการตรวจสอบสำนวนภาษา ความชัดเจนเข้าใจง่าย ตลอดจนความเหมาะสมของข้อคำถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากได้มีการปรับแนวคำถามให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงนำไปทดลองสนทนากลุ่ม เพื่อทดสอบความลื่นไหลของสำนวนภาษา และความเข้าใจของข้อคำถามระหว่างผู้วิจัย จากนั้นจึงปรับปรุงแนวคำถามให้สมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลจริงต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ยึดติดกับข้อคำถามหรือการเรียงลำดับของข้อความตามแนวคำถามเพื่อให้การสัมภาษณ์ดำเนินไปอย่างลื่นไหลเป็นไปตามความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยนี้ได้รับการประเมินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยใน 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

การวิเคราะห์และพัฒนาโปรแกรม Trang Healthy Passport ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1-30 มีนาคม พ.ศ. 2563 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดจำนวน 2 คน หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 12 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ประชาชนในพื้นที่ (กลุ่มเสี่ยง) จำนวน 10 คน มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดประชุมเพื่อสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาอุปสรรคและสาเหตุที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรังรูปแบบเดิม (Thai QM) ศึกษามาตรฐานการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 สังเคราะห์ข้อมูล พัฒนาโปรแกรม Trang Healthy Passport โดยจัดทำร่างโปรแกรมและคู่มือการใช้โปรแกรมเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ทดสอบระบบการใช้งานโปรแกรม Trang Healthy Passport ในเขตอำเภอเมืองและอำเภอย้ายยอด

2. ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมก่อนลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยชี้แจงขั้นตอนการใช้โปรแกรมผ่านระบบออนไลน์และให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่นำโปรแกรมไปทดลองใช้ หลังจากนั้น 1 สัปดาห์ จัดประชุมสนทนากลุ่มเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงและพัฒนารูปแบบเป็นระยะ ๆ ตามความเหมาะสมของสถานการณ์ ด้วยความเห็นชอบของผู้เกี่ยวข้อง และจัดทำแผนการใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport ทั่วทุกอำเภอพื้นที่ในจังหวัดตรัง และแผนการติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรม

ขั้นตอนที่ 2 การลงมือปฏิบัติงาน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานประจำด่านคัดกรอง COVID-19 จำนวน 5 ด่าน ประกอบด้วย หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 10 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 10 คน

ผู้วิจัยดำเนินการตามแผน โดยการประกาศใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport และคู่มือการใช้โปรแกรมการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง ทั้งระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตผล

กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากประชาชนที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง ณ จุดตรวจคลองปาง (อำเภอรัษฎา) จุดตรวจควนกูน (อำเภอสิเกา) จุดตรวจด่านค่ายลูกเสือ (อำเภอนาโยง) จุดตรวจฉิมพัง (อำเภอปะเหลียน) จุดคัดกรองท่าอากาศยาน จำนวน 100 คน

ผู้วิจัยและคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดตรัง ติดตามการนำโปรแกรม Trang Healthy Passport ไปใช้เพื่อรับทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยประเมินกระบวนการและประเมินผลลัพธ์ของโปรแกรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1-30 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 ดังนี้

1. การประเมินกระบวนการใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport โดยผู้วิจัยร่วมกับคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ติดตามเยี่ยมพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 รวมทั้งสังเกตอย่างมีส่วนร่วมในการใช้โปรแกรม

2. การประเมินผลลัพธ์การใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport ดังนี้

2.1 ประเมินรูปแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดจริง โดยการรวบรวมสถิติจำนวนผู้ที่ลงทะเบียนเดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดจริง ทั้งโปรแกรม Thai QM และโปรแกรม Trang Healthy Passport

2.2 ประเมินความพึงพอใจในการใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport

ขั้นตอนที่ 4 การขึ้นสะท้อนผล

กลุ่มตัวอย่างในขั้นตอนนี้ ได้แก่ หัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัด จำนวน 2 คน หัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 12 คน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน กรรมการหมู่บ้าน จำนวน 5 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 15 คน ประชาชนในพื้นที่ (กลุ่มเสี่ยง) จำนวน 10 คน

ผู้วิจัยนำผลการประเมินกระบวนการและประเมินผลลัพธ์จากการใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport มาวิเคราะห์และสรุปผลการใช้โปรแกรม ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 1 - 15 มิถุนายน พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยดำเนินการ จัดประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล เพื่อการสนทนากลุ่ม รับฟังความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการนำโปรแกรม Trang Healthy Passport ไปปฏิบัติจริง

สรุปผลการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยนำผลการดำเนินงานวิจัยทั้งหมด มารวบรวมและวิเคราะห์อย่างละเอียด แล้วนำผลที่ได้มาปรับปรุงแก้ไขรูปแบบใหม่ให้เหมาะสมและสมบูรณ์ที่สุด ได้เป็น **รูปแบบสุดท้าย** ที่เป็นผลสรุปของผลการวิจัยครั้งนี้เสนอต่อคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด เพื่อให้การรับรองรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. คะแนนความพึงพอใจในการใช้โปรแกรมการติดตามจำนวนผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดจริง วิเคราะห์ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดจริง การใช้โปรแกรม Thai QM และ Trang Healthy Passport ในการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดจริง โดยใช้แบบทดสอบ Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสนทนากลุ่มในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis; Graneheim & Lundman, 2004) มีขั้นตอนดังนี้

3.1 นำข้อมูลที่ถอดความแล้วมาตรวจสอบความถูกต้อง ทำความเข้าใจประเด็นจากการสนทนากลุ่ม แล้วอ่านข้อมูลที่ถอดความได้แล้ว ดึงเอาประเด็นที่สำคัญออกมาเขียนทั้งชื่อประเด็น และตัวอย่างที่เกี่ยวข้องกับประเด็นดังกล่าวจากข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล

3.2 นำข้อค้นพบที่ได้จากการจับกลุ่มข้อความที่มีความหมายร่วมกันไปให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ แล้วกำหนดชื่อเรื่องของประเด็นดังกล่าว เลือกข้อความจากการสนทนากลุ่มที่สอดคล้องและสนับสนุนกับประเด็นนั้น ๆ แล้วนำประเด็นที่ได้มาสรุปรวมกันให้เป็นเรื่องราวเดียวกันไปเรื่อย ๆ จนกระทั่งไม่พบประเด็นใหม่

3.3 นำข้อค้นพบที่ได้รับมาเขียนบรรยายในประเด็นต่างๆ โดยเขียนให้มีความชัดเจนเชื่อมโยงให้ถูกต้องและชัดเจน แล้ววิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมทั้งหมดและสรุปประเด็นต่าง ๆ

ผลการวิจัย

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ของจังหวัดตรัง

จังหวัดตรังโดยคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด กำหนดนโยบายเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ COVID-19 ของประชาชนในชุมชน โดยจัดให้มีการเฝ้าระวังและคัดกรองบุคคลภายนอกที่เดินทางเข้ามาในจังหวัดตรังอย่างเข้มงวดและครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยมีดำเนินการดังนี้ (1) ตั้งด่านทางเข้าออกจังหวัดตรังทั้งทางบก ทางน้ำ และทางอากาศ จำนวน 6 ด่าน ได้แก่ ด่านท่าเรือกันตัง ด่านสนามบิน ด่านอำเภอรัษฎา ด่านอำเภอสิเกา ด่านอำเภอปะเหลียน และด่านอำเภอนาโยง (2) ลงทะเบียนก่อนเข้าจังหวัดตรัง ตามคำสั่งของกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย ที่จะต้องรายงานข้อมูลผู้เดินทางเข้าหมู่บ้าน/ชุมชน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ผ่านระบบ Thai QM โดยจะบันทึกข้อมูลครั้งแรกและบันทึกข้อมูลติดตามอาการที่ได้รับข้อมูลจากหมู่บ้าน/ชุมชน และให้นายอำเภอมอบหมายปลัดอำเภอคนใดคนหนึ่งหรือหลายคนเป็นผู้บันทึกข้อมูล ซึ่งจะบันทึกข้อมูลโดยใช้แอปพลิเคชันผ่านโทรศัพท์มือถือ LTE ของกรมการปกครองที่มอบให้ปลัดอำเภอทุกคนผ่าน Application Thai QM

จากการวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานการติดตามผู้เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง พบว่า การดำเนินการยังพบปัญหาติดขัดใน ขั้นตอนการลงทะเบียนก่อนเข้าจังหวัดตรัง ได้แก่ (1) ขาดอัตรากำลังคนในการปฏิบัติงาน เนื่องจากประชาชนจำนวนมากเดินทางกลับจังหวัดตรัง ทำให้ต้องใช้เจ้าหน้าที่ในการดำเนินการกรอกข้อมูลในระบบเอกสารจำนวนมาก (2) ขาดการเตรียมความพร้อมและสร้างความเข้าใจ/ฝึกซ้อมในผู้ปฏิบัติงานให้มีความเข้าใจในการใช้โปรแกรมทำให้แนวทางการปฏิบัติงานไม่ตรงกัน (3) การรายงานข้อมูลไม่ใช่ระบบเวลาจริง (Real-time system) เนื่องจากระบบ Thai QM มีการดำเนินการหลายขั้นตอน ได้แก่ ต้องกรอกข้อมูลในเอกสาร ก่อนลงข้อมูลในระบบออนไลน์ ทำให้ต้องใช้ระยะเวลาดำเนินการค่อนข้างมาก ดังกล่าวกันว่า “ในช่วงแรกที่มีการใช้ระบบรายงานข้อมูลผ่านระบบไทยคิวเอ็ม (Thai QM)

ต้องใช้เวลานาน ทำให้รถที่ผ่านด่านต่าง ๆ ต้องรอคิวนาน รถติดยาวเหยียดเลย” “โปรแกรมไทยคิวเอ็ม (Thai QM) ไม่เหมาะต่อการนำมาใช้ในสถานการณ์ปฏิบัติงานเร่งด่วน เจ้าหน้าที่บางคนไม่เข้าใจการใช้โปรแกรม ทำให้ต้องใช้เวลาลงข้อมูลมากกว่าปกติ” (FGD1) นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังกล่าวว่า

การใช้ฐานข้อมูลในระบบไทยคิวเอ็ม (Thai QM) ไม่สนับสนุนการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำเสนอในการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคในระดับต่าง ๆ รวมถึงการรายงานข้อมูลไปยังส่วนกลางของกระทรวงสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับต้องรายงานด้วยเอกสาร ทำให้เสียเวลาปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในทุกระดับ และการใช้ข้อมูลก็ไม่เป็นปัจจุบัน (FGD2)

จากการวิเคราะห์ปัญหาในขั้นตอนที่ 1 นำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดสร้างรูปแบบใหม่ให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

การพัฒนารูปแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดสร้าง

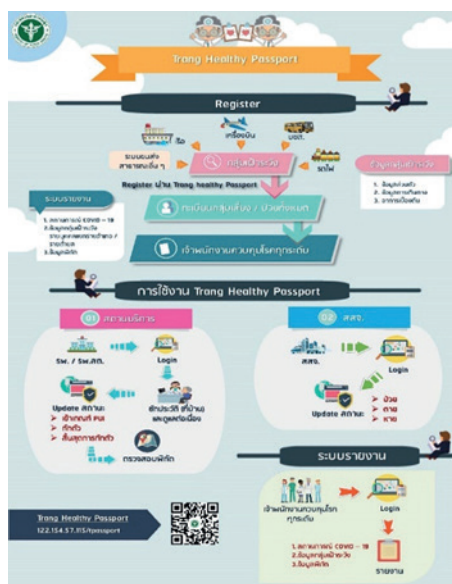
โดยผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลการพัฒนาโปรแกรมเชิงระบบ (System analysis) ซึ่งมีองค์ประกอบที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) พื้นที่ระบาดของโรค 2) ผู้ที่เดินทาง 3) สถานที่กักกัน และ 4) การสังเกตอาการ จึงได้ออกแบบฐานข้อมูลในรูปแบบ Relational Database พัฒนาโปรแกรมผ่านแอปพลิเคชัน Trang Healthy Passport (รูปแบบใหม่) ซึ่งมีรายละเอียดของโปรแกรดังนี้

1. คุณลักษณะของโปรแกรม เป็น Web based Application โดยใช้ฐานข้อมูล MySQL และใช้ภาษา php ในการพัฒนา ติดตั้งในตัวบริการ (Server) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสร้าง เข้าถึงได้โดย URL <http://122.155.27.163/tpassport/frontend/web/index.php?r=covid19/default/create> โดยมีขอบเขตการทำงานเริ่มตั้งแต่มีผู้ที่เดินทางจากต่างประเทศหรือจังหวัดที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัด ที่ผ่านด่านการตรวจคัดกรอง หรือการตรวจพบการเข้ามาในพื้นที่ จะต้องมีการบันทึกข้อมูลลงทะเบียนโดยระบบฐานข้อมูลที่กักกัน จะเป็นการกักกันที่บ้านหรือกักกันในสถานที่กักกันที่กรรมการควบคุมโรคในระดับจังหวัดและอำเภอ จัดให้ซึ่งมีครอบครัวกลุ่มทุกอำเภอ และมีการติดตามวัดไข้ต่อเนื่อง 14 วัน จึงจะออกหนังสือรับรอง การผ่านการ Quarantine ครบ 14 วัน โดยคณะกรรมการควบคุมโรคต่อระดับอำเภอและตำบล

2. ขั้นตอนการทำงานของโปรแกรม ดังแสดงในภาพที่ 1 ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ บันทึกข้อมูลบุคคล (บันทึกทันทีที่เข้ามาในจังหวัด) ประกอบด้วย เลขประชาชน 13 หลัก/ชื่อ-สกุล/ที่อยู่ (บ้านเลขที่ หมู่บ้าน /ถนน ตำบล อำเภอ จังหวัด/เดินทางมาจากจังหวัด/ประเทศ/ประเภทการเดินทาง (ผ่านด่าน /ไม่ผ่านด่าน)/วันที่มาถึงจังหวัดสร้าง บันทึกข้อมูลการกักกัน (พิจารณาโดยกรรมการควบคุมโรคติดต่อ ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ/ระดับตำบล) โดยให้ระบบฐานข้อมูลที่กักกัน บันทึกการติดตามอาการประจำวัน (บันทึกทุกวัน จนครบ 14 วัน หลังเดินทางเข้าจังหวัด) ได้แก่ อุณหภูมิร่างกาย อาการต่าง ๆ

เป็นต้น และบันทึกการจำหน่าย (บันทึกหลังการเฝ้าระวังครบ 14 วัน) พร้อมออกหนังสือรับรองผ่านการกักกันครบ 14 วัน

3. สารสนเทศที่ได้รับจากฐานข้อมูล Trang Healthy Passport ประกอบด้วย รายชื่อของผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 สำหรับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง 14 วัน จำนวนเตียงว่างของสถานที่กักกัน (Quarantine) ในวันปัจจุบัน และล่วงหน้าอีก 14 วัน รายงานจำนวนผู้ที่ได้รับการวัดไข้และสังเกตอาการประจำวัน พร้อมกับรายงานจำนวนคนที่มีอาการตามเกณฑ์การเฝ้าระวังและสอบสวนผู้ป่วยโรคปอดอักเสบจากเชื้อ COVID-19 วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มของผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 และการประมวลผลข้อมูลเพื่อนำเสนอคณะกรรมการควบคุมโรคในระดับจังหวัด และการรายงานข้อมูลไปยังสำนักงานเขตสุขภาพ ในเวลา 16.00 ของทุกวัน



ภาพที่ 1 การใช้งานโปรแกรม Trang Healthy passport

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรม Trang Healthy Passport ไปทดลองใช้ โดยผู้วิจัยได้มีการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานก่อนลงมือปฏิบัติจริงในพื้นที่ โดยการจัดทำคู่มือการใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport ชี้แจงผ่านระบบออนไลน์

ประเมินผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง

หลังจากใช้โปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เสนอแนะการใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport ซึ่งผู้ปฏิบัติเสนอให้ใช้เครื่องอ่านบัตรประชาชนแทนการสแกน QR code ของผู้ที่เดินทางเข้าจังหวัดตรัง เพื่อให้การปฏิบัติงานมีความสะดวก รวดเร็วยิ่งขึ้น ส่วนปัญหาอุปสรรคที่สำคัญในการนำ โปรแกรม Trang Healthy Passport ไปใช้ประจำด้าน คือ การขาดแคลนครูภัณฑ์คอมพิวเตอร์

ทักษะพื้นฐานทางด้านคอมพิวเตอร์ที่มีความแตกต่างกันของบุคลากรที่อยู่เวรปฏิบัติงานที่ระดมกำลังจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้มีปัญหาในการบันทึกข้อมูลในบางผลัดของด่านตรวจคัดกรอง ทั้งนี้ผู้วิจัยและคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดได้ตรวจเยี่ยมการปฏิบัติงานของด่านตรวจคัดกรอง และได้ประสานกับจังหวัดในการจัดหาครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์เพิ่มเติมให้ในแต่ละด่านให้ครอบคลุมทุกด่าน และมอบหมายให้หัวหน้าชุดปฏิบัติงานของแต่ละผลัดได้ส่งมอบงานและถ่ายทอดวิธีการบันทึกข้อมูลผ่านโปรแกรม Trang Healthy Passport ให้กับผู้ปฏิบัติงานในผลัดต่อไป

คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ติดตามเยี่ยมพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 และสังเกตการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในอำเภอเมืองและอำเภอห้วยยอด เพื่อประเมินผลลัพธ์การใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport พบว่า จำนวนผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรังผ่านโปรแกรม Trang Healthy Passport (รูปแบบใหม่) มากกว่าโปรแกรม THAI QM (รูปแบบเก่า) ในช่วงเวลาเดียวกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง แยกตามการใช้โปรแกรม THAI QM กับโปรแกรม Trang Healthy Passport

อำเภอ	จำนวนผู้เดินทาง เข้ามาในจังหวัดตรัง โดยใช้โปรแกรม THAI QM		จำนวนผู้เดินทาง เข้ามาในจังหวัดตรัง โดยใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport	
	ทั้งหมด	ระหว่างกักตัว 14 วัน	ทั้งหมด	ระหว่างกักตัว 14 วัน
	(คน)	(คน)	(คน)	(คน)
เมืองตรัง	2,668	573	3,198	1,102
กันตัง	2,717	615	3,402	834
ย่านตาขาว	1,928	374	2,126	623
ปะเหลียน	2,112	368	2,152	618
สิเกา	2,089	191	2,107	320
ห้วยยอด	1,488	131	2,430	663
วังวิเศษ	1,852	323	1,948	330
นาโยง	1,034	218	1,087	279
รัษฎา	635	55	1,230	212
หาดสำราญ	759	124	792	198
รวม	17,282	2,972	20,472	5,179

เมื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้เดินทางมาจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง โดยใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport สูงกว่าการใช้โปรแกรม Thai QM อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง

การใช้โปรแกรม	Mean	SD	Min	Max	Wilcoxon Signed Ranks Test	
					Z	P
Thai QM	297.20	198.28	55.00	615.00	-2.80	.005**
Trang Healthy Passport	517.90	300.12	198.00	1102.00		

หมายเหตุ. ** $p < .05$

นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนความพึงพอใจต่อโปรแกรม Trang Healthy Passport ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.51$, $SD = 0.52$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง

รายการ	ผลการประเมิน		
	M	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. โปรแกรมนี้มีประโยชน์ต่อผู้รับบริการ	4.50	0.51	มาก
2. ขั้นตอนการใช้โปรแกรมไม่ซับซ้อน	4.41	0.50	มาก
3. โปรแกรมสามารถนำไปใช้ได้จริง	4.64	0.51	มากที่สุด
4. โปรแกรมใช้งานได้สะดวก	4.49	0.51	มาก
5. ท่านจะนำไปบอกต่อหรือแนะนำผู้รับบริการอื่น ๆ	4.55	0.51	มากที่สุด
ภาพรวม	4.51	0.52	มากที่สุด

หมายเหตุ. $n = 100$

เมื่อสนทนากลุ่มกับผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ พบว่า การใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport มีข้อดี ดังนี้

1) สามารถลดระยะเวลาและขั้นตอนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ รวมทั้งลดระยะเวลาในการรอคัดกรองเพื่อเข้ามาพื้นที่ในจังหวัดตรัง ช่วยลดความแออัด ณ จุดคัดกรอง อันจะนำมาซึ่งการลดการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในชุมชนได้

2) สามารถให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One stop service) ในขั้นตอนการลงทะเบียนเข้าจังหวัดตรัง การตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยง และการส่งข้อมูลให้หน่วยควบคุมโรคในพื้นที่ระดับชุมชน ทำให้ลดจำนวนบุคลากรและขั้นตอนในการปฏิบัติงานและส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ระดับชุมชนได้สะดวกรวดเร็ว

ได้ตามเวลาที่เป็นจริง (Real time) ดังนั้นผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อในพื้นที่สามารถวางแผนเตรียมรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ทันเวลา

3) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดตรัง คือ (1) ความตระหนักและความร่วมมือของผู้บริหารหน่วยงานต่าง ๆ กลุ่มเครือข่าย และผู้นำท้องถิ่น (2) การเสริมพลังใจให้ชุมชน และ (3) การสร้างการรับรู้ของประชาชนในการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันเวลาจากการใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport

อภิปรายผลการวิจัย

รัฐบาลไทยได้ใช้มาตรการต่าง ๆ เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ ได้แก่ การตรวจคัดกรองผู้เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 อย่างเข้มข้น โดยกำหนดให้มีการดำเนินการที่ช่องทางเข้าออกประเทศ ทั้งท่าอากาศยาน ท่าเรือ และพรมแดนทางบก และมอบหมายให้เจ้าพนักงาน ควบคุมโรคติดต่อประจำด่านควบคุมโรคติดต่อดำเนินการคัดกรองและเมื่อพบผู้สงสัยป่วย เข้าได้กับนิยามโรคก็ให้ส่งต่อไปยังโรงพยาบาลที่กำหนดเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยยืนยันต่อไป อีกทั้งคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อแห่งชาติได้จัดทำแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการดำเนินงานดังกล่าวด้วย (ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2563) จังหวัดตรังได้นำแนวคิดการจัดทำนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and communication technology [ICT]) ที่สามารถใช้งานผ่านเว็บไซต์ในระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตเพื่อรับมือกับวิกฤตด้านการให้บริการสุขภาพและการดูแลด้านสังคม (Social care) ในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ซึ่ง Web Based จะถูกติดตั้งไว้ที่เครื่อง Web Server ทำให้ผู้ใช้เกิดความสะดวกในการใช้งาน เพราะสามารถเรียกใช้งานโปรแกรมผ่านเว็บเบราว์เซอร์ได้เลย โดยการพัฒนาโปรแกรม Trang Healthy Passport มีความแตกต่างกับการใช้โปรแกรม Thai QM คือ นำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องหลายขั้นตอน และต้องผ่านหลายหน่วยงานมารวมกันให้บริการอยู่ในโปรแกรมเดียวกันเป็นการรวมกันอยู่ที่จุดเดียวกันในลักษณะที่ส่งต่องานระหว่างกันทันที เพื่อให้สามารถให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว แทนที่จะต้องมีการบันทึกข้อมูลการเดินทางผ่านด่านของประชาชนลงในเอกสารและนำไปบันทึกลงในโปรแกรม Thai QM อีกครั้ง ซึ่งจะต้องใช้เวลาและผู้ปฏิบัติงานมาก ทำให้สามารถลดจำนวนบุคลากรและขั้นตอนในการปฏิบัติงานและส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ระดับชุมชนได้สะดวกรวดเร็วได้ตามเวลาที่เป็นจริงทำให้ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคในพื้นที่สามารถวางแผนเตรียมรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ได้ทันเวลา มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ อีกทั้งให้ประโยชน์ทั้งในส่วนของผู้รับบริการและภาครัฐ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและช่วยลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐอีกด้วย

ในการนำโปรแกรม Trang Healthy Passport ไปใช้ พบว่า ผู้ใช้โปรแกรมมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับหลักการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ 5 ประการ คือ การให้บริการอย่างเสมอภาค ให้บริการโดยคิดว่า ประชาชนทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน

การให้บริการอย่างทันเวลา การให้บริการอย่างพอเพียง การให้บริการอย่างต่อเนื่อง และการให้บริการอย่างก้าวหน้า โดยมีการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงาน และเพิ่มประสิทธิภาพและความสามารถที่จะทำหน้าที่ได้มากขึ้นโดยใช้ทรัพยากรเท่าเดิม (เกศนราภรณ์ สัตยาชัย, 2546) รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของ Marcelino, Barroso, Cruz, and Pereira, (2008) ที่ใช้การดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกลในการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งยังใช้เป็นช่องทางในการสอบถามปัญหาที่ไม่ต้องการเปิดเผยของผู้สูงอายุ ไปยังแพทย์พยาบาล หรือ บุคลากรทางการแพทย์และสอดคล้องกับการศึกษาของ Vidal-Alaball et al. (2020) ที่พบว่า การใช้ Telemedicine ในช่วงที่ COVID-19 แพร่ระบาดเป็นแนวป้องกันด่านแรกของแพทย์ในการชะลอการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 อีกทั้งทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับแพทย์หรือพยาบาลง่ายขึ้น

นอกจากนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดจริง ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานตามสถานการณ์ภายในจังหวัดของผู้บริหารหน่วยงาน กลุ่มเครือข่าย และผู้นำท้องถิ่น ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community participation) เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล รวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนานั้น ๆ และสามารถแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดในชุมชน (กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์, 2561; พูลสินธุ์ พงษ์ประเทศ, 2550) อย่างไรก็ตามยังมีปัจจัยบางประการที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล อันเนื่องมาจากการดูแลสุขภาพผ่านระบบทางไกล เป็นการบูรณาการนวัตกรรมด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านองค์กรในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน รวมถึงมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายด้าน ทั้งด้านการบริการ ด้านสุขภาพ และด้านบริการสังคม ทำให้เกิดความซับซ้อนของโครงสร้างระบบและการนำระบบไปใช้ ซึ่งหากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละฝ่ายไม่เข้าใจในกระบวนการทำงานทั้งหมด อาจมีผลให้เกิดอุปสรรคต่อการนำไปใช้งานได้ ซึ่งในครั้งนี้ผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือสำหรับการใช้โปรแกรม Trang Healthy Passport และเผยแพร่ข้อมูลให้แก่ผู้ปฏิบัติงานผ่านช่องทางโปรแกรมออนไลน์ การประสานจัดหาครุภัณฑ์คอมพิวเตอร์ให้เพียงพอในแต่ละด่านตรวจคัดกรอง รวมทั้งการติดตามนิเทศหน้างาน เพื่อลดปัญหาและอุปสรรคในการติดตามผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ที่พัฒนาขึ้น

นอกจากนี้การนำโปรแกรม Trang Healthy Passport ไปใช้ในครั้งต่อไปหรือในพื้นที่อื่น ๆ หน่วยงานที่รับผิดชอบจะต้องมีการออกแบบหลักสูตรการฝึกอบรม และให้การฝึกอบรมแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่ครอบคลุมทั้งโปรโตคอลและรายละเอียดของการใช้ Trang Healthy Passport และช่วยในการให้คำปรึกษาทางไกลแก่ผู้ใช้โดยใช้บทสนทนาสดผ่านเครื่องมือระบบ Telehealth เช่น การใช้กล้อง และจอสังเกตการณ์ เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การพัฒนาโปรแกรม Trang Healthy Passport เป็นการนำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องหลายขั้นตอน และหลายหน่วยงานมารวมกันให้บริการอยู่ในโปรแกรมเดียว ในลักษณะที่ส่งต่องานระหว่างกันทันที ทำให้สามารถให้บริการเบ็ดเสร็จในจุดเดียว สามารถลดจำนวนบุคลากรและขั้นตอนในการปฏิบัติงาน และส่งต่อข้อมูลไปยังพื้นที่ระดับชุมชนได้สะดวกรวดเร็วได้ตามเวลาที่เป็นจริง ทำให้ผู้รับผิชอบงานควบคุมโรคในพื้นที่สามารถวางแผนเตรียมรับมือกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ได้ทันเวลา มีประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้รับบริการ อีกทั้งให้ประโยชน์ทั้งในส่วนของผู้รับบริการและภาครัฐ ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและช่วยลดค่าใช้จ่ายของภาครัฐอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำโปรแกรม Trang Healthy Passport ไปใช้เพื่อเตรียมรับมือกับการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ระลอกที่ 2 และ 3 คณะกรรมการควบคุมโรคระดับจังหวัดยังคงใช้โปรแกรมนี้นในการติดตามและรายงานข้อมูลผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดจริง
2. นำผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้สนใจในการพัฒนาโปรแกรมติดตามและรายงานข้อมูลผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในในพื้นที่จังหวัดอื่น ๆ ที่มีบริบทเหมือนจังหวัดจริง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 เข้ามาในจังหวัดจริง และประเมินความเครียดในการดำเนินชีวิตของผู้ที่เดินทางจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค COVID-19 ในจังหวัดจริง ช่วงที่เกิดการระบาดในด้านต่าง ๆ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนในการดูแลสุขภาพประชาชนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กิตติ วงศ์ปทุมทิพย์. (2561). การมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อำเภอดอนตูม จังหวัดนครปฐม. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 24(2), 59-67.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/info.php>
- เกศนราภรณ์ สัตยาชัย. (2546). *ความพึงพอใจของประชาชนที่มีต่อการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ของสำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร* (รายงานการวิจัย ไม่ได้ตีพิมพ์). กรุงเทพมหานคร, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วไพบูลย์, และทักษิภา ชัชรรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 29-39.

- พลสินธุ์ พงษ์ประเทศ. (2550). *การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษา: โรงเรียนมัธยมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี* (รายงานการวิจัยไม่ได้ตีพิมพ์). ขอนแก่น, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. (2563). *รายงานประจำวันสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก <http://www.tro.moph.go.th/index2.php>
- ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การดูแลสุขภาพตนเองให้พ้นจากไวรัสโคโรนา*. สืบค้นจาก http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=685
- Best, J. W. (1977). *Research in Education* (3rd ed.). New Jersey: Prenticehall Inc.
- Graneheim, H. U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). *The Action research planner* (3rd ed.). Victoria, editor. Australia: Deaken University Press.
- Marcelino, I., Barroso, J., Cruz, J. B., & Pereira, A. (2008). *Elder care architecture. Systems and networks communications*, 2008 ICSNC 3rd International Conference.
- Niuniu, S., Suling, S., & Hongyun, W. (2020). *A qualitative study on the psychological experience of caregivers of COVID-19 patients*. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7141468/>
- Vidal-Alaball, J., Acosta-Roja, R., Pastor Hernández, N., Sanchez Luque, U., Morrison, D., Narejos Pérez, S., . . . ópez Seguí, F. (2020). Telemedicine in the face of the COVID-19 pandemic. *Atención Primaria*, 52(6), 369-446. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.04.003>
- World Health Organization, Thailand. (2020). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) รายงานสถานการณ์โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ประเทศไทย*. สืบค้นจาก <https://covid19.who.int/>

การดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

สุภาวดี เนติเมธี, พย.ม.^{1*}

สุนทร บุษปามาลา, ป.ร.ด.¹

(วันที่ส่งบทความ: 9 มีนาคม 2565; วันที่แก้ไข: 2 พฤษภาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 24 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

เบาหวานในระยะตั้งครรภ์เป็นภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์เพิ่มมากขึ้น ภาวะนี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก ค่าน้ำตาลในเลือดที่สูงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ซึ่งอาจรุนแรงจนเสียชีวิตได้ สตรีตั้งครรภ์อาจเกิดภาวะครรภ์เป็นพิษ คลอดก่อนกำหนด คลอดติดขัด ตกเลือด หลังคลอดและติดเชื้อหลังคลอด ส่วนทารกอาจมีภาวะตัวโตกว่าปกติ น้ำตาลในเลือดต่ำ เลือดขึ้น บิลิรูบิน ในเลือดสูงและตายในครรภ์ ดังนั้นสตรีตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับการคัดกรองเบาหวาน ด้วยการซักประวัติ การประเมินปัจจัยเสี่ยงทางคลินิก และการตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง ควรได้รับการคัดกรองเบาหวานตั้งแต่ครั้งแรกของการมาฝากครรภ์ หรือเร็วที่สุดเท่าที่เป็นไปได้ หากผลการคัดกรองเบาหวานครั้งแรกปกติควรได้รับการคัดกรองเบาหวานอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ประมาณ 24-28 สัปดาห์ สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ควรดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมในเรื่องโภชนาการ การควบคุมระดับน้ำตาล การออกกำลังกาย การใช้ยาควบคุมเบาหวาน และติดตามการตรวจรักษาเมื่อเข้าสู่ระยะคลอดและระยะหลังคลอดควรเฝ้าระวังอาการน้ำตาลในเลือดต่ำหรือสูง ป้องกันการติดเชื้อ และสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีสุขภาพดีด้วยการลดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ และอันตรายที่อาจเกิดขึ้น จุดประสงค์ของบทความวิชาการนี้ คือเพื่อนำเสนอข้อมูลเบื้องต้นของเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของ สตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์, เบาหวานขณะตั้งครรภ์, การดูแล

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

* ผู้ประพันธ์บทความ: สุภาวดี เนติเมธี; อีเมล: Supavadee_net@vu.ac.th

Nursing Care for Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus During Pregnancy

Supavadee Netimeteer, M.N.S.^{1}*

Sunetra Boobpamala, Ph.D.¹

(Received: March 9th, 2022; Revised: May 2nd, 2022; Accepted: May 24th, 2022)

Abstract

Gestational diabetes mellitus (GDM) is a condition in which pregnant women's blood sugar levels become high. The increase in GDM is a worldwide trend. High blood sugar levels can have severe effect on pregnant women's and fetus' health and can result in death. Pregnant women with GDM may also experience pregnancy induced hypertension, preterm birth, obstructed-labor, postpartum hemorrhage, and postpartum infection. The fetuses or newborns may suffer macrosomia, hypoglycemia, polycythemia, hyperbilirubinemia, and death fetus in utero. Therefore, all pregnant women should be screened for diabetes using medical history interviews, clinical high-risk assessments, and blood sugar tests. Pregnant women who are at high risk for GDM should be screened during their first visit at an antenatal care unit or as soon as possible. If the initial results of the diabetes mellitus screenings are normal, they should be screened again at approximately 24-28 weeks of gestation. Women with GDM should take proper care of themselves with regard to nutrition, blood sugar control, exercise, medications to control diabetes, and monitoring treatments. During childbirth and the postpartum period, they should watch for signs of hypoglycemia or hyperglycemia, take precautions to prevent infections, and identify any abnormal signs or symptoms that they need to see health care providers. This is important for keeping pregnant women and their infants healthy by reducing the risk of experiencing other complications and dangers. The aim of this paper is to present basic information about GDM, its screening, its effects on maternal and fetal health, and the care guidelines for women with GDM.

Keywords: pregnant women, gestational diabetes mellitus, nursing care

¹ Lecturer, Faculty of nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima province

* Corresponding author: Supavadee Netimeteer; E-mail: Supavadee_net@vu.ac.th

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus [GDM]) เป็นภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (ชญาดา เนตรกระจ่าง, 2560) โดยทั่วโลกมีแนวโน้มความชุกของการเกิด GDM ก่อนข้างสูงจากผลการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation [IDF]) พบว่าในปี พ.ศ. 2558-2560 มีสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงถึง 20.9 ล้านคน (ร้อยละ 16.2) โดยร้อยละ 85.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น GDM และร้อยละ 7.4 เป็นเบาหวานชนิดอื่น เช่น เบาหวานที่ตรวจพบมาก่อนตั้งครรภ์ (Pregestational diabetes mellitus/ Overt DM) และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 อาจมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง 313.3 ล้านคน (IDF, 2017) สำหรับในประเทศไทยมีผู้เป็นเบาหวานไม่น้อยกว่า 4 ล้านคน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี [สบท.], 2560)

ส่วนใหญ่ GDM มีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านพฤติกรรมทางสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารการออกกำลังกาย และความเครียด เป็นต้น (ชญาดา เนตรกระจ่าง, 2560) ประกอบกับปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ เช่น มีการศึกษาพบว่าน้ำหนักตัวก่อนตั้งครรภ์ที่อยู่ในภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิด GDM เพิ่มขึ้นแปดเท่า และสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปีขึ้นไปมีโอกาเสี่ยงต่อการเกิด GDM มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีถึง 3.57 เท่า (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, ศิริกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ, และอรพรรณ พินิจเลิศสกุล, 2559) และเมื่อสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากขึ้น จะยิ่งเสี่ยงต่อน้ำตาลสูงในเลือดมากขึ้น จึงมีโอกาสเกิด GDM มากตามไปด้วย (วิทยา ถิฐาพันธ์, 2561; Demirel, Yilmaz, & Kumsar, 2020)

ภาวะ GDM เป็นความผิดปกติของการเผาผลาญคาร์โบไฮเดรต เนื่องจากการผลิตฮอร์โมนที่มีฤทธิ์ต้านอินซูลินในขณะตั้งครรภ์ที่ดื้อต่ออินซูลินให้เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นตามอายุครรภ์ที่เพิ่มขึ้น โดยมักเกิดในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ และเพิ่มสูงสุดในช่วงอายุครรภ์ 34-36 สัปดาห์ (ชญาดา เนตรกระจ่าง, 2560; Mokhlesi, Simbar, Tehrani, Karimam, & Majd, 2019) เปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์ยังมีความเกี่ยวข้องกับการเกิด GDM คือ รกผลิตฮอร์โมน Human placenta lactogen (HPL) ที่ออกฤทธิ์ต้านการทำงานของอินซูลิน ทำให้ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ ระดับน้ำตาลในเลือดจึงสูงขึ้น โดยเฉพาะหลังการรับประทานอาหาร (Postprandial hyperglycemia) ทำให้ร่างกายมีความต้องการปริมาณอินซูลินมากขึ้น จึงหลังอินซูลินเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าช่วงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (ปรังทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, และกรศศิริ ชิดดี, 2563)

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ เช่น ความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ ครรภ์แฝดน้ำ เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด คลอดยาก ผ่าตัดคลอดเนื่องจากทารกตัวโต ติดเชื้อมีกรวยไต ภาวะตกเลือดหลังคลอด และติดเชื้อง่าย เป็นต้น (นันทพร แสนศิริพันธุ์, 2561; Cunningham et al., 2018; Marquesim et al., 2016) ส่วนภาวะแทรกซ้อนที่พบในทารก ได้แก่ ทารกตัวโตทำให้คลอดยาก เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หายใจลำบาก เกิดภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ

ภาวะเลือดขึ้นและมีความหนืดมากเกินไป และภาวะตัวเหลืองแรกเกิด (วิทยา ธิฐาพันธุ์, 2561) ในระยะยาวพบว่าสตรีที่เป็น GDM มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานในอนาคตร้อยละ 8.4 เมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่เป็น GDM ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงเพียงร้อยละ 3.3 (IDF, 2017) ส่วนทารกมีโอกาสดูแลผลกระทบจากมารดาที่เป็น GDM ร้อยละ 14.3 (IDF, 2017) และมีโอกาสเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ร้อยละ 1-3 (American Diabetes Association [ADA], 2019)

โดยปกติมักพบภาวะ GDM ในช่วงกลางไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ ทั้งนี้เพราะทารกในครรภ์มีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น ในช่วงท้ายของไตรมาสที่ 2 และ 3 (ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง และคณะ, 2559) สารอาหารที่รับประทานเข้าไปก่อให้เกิดการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอย่างมาก ขณะที่ฮอร์โมนจารกที่เพิ่มสูงขึ้นก็มีฤทธิ์ต้านอินซูลิน ดังนั้นความต้องการอินซูลินของสตรีตั้งครรภ์จึงเพิ่มมากขึ้นถึง 3 เท่า อย่างไรก็ตามสตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความสามารถที่จะผลิตอินซูลินเพิ่มขึ้นเพื่อทดแทนการต้านฤทธิ์ของอินซูลิน และเพื่อคงไว้ให้ระดับน้ำตาลในเลือดปกติ มีเฉพาะสตรีตั้งครรภ์บางรายเท่านั้นที่ไม่สามารถนำอินซูลินมาใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพจนทำให้เกิด GDM (Cunningham et al., 2018) จุดประสงค์ของบทความวิชาการนี้คือเพื่อนำเสนอชนิดของ GDM การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงและการวินิจฉัย GDM ผลกระทบของ GDM ต่อภาวะสุขภาพสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และแนวทางการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM ขณะตั้งครรภ์ าระยะคลอด และระยะหลังคลอด

การแบ่งชนิดของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ในอดีต American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG) ได้เสนอให้แบ่งโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เป็น class ต่าง ๆ โดยหากเป็น GDM จะแบ่งเป็น class A1 และ A2 ตามระดับน้ำตาลในเลือด แต่ถ้าเป็นโรคเบาหวานที่เป็นมาก่อนการตั้งครรภ์ จะแบ่งตาม White's classification เป็น class B ถึง H (ตารางที่ 1) ปัจจุบันพบว่า การแบ่งโรคเบาหวานที่วินิจฉัยได้ครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ออกเป็น class A1 และ A2 เพื่อเป็นแนวทางการรักษาด้วยการควบคุมอาหาร (Diet control) หรือระดับอินซูลิน (Insulin control) นั้น ไม่มีประโยชน์ในการดูแลรักษาสตรีที่เป็น GDM ทาง ACOG จึงแนะนำให้ยกเลิกการแบ่งชนิดของ GDM ดังกล่าว แต่จะมุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ของการรักษาที่ดี (สบท., 2560) คือ การที่สตรีตั้งครรภ์สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และไม่มีภาวะหลอดเลือดทำงานผิดปกติ (Diabetic vasculopathy) แทน

ตารางที่ 1 การแบ่งชนิดของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตาม White's classification และ ACOG

Class	Onset	Fasting plasma glucose	2-hour postprandial glucose	Therapy
A1	ตั้งครรรภ์	< 105 mg/dl	< 120 mg/dl	Diet
A2	ตั้งครรรภ์	≥ 105 mg/dl	≥ 120 mg/dl	Insulin
Class	Age of onset	Duration (years)	Vascular complication	Therapy
B	หลังอายุ 20 ปี	< 10 ปี	None	Insulin
C	10-19 ปี	10-19 ปี	None	Insulin
D	ก่อนอายุ 10 ปี	> 20	Begin retinopathy	Insulin
F	ไม่คำนึงถึง	ไม่คำนึงถึง	Neophropathy	Insulin
R	ไม่คำนึงถึง	ไม่คำนึงถึง	Proliferative retinopathy	Insulin
H	ไม่คำนึงถึง	ไม่คำนึงถึง	Heart	

หมายเหตุ ดัดแปลงจาก William Obstetrics (p. 1126), by F. G. Cunningham et al., 2018, New York: McGraw-Hill.

การวินิจฉัยโรคและตรวจคัดกรองเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การวินิจฉัยโรคและตรวจคัดกรอง GDM ในปัจจุบันมีหลายเกณฑ์ด้วย เกณฑ์ที่ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2555) แนะนำให้ใช้มี 2 เกณฑ์ คือเกณฑ์ของ Carpenter และ Coustan และเกณฑ์ของ IDF โดย Carpenter และ Coustan แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ดื่มน้ำที่ละลายกลูโคส 100 กรัม (100 gm oral glucose tolerance test [OGTT]) และเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาลในเลือด 4 ครั้ง โดยให้เจาะเลือดก่อนดื่มน้ำตาล 1 ครั้ง และหลังดื่มน้ำตาลในชั่วโมงที่ 1, 2 และ 3 ถ้ามีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 95, 180, 155 และ 140 มก./ดล. ตั้งแต่ 2 ค่าขึ้นไปจะถือว่าเป็น GDM ในขณะที่เกณฑ์ของ IDF แนะนำให้ใช้น้ำตาลกลูโคส 75 กรัม (75 gm OGTT) และเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล 3 ครั้ง โดยให้เจาะเลือดก่อนดื่มน้ำตาล 1 ครั้ง และหลังดื่มน้ำตาลที่ในชั่วโมงที่ 1 และ 2 ถ้ามีค่าน้ำตาลในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 92, 180 และ 153 มก./ดล. ตั้งแต่ 1 ค่าขึ้นไปจะถือว่าเป็น GDM นอกจากนี้ยังมีเกณฑ์วินิจฉัยโรคและตรวจคัดกรอง GDM อื่น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ระดับน้ำตาล	แหล่งอ้างอิงเกณฑ์วินิจฉัยเบาหวานด้วย OGTT				
	National Diabetes Data Group (NDDG)	ADA	Carpenter & Couston	World Health Organization (WHO)	IDF
	(100 gm)	(100 gm)	(100 gm)	(75 gm)	(75 gm)
Fasting	105	95	95	126	92
1 hour	190	180	180		180
2 hour	165	155	155	200	153
3 hour	145	140	140		

หมายเหตุ จาก ตำราสูติศาสตร์ (น. 154-155), โดย ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ, และตรีภพ เลิศบรรณพงษ์, 2560, กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีพวิง.

ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาพบว่า GDM มีอุบัติการณ์สูงขึ้น ซึ่งมีการคาดคะเนความชุกพบว่าเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากวิวัฒนาการของกระบวนการคัดกรองที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงที่จะเกิดขึ้น (IDF, 2017) โดย IDF แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ด้วยการตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเฉลี่ย 3 เดือนที่ผ่านมาเรียกว่าฮีโมโกลบินเอวันซี (Hemoglobin A1C [HbA1C]) ซึ่งมีค่าปกติ คือ ไม่เกินร้อยละ 6.5 และตรวจระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารและเครื่องดื่มอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting Blood Sugar [FBS]) เมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรก การตรวจคัดกรองมี 2 แนวทาง คือ การคัดกรองในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย และการคัดกรองเฉพาะผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยง ซึ่งได้แก่ เชื้อชาติ อายุ 35 ปีขึ้นไป น้ำหนักเกินหรืออ้วน มีประวัติคลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4,000 กรัม และมีภาวะ GDM หรือเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 (IDF, 2017)

การคัดกรองซ้ำควรทำในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ ด้วยวิธีการตรวจขั้นตอนเดียว (One step) โดยการใช้ 75 gm OGTT หรือตรวจสองขั้นตอน (Two step) โดยตรวจคัดกรองขั้นตอนแรกด้วย 50 gm GCT (50 gm Glucose Challenge Test [GCT]) แล้วตรวจยืนยันด้วย 100 gm OGTT (สบท., 2560; ADA, 2019) สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่พบ FBS เท่ากับ 126 มก./ดล. หรือมีค่า HbA1C ร้อยละ 6.5 ขึ้นไปในไตรมาสที่ 1 ให้จัดอยู่ในผู้ที่เป็น Overt DM ซึ่งอาจจะเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 หรือ 2 หรืออาจจะเป็นเบาหวานชนิดอื่น ๆ ที่มีสาเหตุชัดเจน ได้แก่ โรคเบาหวานที่เกิดจากความผิดปกติทางพันธุกรรม เช่น MODY (Maturity onset diabetes of the young) โรคเบาหวานที่เกิดจากโรคของตับอ่อน ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ยาบางชนิด การติดเชื้อ และปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน หรือโรคเบาหวานที่พบร่วมกับกลุ่มอาการต่าง ๆ การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานชนิดใด มีความสำคัญต่อการให้การดูแลรักษาให้เหมาะสม (ADA, 2019)

แนวทางการรักษาสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

แนวทางการรักษาสตรีที่เป็น GDM จะใช้หลักการรักษาที่สำคัญ 3 เรื่อง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การใช้ยาอินซูลิน และการออกกำลังกาย ดังนี้

การควบคุมอาหาร

สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับพลังงานเฉลี่ยวันละ 1,800-2,000 กิโลแคลอรี โดยได้แคลอรีจากคาร์โบไฮเดรต ร้อยละ 50-55 ไขมันร้อยละ 25-30 โปรตีนร้อยละ 20 แบ่งเป็น 6-7 มื้อ คือ 3 มื้อหลัก (เช้า กลางวัน เย็น) และอาหารว่าง 3 มื้อ ต้องมีอาหารว่างก่อนนอน 1 มื้อ โดยแบ่งสัดส่วนแคลอรีในแต่ละมื้ออย่างเหมาะสม คงที่ และใกล้เคียงกันให้มากที่สุด (สบท., 2560) แนะนำให้งดอาหารที่มีรสหวานจัด เช่น ขนมหวาน และ น้ำผลไม้ และแนะนำให้ดื่มน้ำระหว่างมื้อมากกว่าเดิมในช่วงมื้ออาหาร (สุขยา ลือวรรณ, 2558) นอกจากนี้ สตรีตั้งครรภ์ควรได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเป้าหมายในการรักษาระดับน้ำตาลในเลือด คือ ก่อนรับประทานอาหารและก่อนนอนอยู่ระหว่าง 60-95 มก./ดล. หลังรับประทานอาหาร 1 ชั่วโมงน้อยกว่า 140 มก./ดล. และรับประทานอาหาร 2 ชั่วโมง น้อยกว่า 120 มก./ดล. และในช่วง 02.00-04.00 น. ระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่า 60 มก./ดล. ถ้ามีระดับ น้ำตาลในเลือดผิดปกติ อาจพิจารณาเปลี่ยนการรักษาจากควบคุมอาหารเป็นการให้อินซูลินแทน (ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี, 2562)

การใช้อินซูลิน

แพทย์จะพิจารณาการรักษาด้วยอินซูลินในรายที่ FBS มากกว่า 105 มก./ดล. ตั้งแต่แรกวินิจฉัย หรือ ในรายที่ควบคุมอาหารแล้ว FBS ยังมากกว่า 95 มก./ดล. หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร 1 ชม. และ 2 ชม. มากกว่า 140 และ 120 มก./ดล. ตามลำดับ การให้อินซูลินใน GDM อาจให้วันละ 1-2 ครั้ง โดยใช้ ยาอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (Short-acting insulin) หรือ Regular insulin (RI) ร่วมกับอินซูลิน ออกฤทธิ์ปานกลาง (Intermediate acting insulin) เช่น Neutral Protamine Hagedorm (NPH) ฉีดทาง ได้ผิวหนัง (Subcutaneous) วันละ 2 ครั้งก่อนอาหารเช้าและก่อนอาหารเย็น เพื่อควบคุมระดับน้ำตาล FBS ให้อยู่ระหว่าง 60-90 มก./ดล. และหลังรับประทานอาหาร 2 ชม. (2-hour postprandial glucose) ต่ำกว่า 120 มก./ดล. หากจำเป็นอาจใช้ยาเม็ดลดน้ำตาลในสตรีที่เป็น GDM ควรเลือกใช้ Glibenclamide หรือ Metformin หรือใช้ Metformin ร่วมกับอินซูลินในกรณีที่ต้องใช้อินซูลินปริมาณสูง (สบท., 2560)

การออกกำลังกาย

สตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพราะการออกกำลังกายอย่างเหมาะสมจะช่วยให้อินซูลินถูกนำไปใช้มากขึ้น อินซูลินดูดซึมได้เร็วขึ้น และเพิ่มประสิทธิภาพในการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดการออกกำลังกายที่ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลในเลือด ได้แก่ ออกกำลังกาย แบบใช้แรงต้านกล้ามเนื้อ หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับการใช้แรงต้านกล้ามเนื้อ เช่น การทำโยคะ และการเดิน โดยต้องใช้ระยะเวลาตั้งแต่ 25 นาทีขึ้นไป/ครั้ง และชีพจรหลังออกกำลังกายไม่ควรเกิน 120 ครั้ง/นาที หรืออยู่ระดับปานกลาง (ร้อยละ 65-80 ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุด; วิทยาลัย สุวรรณภักดี,

มลิวัลย์ บุตรคำ, และอุทุมพร คลยเกษม, 2563) การศึกษาของ พรธรรมรส โพธิ, จรัสศรี ชีระกุลชัย, จันทิมา ขนบดี, และปัญญา พันธุ์บุรณะ (2559) ก็ได้ผลเช่นเดียวกัน โดยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM class A2 ที่ได้รับโปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ มากกว่าสตรีตั้งครรภ์เบาหวานที่ได้รับการดูแลตามปกติ นอกจากนี้การออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนตามเป้าหมายที่กำหนดร่วมกับการควบคุมอาหารยังทำให้ระดับ FBS ลดลงได้เพราะร่างกายนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้มากขึ้น (ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์ และพรสวรรค์ คำทิพย์, 2563) ทั้งนี้สตรีตั้งครรภ์ควรออกกำลังกายเฉพาะกล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกายโดยให้มีผลกระทบต่อกล้ามเนื้อส่วนท้องน้อยที่สุด เช่น การเดิน และการว่ายน้ำ ไม่ควรวิ่งเพราะอาจเกิดการหดรัดตัวของมดลูกได้ และไม่ควรรอกำลังกายเมื่อรู้สึกไม่สบาย เช่น ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว เหนื่อยมาก หายใจไม่สะดวกและทารกในครรภ์ดิ้นมากหรือดิ้นน้อยผิดปกติ (สบท., 2560)

บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

โดยทั่วไปสตรีที่มีระดับครีเอตินินในเลือด (Serum creatinine [Scr]) มากกว่า 3 มก./ดล. ไม่ควรแนะนำให้ตั้งครรภ์ เนื่องจากทารกมักจะเสียชีวิต (ADA, 2019) ส่วนสตรีที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตา และไตระยะต้น หรือได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนไตสามารถตั้งครรภ์และคลอดบุตรได้อย่างปลอดภัย เมื่อสตรีที่เป็นเบาหวานตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ พยาบาลสามารถปรับแนวทางการรักษามาเป็นการดูแลสตรีทั้งในระยะก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ได้ดังนี้

การดูแลในระยะก่อนตั้งครรภ์

เป้าหมายสำคัญในการดูแลในระยะก่อนตั้งครรภ์ คือ เพื่อให้การตั้งครรภ์และการคลอดที่ปลอดภัย คือ การควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและการประเมินภาวะแทรกซ้อน (สบท., 2560) ดังนี้

1. แนะนำให้สตรีควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนตั้งครรภ์อย่างน้อย 2-3 เดือน และควรฝึกทักษะการประเมินระดับน้ำตาลในเลือด เพราะขณะตั้งครรภ์ต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วมือด้วยตนเองที่บ้าน โดยตรวจก่อนและหลังอาหารทุกมื้อ และก่อนนอน ผลที่ได้ช่วยตัดสินใจในการปรับขนาดหรือรูปแบบของการฉีดอินซูลินในแต่ละวันเพื่อให้ได้ระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมายที่กำหนด

2. แนะนำให้ตรวจระดับ HbA1C ก่อนการตั้งครรภ์ และผลการตรวจที่ดีควรมีค่าน้อยกว่าร้อยละ 6.5

3. ประเมินโรคหรือภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดจากโรคเบาหวานได้แก่ ตรวจจอตา ไต หัวใจและหลอดเลือด ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดตลอดการตั้งครรภ์ให้ได้ตามเกณฑ์ (ตารางที่ 3) ถ้ามีเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Proliferative diabetic retinopathy) ควรได้รับการรักษา ก่อนที่จะตั้งครรภ์ เนื่องจากขณะตั้งครรภ์อาจรุนแรงขึ้นจนเป็นอันตราย หลังจากนั้นควรได้รับการตรวจจอตาโดยจักษุแพทย์เป็นระยะ

ตารางที่ 3 เป้าหมายของระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

เวลา	ระดับน้ำตาลในเลือด (มิลลิกรัม/เดซิลิตร)
ก่อนอาหารเช้าอาหารมื้ออื่น และก่อนนอน	60-95
หลังอาหาร 1 ชั่วโมง	<140
หลังอาหาร 2 ชั่วโมง	< 120
เวลา 02.00 - 04.00	>60

หมายเหตุ จาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560: *Clinical Practice Guideline for Diabetes 2017* (น. 168), โดย สบพ., 2560, กรุงเทพฯ: รมเอ็น มีเดีย.

การดูแลในระยะตั้งครรภ์

วัตถุประสงค์ของการดูแลในระยะตั้งครรภ์ ทั้งกรณี GDM และ Overt DM คือ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ดังตารางที่ 3) การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกาย และการใช้ยาควบคุมเบาหวาน พยาบาลจึงควรดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (ADA, 2019)

1. ประเมินระดับน้ำตาลในพลาสมาของสตรีตั้งครรภ์ทุกครั้งที่มาพบแพทย์เพื่อเปรียบเทียบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการกับการตรวจด้วยตนเองที่บ้าน ไม่ควรใช้วิธีการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะแม้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่สูง

2. ตรวจวัดระดับ HbA1C ให้สตรีตั้งครรภ์ในไตรมาสแรก ค่า HbA1C บ่งบอกถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดช่วงที่ทารกมีการสร้างอวัยวะ (Organogenesis) ซึ่งอาจพยากรณ์ความผิดปกติของทารกได้ หลังจากนั้นควรตรวจ HbA1C ทุกเดือนจนกระทั่งคลอด เพื่อยืนยันประสิทธิภาพของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างการตั้งครรภ์ ระดับ HbA1C ที่เหมาะสม คือ น้อยกว่าร้อยละ 6.0 ในไตรมาสแรก และน้อยกว่าร้อยละ 6.5 ในไตรมาสที่ 2 และ 3 การตรวจระดับ Fructosamine ในเลือดมีประโยชน์เช่นเดียวกับ HbA1C แต่ควรตรวจทุก 2 สัปดาห์ ค่า Fructosamine ที่เหมาะสมระหว่างการตั้งครรภ์ คือ ไม่ควรเกิน 280 มก./ดล.

3. ตรวจปัสสาวะเพื่อหาสารคีโตน (Ketone) เพราะการตรวจพบสารคีโตนในปัสสาวะจะบ่งบอกถึงการได้รับปริมาณอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรตไม่เพียงพอ หรือการควบคุมเบาหวานได้ไม่ดีโดยเฉพาะเบาหวานชนิดที่ 1 โดยตรวจนี้ควรใช้ปัสสาวะที่เก็บครั้งแรกหลังตื่นนอนเช้าเป็นระยะๆ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเมื่อระดับน้ำตาลในเลือดก่อนอาหารเกิน 180 มก./ดล.

4. ตรวจระดับโปรตีนในปัสสาวะ (Proteinuria) กรณีมีภาวะไตเสื่อมเนื่องจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) ในระยะต้นจะพบโปรตีนในปัสสาวะเพิ่มขึ้น และพบความดันโลหิตสูงร้อยละ 70 การทำงานของไต (Creatinine clearance) อาจลดลงในระหว่างการตั้งครรภ์ภายหลังคลอดแล้วการพบปริมาณโปรตีนในปัสสาวะและการทำงานของไตจะกลับมาสู่ระดับเดิมก่อนการตั้งครรภ์

5. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงของหวาน (Simple sugar) ทุกชนิด ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จำกัดปริมาณอาหารให้ได้พลังงานวันละ 32 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น (Ideal body weight) ในไตรมาสที่ 2 และ 3 เพิ่มขึ้น 38 กิโลแคลอรีต่อกิโลกรัมของน้ำหนักตัวที่ควรจะเป็น อาหารประกอบด้วยคาร์โบไฮเดรตร้อยละ 50-55 โปรตีนร้อยละ 20 และไขมันร้อยละ 25-30 โดยต้องมีปริมาณคาร์โบไฮเดรตอย่างน้อยวันละ 200 กรัม และมีอาหารว่างมื่อก่อนนอนเนื่องจากขณะตั้งครรภ์มีภาวะคล้ายกับการอดอาหาร (Accelerated starvation) ทำให้เกิดภาวะเลือดเป็นกรด (Ketosis) ถ้าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไปอาจมีผลเสียต่อพัฒนาการทางสมองของทารกในครรภ์ อาหารควรมีปริมาณแคลอรีต่อวันใกล้เคียงกันหรือคงที่ให้มากที่สุด

6. แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์ออกกำลังกาย กรณีไม่มีอาการแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์ และสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำงานที่ไม่หักโหมได้ตามปกติ การออกกำลังกายที่เหมาะสม คือ ออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านกล้ามเนื้อ เช่น การทำโยคะ และการเดิน ควรออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อส่วนบนของร่างกาย เช่น การใช้จักรยานปั่นมือ (Arm ergometry) เป็นต้น และไม่ควรวิ่งเพราะจะทำให้หมดลูกหดตัวได้

7. ช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ในการควบคุมเบาหวานด้วยยา กรณีเป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่ จำเป็นต้องฉีดอินซูลินวันละหลายครั้ง โดยฉีดก่อนอาหาร 3 มื้อหลักและก่อนนอน บางรายจำเป็นต้องฉีดอินซูลินก่อนอาหารมื้อย่อย พยาบาลจึงต้องฝึกทักษะการฉีดอินซูลินให้สตรีตั้งครรภ์ และให้ความรู้เกี่ยวกับอินซูลินชนิดต่าง ๆ เช่น

7.1 การใช้อินซูลินอะนาล็อกชนิดออกฤทธิ์เร็ว (Rapid acting insulin analogue [RAA]) ได้แก่ Insulin lispro หรือ Insulin aspart สามารถใช้ฉีดก่อนอาหารทันที จะทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้ดีกว่าและสะดวกกว่าอินซูลินออกฤทธิ์สั้น (Short-acting human insulin, regular insulin [RI])

7.2 การใช้อินซูลินอะนาล็อกชนิดออกฤทธิ์ยาว (Long-acting insulin analog [LAA]) เช่น Insulin glargine ยังไม่แนะนำในสตรีตั้งครรภ์ทั่วไป เนื่องจากยาสามารถกระตุ้น Insulin-like growth factor 1 (IGF-1 receptor) ได้มากกว่า RI จึงอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานที่ตา และหัวใจความรุนแรงขึ้นขณะตั้งครรภ์ อย่างไรก็ตามในสตรีที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 ที่ใช้อินซูลินชนิดนี้ก่อนการตั้งครรภ์เนื่องจากมีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดในช่วงกลางคืนบ่อย ๆ จาก NPH สามารถใช้ Insulin glargine ต่อในระหว่างตั้งครรภ์ได้ เนื่องจากมีผลดีของยามากกว่าความเสี่ยง ส่วน Insulin detemir สามารถใช้ในสตรีตั้งครรภ์ได้ แต่ผลการศึกษาในสตรีที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ไม่พบความแตกต่างอย่างชัดเจนเมื่อเทียบกับ NPH

8. ช่วยเหลือสตรีเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนตั้งครรภ์ที่ต้องเปลี่ยนจากการรับประทานยาเม็ดเป็นการใช้ยาฉีดอินซูลินให้สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม โดยทั่วไปสตรีที่เป็น GDM ไม่ได้รับยาเม็ดเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจากยาสามารถผ่านไปสู่ทารกได้ อาจทำให้เกิดความพิการแต่กำเนิดและทำให้ทารกเกิดภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดแรกคลอดได้บ่อย นอกจากนี้การใช้ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลเพียงอย่าง

เดียวไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเท่าอินซูลิน มีการใช้ยา Metformin ร่วมกับยาฉีดอินซูลิน ในกรณีที่ผู้ป่วยต้องใช้อินซูลินปริมาณมาก ทำให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น (สบท., 2560)

9. ติดตามการเพิ่มหรือควบคุมน้ำหนักตัวในระหว่างการตั้งครรภ์ของสตรีที่เป็นเบาหวานให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม โดยสตรีที่มีน้ำหนักตัวปกติควรมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเท่ากับผู้ที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน คือ 10-12 กิโลกรัม ส่วนผู้ที่มีน้ำหนักตัวเกินหรืออ้วน ไม่ควรลดน้ำหนักในระหว่างตั้งครรภ์ แต่ควรจำกัด ไม่ให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเกิน 8 กิโลกรัม รายละเอียดของน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นระหว่างตั้งครรภ์ตามดัชนีมวลกายก่อนตั้งครรภ์

ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ (กก./ม2)	น้ำหนักตัวที่ควรเพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์ (กก.)
< 18.5	12.5 - 18.0
18.5 - 24.9	11.5 - 16.0
25.0 - 29.9	7.0 - 11.5
≥ 30.0	5.0 - 9.0

หมายเหตุ จาก แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560 (น. 169), โดย สบท., 2560, กรุงเทพฯ: รมเอ็น มีเดีย.

การดูแลในระยะคลอด

ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (2562) ได้แนะนำว่าการพยาบาลสตรีเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สามารถทำได้เหมือนกับการพยาบาลผู้คลอดปกติ เช่น การประเมินสัญญาณชีพ การติดตามความก้าวหน้าของการคลอด การประเมินอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อน การดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา อย่างปลอดภัย เช่น ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก หรือฮอร์โมนเตียรอยด์ รวมทั้งการเตรียมอุปกรณ์ ในการช่วยคลอด อุปกรณ์ในการช่วยฟื้นคืนชีพ โดยเน้นเพิ่มเติมในเรื่องต่อไปนี้

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำตามแผนการรักษา เพื่อให้ได้รับพลังงานที่เพียงพอ กับความต้องการของร่างกายและป้องกันการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือน้ำตาลในเลือดต่ำ
2. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำอย่างใกล้ชิด ในกรณีที่ได้รับการงด น้ำและอาหาร ถ้าพบต้องให้การช่วยเหลือทันที
3. ดูแลให้ได้รับอินซูลินตามแผนการรักษาในกรณีที่สตรีตั้งครรภ์ได้รับยาอินซูลิน เพื่อควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดเป็นระยะ ๆ
4. ติดตามประเมินสภาวะของทารกในครรภ์อย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังภาวะที่ทารกในครรภ์มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการขาดออกซิเจน (Fetal distress)
5. เตรียมผู้คลอดให้พร้อมสำหรับการผ่าตัดคลอด กรณีที่ไม่สามารถคลอดทางช่องคลอดได้
6. ประเมินอาการและอาการแสดงของทารกหลังทารกคลอด หากมีอาการแสดงของภาวะ น้ำตาล ในเลือดต่ำต้องรายงานกุมารแพทย์ทันที

การดูแลในระยะหลังคลอด

สตรีที่เป็น GDM ส่วนใหญ่จะกลับเป็นปกติหลังคลอด แต่ยังคงถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดเบาหวานในอนาคต จึงควรแนะนำให้มาพบแพทย์เพื่อมาตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 75 gm OGTT หลังคลอด 6-12 สัปดาห์ เพื่อประเมินว่าเป็นปกติ หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดผิดปกติเล็กน้อย หรือพัฒนาเป็นโรคเบาหวาน (ชนิดที่ 2) ถ้ายังตรวจไม่พบเบาหวานในระยะหลังคลอดก็ควรมาตรวจคัดกรองเบาหวานด้วยวิธี 75-gm 2-hour OGTT ทุก 3 ปี (ADA, 2019) สตรีหลังคลอดที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติสามารถให้นมบุตรได้ด้านการคุมกำเนิดแนะนำให้ใช้ยาคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน (Estrogen) ต่ำ ยกเว้นในผู้ที่เป็โรคหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวานลงไต โรคเบาหวานขึ้นตา ควรใช้ยาคุมกำเนิดที่มีเฉพาะฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (Progesterone) อย่างเดียว หรือแนะนำการใส่ห่วงคุมกำเนิด หรือให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัย หากต้องการมีบุตรอีกควรขอคำปรึกษาจากสูตินรีแพทย์ก่อนการตั้งครรภ์เสมอ เนื่องจากสตรีที่เป็น GDM มีโอกาสเป็น GDM ซ้ำในครรภ์ต่อไป

สรุป

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็น GDM ต้องอาศัยความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งสูติแพทย์ พยาบาล และนักโภชนาการ และที่สำคัญที่สุดคือความร่วมมือของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวในการควบคุมค่าน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น การพยาบาลก่อนตั้งครรภ์ควรเน้นการประเมินค่าน้ำตาลในเลือด และช่วยเหลือในการปรับขนาดหรือรูปแบบของการฉีดอินซูลิน ในระยะตั้งครรภ์ควรมุ่งเน้นการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การควบคุมอาหาร และการออกกำลังกาย เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดให้การดูแลได้เหมือนสตรีตั้งครรภ์ปกติ เช่น ประเมินสัญญาณชีพทั้งมารดาและทารก ติดตามความก้าวหน้าของการคลอด และให้ยาตามแผนการรักษาแต่ให้เน้นการประเมินภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและการดูแลให้ได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอในกรณีที่ต้องงดน้ำและอาหารทางปาก พร้อมทั้งเฝ้าระวังภาวะทารกเสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนในครรภ์หรือมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหลังคลอด ในระยะหลังคลอดสตรีควรมาพบแพทย์เพื่อมาตรวจคัดกรองเบาหวานหลังคลอด 6-12 สัปดาห์ หลังจากนั้นคัดกรองทุก 3 ปี เพื่อประเมินหาความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือด

เอกสารอ้างอิง

ชญาดา เนตรกระจ่าง. (2560). การเสริมสร้างความเข้มแข็งในการจัดการภาวะเบาหวานของหญิงตั้งครรภ์.

วารสารศูนย์การแพทย์ศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 36(2), 168-177.

นันทร แสนศิริพันธ์. (2561). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม. ใน นันทร แสนศิริพันธ์,

และฉวี เบาตรง (บรรณาธิการ), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (พิมพ์ครั้งที่ 2, น. 71-83). เชียงใหม่: สมาร์ท โคตรตั้ง แอน เซอร์วิส.

- ประภัทร วานิชพงษ์พันธ์, กุศล รัศมีเจริญ, และตรีภพ เลิศบรรณมาพงษ์. (2560). *ตำราสูติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: พี. เอ. ลีฟวิง.
- ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์, จงลักษณ์ ทวีแก้ว, และกรศศิ์ ชิดดี. (2563). แนวทางการให้ความรู้ก่อนการถือศีลอดแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเบาหวาน. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 12(3), 361-375.
- ปิยะนันท์ ลิ้มเรืองรอง, ดิฐกานต์ บริบูรณ์หิรัญสาร, อภิธาน พวงศรีเจริญ, และอรพรรณ พินิจเลิศสกุล. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ที่มี Glucose Challenge Test ผิดปกติ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(2), 58-69.
- ปิยะพร ศิษย์กุลอนันต์, และพรสวรรค์ คำทิพย์. (2563). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและการติดตามด้วยแอปพลิเคชัน LINE ต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหาร การออกกำลังกายแ่งแขน และระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีที่ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 35(2), 52-69.
- ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี. (2562). การพยาบาลสตรีที่มีภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรม. ใน บังอร ศุภวิจิตพัฒนา, และปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี (บรรณาธิการ), *การพยาบาลและการผดุงครรภ์: สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน* (พิมพ์ครั้งที่ 1, น. 101-215). เชียงใหม่: สมาร์ท โคตรตั้ง แอน เซอร์วิส.
- พรรษมรส โพธิ, จรัสศรี ชีระกุลชัย, จันทิมา ขนบดี, และปัญญา พันธุ์บุรณะ. (2559). ผลของการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายโดยใช้แรงต้านต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน. *วารสารการพยาบาล*, 18(2), 12-24.
- ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2555). การตรวจคัดกรองเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์. *RTCOG Clinical Practice Guideline Diabetes Mellitus Screening in Pregnancy*, 29(2), 170-184.
- วลัยลักษณ์ สุวรรณภักดี, มลิวัดย์ บุตรคำ, และอุทุมพร ดุลยเกษม. (2563). การออกกำลังกายกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 7(11), 396-409.
- วิทยา ถิฐาพันธ์ (บรรณาธิการ). (2561). *ภาวะเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์ & โภชนาการในช่วงแรกของชีวิต: ปัญหาและความท้าทาย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิง.
- สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี [สบท.]. (2560). *แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560: Clinical practice guideline for diabetes 2017* (พิมพ์ครั้งที่ 3). ปทุมธานี: ร่มเย็น มีเดีย.
- สุชยา ลือวรรณ. (2558). *โรคเบาหวานในสตรีตั้งครรภ์*. สืบค้นจาก <https://w1.med.cmu.ac.th/obgyn/lecturestopics/medical-student-5/3695/>
- American Diabetes Association [ADA]. (2019). Classification and diagnosis of diabetes: Standards of medical care in diabetes-2019. *Diabetes Care*, 42(Suppl.1), S13-S28. <https://doi.org/10.2337/dc19-S002>

- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Spong, C. Y., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., . . . Sheffield, J. S. (2018). *Williams obstetrics* (25th ed.). New york: McGraw-Hill.
- Demirel, G., Yilmaz, F. T., & Kumsar, A. K. (2020). Prevalence of gestational diabetes mellitus and associated risk factors during pregnancy in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 692-697.
- International Diabetes Federation [IDF]. (2017). *Care & prevent gestational diabetes*. Retrieved from <https://www.idf.org/our-activities/careprevention/gdm.html>
- Marquesim, N. A. Q., Lima, S. A. M., Costa, R. A. A., Rodriques, M. R. K., Ferraz, G. A. R., Cassetari, B. F. N., & Calderron, I. M. P. (2016). Health related quality of life in pregnancy women with diabetes or mild hyperglycemia. *International Archives of Medicine*, 7(3), 255-262.
- Mokhlesi, S., Simbar, M., Tehrani, F. R., Kariman, N., & Majd, H. A. (2019). Quality of life and gestational diabetes mellitus: A review study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*, 7(3), 255-262.

การดูแลมารดาหลังคลอดในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด -19

ณัฏชา วรรณนิคม, พย.ม.^{1*}

ปณิดา ปรีชากรกนกกุล, พย.ม.¹

วารินทร์ วัฒนานนท์เสถียร, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 11 มีนาคม 2565; วันที่แก้ไข: 15 พฤษภาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 17 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

เชื้อโควิด-19 เป็นเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) ซึ่งทำให้มีอาการหลักคือ มีไข้ ไอ หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย เจ็บคอ และมีน้ำมูก และมีการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างรวดเร็ว หากเกิดการติดเชื้ออาจไม่แสดงอาการ หรือมีอาการไม่รุนแรง ไปจนถึงอาการรุนแรง โดยเฉพาะปัญหาระบบทางเดินหายใจ และอาจทำให้เสียชีวิตได้ มารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการดูแลมารดาหลังคลอดและทารก รวมไปถึงการให้นมบุตร การจัดการในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดอาจส่งผลให้มารดามีความวิตกกังวล ดังนั้นบทความวิชาการนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดที่ติดเชื้อหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ รวมไปถึงการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด -19 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารก และช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดา ทารก และครอบครัว

คำสำคัญ: โควิด -19, มารดาหลังคลอด, การพยาบาล

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จังหวัดนครราชสีมา

* ผู้ประพันธ์บทความ: ณัฏชา วรรณนิคม, อีเมล: Natcha_wan@vu.ac.th

Postpartum Care During the COVID-19 Pandemic

Natcha Wanniyom, M.N.S.^{1}*

Panita Prechakornkanokkul, M.N.S.¹

Warin Wattananonsatien, M.N.S.¹

(Received: March 11th, 2022; Revised: May 15th, 2022; Accepted: May 17th, 2022)

Abstract

COVID-19 is virus causing Coronavirus disease 2019. Its main symptoms are fever, cough, dyspnea, shortness of breath, sore throat, and runny nose. COVID-19 spreads rapidly, and, if an infection occurs, its results can range from asymptomatic, to mild symptoms, or to severe symptoms, especially respiratory problems, and eventually death. Postpartum mothers and newborns are the high-risk groups for having complications if they become infected, which affects how postpartum mothers and newborns are cared for, including breastfeeding. Patient management during the pandemic situation should use the principles of infection prevention to maintain maternal and newborn health. Therefore, the objective of this academic article is to present a guideline for pandemic for maternal and newborn safety for midwives caring for postpartum mothers and newborns who are infected, or who are at risk to be infected, including the promotion of breastfeeding and relationships among mothers, newborns, and their families during the COVID-19 pandemic.

Keywords: COVID-19, Postpartum mother, Nursing care

¹ Lecturers, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University, Nakhon Ratchasima Province

* Corresponding author: Natcha Wanniyom, E-mail: Natcha_wan@vu.ac.th

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019) หรือโควิด-19 (COVID-19) ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในหลายประเทศทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย โดยโรคนี้เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา ชื่อ Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ที่เริ่มระบาดในเมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2562 โดยแพร่จากคนสู่คนผ่านทางฝอยละอองจากจมูกหรือปาก หรือจากการเอามือไปสัมผัสพื้นผิวที่มีฝอยละอองแล้วมาสัมผัสตามใบหน้า ทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก โดยข้อมูล ณ วันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2565 พบว่ามีผู้ติดเชื้อมากกว่า 280 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 5 ล้านคน ส่วนในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 2 ล้านคน และเสียชีวิตมากกว่า 2 หมื่นคน (กรมควบคุมโรค, 2565) อาการของผู้ติดเชื้อที่พบส่วนใหญ่คือ มีไข้ ไอ อ่อนเพลีย สูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นและรับรส ส่วนอาการรุนแรงที่พบคือ หายใจลำบาก แน่นหน้าอก และอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ และเสียชีวิตได้ (World Health Organization, 2021)

การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีการติดเชื้อและเพิ่มอัตราการเสียชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ มารดาหลังคลอด และทารกแรกเกิด โดยข้อมูลของ กรมควบคุมโรค (2565) ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2563 – 7 สิงหาคม พ.ศ. 2564 พบมีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ 1,801 ราย ปอดอักเสบ 391 ราย และเสียชีวิต 31 ราย โดยพบว่ามีส่วนมาก (29 ราย) เสียชีวิตจากภาวะปอดอักเสบรุนแรง มีเพียง 2 รายที่เสียชีวิตจากภาวะทางสูติกรรม ส่วนทารกพบมีการติดเชื้อ 110 ราย และเสียชีวิต 20 ราย ทั้งนี้พบว่าทารกที่เกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อคลอดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า และมีภาวะน้ำหนักตัวน้อยเพิ่มขึ้น 9 เท่า เมื่อเทียบกับทารกที่คลอดจากมารดาที่ไม่ติดเชื้อ (กรมควบคุมโรค, 2565) หญิงตั้งครรภ์และมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 อาจมีหรือไม่มีอาการแสดง อาการที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ อาการไอ (ร้อยละ 52) หายใจถี่ (ร้อยละ 30) รองลงมาคือ อาการปวดศีรษะ (ร้อยละ 41) ไข้ (ร้อยละ 34) และท้องเสีย (ร้อยละ 14) นอกจากนี้ อาการแสดงที่อาจพบได้บ้าง ได้แก่ การสูญเสียความสามารถในการดมกลิ่นและรับรส อาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำมูกไหล มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีอาการปอดอักเสบรุนแรงและเสียชีวิต (Chen et al., 2020; Hapshy et al., 2021)

ภาวะแทรกซ้อนที่พบในหญิงระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ที่ติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของทารกและการเลือกวิธีการคลอดของมารดา โดยเฉพาะภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ ปอดบวมรุนแรง หายใจลำบาก ส่งผลต่อรก ทำให้ทารกขาดออกซิเจน แท้งและคลอดก่อนกำหนดได้ (สุริดา อินทรเพชร, เอมอร บุตรอุดม, สุริดา สิงห์ศิริเจริญกุล, และทิพวรรณ ทัพชัย, 2564) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า หญิงระยะตั้งครรภ์มีอัตราการคลอดก่อนกำหนดเมื่ออายุครรภ์มากกว่า 30 สัปดาห์ร้อยละ 15 และการติดเชื้อโควิด-19 เป็นสาเหตุของการคลอดก่อนกำหนด คิดเป็นร้อยละ 10 (Hapshy et al., 2021) นอกจากนี้ จากการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 435 ราย พบว่าได้รับการผ่าตัดคลอดมากถึงร้อยละ 84.7 (Huntley et al., 2020) แต่ยังไม่มียางานที่ชัดเจนเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของการติดเชื้อโควิด-19 กับภาวะตกเลือดหลังคลอด (Hapshy et al., 2021)

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในหญิงระยะตั้งครรภ์ระยะคลอดรวมไปถึงระยะหลังคลอดนั้นมีแนวโน้มในการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2564) ถึงแม้จะยังไม่พบรายงานการแพทย์ที่ชัดเจนว่า หญิงตั้งครรภ์หรือมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด -19 จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความรุนแรงของโรคมามากขึ้นเพียงใด แต่จากการที่ธรรมชาติของโรคติดเชื้อโควิด -19 เป็นโรคที่แพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและติดเชื้อได้อย่างรวดเร็ว นั้น จึงมีความจำเป็นที่มารดาหลังคลอดจะต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสม ได้รับการศึกษาในการดูแลตนเองและบุตร รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อตามแนวทางที่กำหนดไว้ สาระสำคัญในบทความวิชาการนี้ผู้แต่งได้มาจากการทบทวนความรู้จากแหล่งข้อมูลและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำเสนอเพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลผดุงครรภ์ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด -19 รวมถึงการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในระหว่างที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดาทารก และช่วยส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกและครอบครัว

นิยามของผู้ติดเชื้อโควิด -19

ผู้ติดเชื้อโควิด -19 หมายถึง ผู้ที่ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา SARS-CoV-2 มีอาการสำคัญ คือ มีไข้ ไอ หายใจลำบาก หายใจเหนื่อย เจ็บคอ มีน้ำมูก และได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อโดยการตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส เรียกว่า Real-time polymerase chain reaction (RT-PCR) ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐานที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ โดยการเก็บจากสารคัดหลั่ง บริเวณปลายโพรงจมูกต่อคอหอย (Nasopharyngeal) หรือการตรวจคัดกรองเพื่อหาแอนติเจนของเชื้อโรค (Antigen test kit [ATK]) แล้วได้ผลบวก (กรมควบคุมโรค, 2563; กรมการแพทย์, 2565; ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2563) ดังนั้นมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด -19 จึงหมายถึง มารดาหลังคลอดที่ได้รับการตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 โดยการตรวจหาสารพันธุกรรมของไวรัส (RT-PCR) เมื่อเข้ารับบริการในสถานพยาบาล

อย่างไรก็ตามเนื่องจากสถานการณ์ปัจจุบัน (มีนาคม พ.ศ. 2565) พบผู้ติดเชื้อโควิด -19 สายพันธุ์โอมิครอนเพิ่มมากขึ้น และมีการระบาดอย่างรวดเร็ว แต่ผู้ป่วยมีอาการไม่รุนแรง อาการส่วนใหญ่คล้ายอาการของโรคไข้หวัดใหญ่ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค (2565) จึงมีการให้คำนิยามสำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ติดเชื้อโควิด-19 โดยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูงและผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ผู้สัมผัสใกล้ชิด

หมายถึง ผู้ที่มีพฤติกรรมสัมผัสกับผู้ติดเชื้อเข้าข่ายหรือยืนยันในวันเริ่มป่วย หรือก่อนมีอาการประมาณ 2 - 3 วัน กรณีที่ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการให้ถือว่าวันที่เก็บสิ่งส่งตรวจเสมือนเป็นวันที่เริ่มป่วย โดยมีพฤติกรรมสัมผัสอย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. ผู้ที่อยู่ใกล้หรือมีการพูดคุยกับผู้ติดเชื้อเข้าข่าย/ยืนยันโรคติดเชื้อโควิด -19 ในระยะ 2 เมตร เป็นระยะเวลานานกว่า 5 นาที หรือถูกไอจามรดจากผู้ป่วย

2. ผู้ที่อยู่ในบริเวณที่ปิด ไม่มีการถ่ายเทอากาศมากนัก โดยอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเข้าข่าย หรือยืนยันโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นระยะเวลานานกว่า 30 นาที เช่น ในรถปรับอากาศ หรือในห้องปรับอากาศ เป็นต้น

ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง

หมายถึง ผู้ที่มีโอกาสสูงในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วย มีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งจากทางเดินหายใจของผู้ที่เป็นโรคมีพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้น โดยไม่ได้สวมหน้ากากอนามัย หรือไม่ได้ใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal protective equipment [PPE]) ตามมาตรฐาน

ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงต่ำ

หมายถึง ผู้สัมผัสที่มีโอกาสต่ำในการรับหรือแพร่เชื้อกับผู้ป่วย ได้แก่ ผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ไม่เข้าเกณฑ์ผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยงสูง

การรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19

กรมการแพทย์ (2565) ได้แบ่งการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 ในผู้ติดเชื้อที่มีผลตรวจ ATK ต่อเชื้อไวรัส (SAR-CoV-2) เป็นผลบวก รวมไปถึงผู้ติดเชื้อยืนยัน ทั้งผู้ที่มีอาการและไม่แสดงอาการ เป็น 4 กรณี คือ **กรณีที่ 1 ผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่ไม่มีอาการอื่น ๆ หรือสบายดี (Asymptomatic COVID-19)**

ให้รักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยแยกกักตัวที่บ้าน (Out-patient with self-isolation หรือ home isolation) และให้การรักษาตามดุลยพินิจของแพทย์ จะไม่ให้ยาต้านไวรัส เช่น ยาฟาวิพิราเวียร์ (Favipiravir) เนื่องจากส่วนมากผู้ติดเชื้อมักหายได้เอง ส่วนการใช้ยาสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการรักษาให้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยที่มีอาการแต่อาการไม่รุนแรง ไม่มีปอดอักเสบ ไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญและภาพถ่ายรังสีปอดปกติ (Symptomatic COVID-19 without pneumonia and no risk factors for severe disease)

แพทย์อาจพิจารณาให้ยา Favipiravir โดยเริ่มให้ยาเร็วที่สุดในการเฝ้าระวังพบเชื้อเกิน 5 วัน ส่วนผู้ป่วยไม่มีอาการหรือมีอาการน้อย อาจไม่จำเป็นต้องให้ยาต้านไวรัส

กรณีที่ 3 ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง แต่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง หรือมีโรคร่วมสำคัญ หรือผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบ (Pneumonia) เล็กน้อย

แพทย์อาจยังไม่ต้องให้ออกซิเจน นอกจากมีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ ได้แก่ อายุมากกว่า 60 ปี โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมโรคปอดเรื้อรังอื่น ๆ โรคไต โรคหัวใจและหลอดเลือดรวมโรคหัวใจแต่กำเนิด โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ภาวะอ้วน (น้ำหนักมากกว่า 90 กก. หรือ BMI ≥ 30 กก./ตร.ม.) ดับแข็ง ภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และค่าเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ (Lymphocyte) น้อยกว่า 1,000 เซลล์/ลบ.มม. หรือผู้ป่วยที่ไม่มีปัจจัยเสี่ยงแต่มีแนวโน้มที่จะมีความรุนแรงของโรครุนแรงขึ้น การรักษาจะแนะนำให้ใช้ยาต้านไวรัสเพียงหนึ่งชนิด

กรณีที่ 4 ผู้ป่วยที่มีปอดอักเสบที่มีภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน (Hypoxia) มีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในขณะพัก (Resting O₂ saturation) $\leq 96\%$ หรือมีค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนลดลง $\geq 3\%$ ของค่าที่วัดได้ขณะออกแรง (Exercise – induce hypoxia) หรือภาพรังสีทรวงอกที่มีลักษณะแย่ง

การรักษาขึ้นกับอาการทางคลินิกและแนะนำให้ยา Remdesivir เป็นเวลา 5-10 วัน ทั้งนี้ควรติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

ในมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 มีแนวทางการรักษาเหมือนบุคคลทั่วไป โดยจำแนกตามอาการทางคลินิกดังที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่มีข้อควรระวังในการใช้ยา Favipiravir ในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากยาสามารถผ่านออกทางน้ำนมและไม่มีข้อมูลที่มากพอเพื่อยืนยันผลข้างเคียงในทารก ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย (2564) แนะนำว่ากรณีมารดาหลังคลอดมีความจำเป็นต้องรับประทานยา Favipiravir ควรดื่มนมบุตร ส่วนยาต้านไวรัส Remdesivir นั้นแม้ว่าจะมีงานวิจัยแนะนำให้ใช้ได้ ในมารดาหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Vogel et al., 2020) แต่เนื่องจากในปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการใช้ยานี้ยังมีน้อย จึงแนะนำให้ใช้ด้วยความระมัดระวัง จนกว่าจะมีการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพและความปลอดภัยของการใช้ยา Remdesivir เพิ่มเติมอย่างเพียงพอ นอกจากนี้การรักษาโรคโควิด-19 ด้วยยาฟ้าทะลายโจรยังเป็นข้อห้ามในมารดาหลังคลอดที่ให้นมบุตร เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลการขับออกทางน้ำนมและไม่มีข้อมูลความปลอดภัยของทารกที่ได้รับน้ำนมจากมารดาที่รับประทานยานี้ (ชนมันึกา นามแสง, 2551) ซึ่งการให้ยานี้เป็นข้อห้ามในหญิงตั้งครรภ์เช่นกันเนื่องจากยามีสารแอนโดรกราโฟไลด์ (Andrographolide) ที่ส่งผลกับการหดตัวของมดลูกและทำให้ทารกมีความผิดปกติ

คำแนะนำในการดูแลมารดาหลังคลอดและการให้นมบุตร

การดูแลมารดาหลังคลอดในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 จากหลักฐานเชิงประจักษ์ได้แบ่งการดูแลมารดาหลังคลอดเป็น 2 กลุ่ม คือ มารดาหลังคลอดกลุ่มปกติและมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด-19 สรุปได้ดังนี้

การดูแลมารดาหลังคลอดกลุ่มปกติในสถานการณ์โควิด-19

มารดาหลังคลอดกลุ่มปกติ หมายถึง มารดาหลังคลอดที่ไม่ติดเชื้อโควิด-19 ให้การดูแลเช่นเดียวกับการดูแลมารดาหลังคลอดทั่วไป และยึดตามหลักการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 โดยกรมอนามัย (2563) และ วรรณภา กาวิละ, พูลทรัพย์ ลากเนียม, และวราภรณ์ บุญยงค์ (2563) ได้ให้แนวทางการให้คำแนะนำมารดาหลังคลอดในกลุ่มนี้ตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 6 ประการ คือ การรักษาระยะห่าง (Distancing [D]) การสวมหน้ากากอนามัย (Mask wearing [M]) การล้างมือบ่อย ๆ (Hand washing [H]) การตรวจวัดอุณหภูมิกาย (Temperature [T]) การตรวจเชื้อโควิด-19 (Testing [T]) และการลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันไทยชนะ (Application Thaichana [A]) ซึ่งใช้เป็นคำย่อว่า DMHTTA โดยมารดาหลังคลอดควรปฏิบัติดังนี้

1. D: รักษาระยะห่างกับผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร หลีกเลี่ยงการสัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดผู้ที่มีการไอเป็นไข้ ผู้ที่เดินทางมาจากต่างประเทศ หรือผู้ที่เป็กลุ่มเสี่ยง หลีกเลี่ยงการไปสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก หรือแออัด กรณีที่มารดามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยแนะนำให้พักผ่อนอยู่บ้านแยกตัว ถ้ามีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจเหนื่อยหอบ ควรรีบไปพบแพทย์เพื่อทำการวินิจฉัยและรักษา
2. M: สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาหากอยู่ร่วมกับผู้อื่น หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสบริเวณดวงตา ปาก และจมูก หากมีอาการไอหรือจามให้ปิดปากและจมูกด้วยข้อศอกด้านในหรือกระดาษเช็ดปาก หลังจากนั้นให้กำจัดกระดาษในถังขยะที่มีฝาปิดหรือถังขยะติดเชื้อแล้วล้างมือให้สะอาด
3. H: ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำสะอาดนานอย่างน้อย 20 วินาที ทุกครั้งที่มีการไอจาม สัมผัสสิ่งแปลกปลอม ก่อนรับประทานอาหาร หากไม่มีสบู่ให้ใช้แอลกอฮอล์เจลเข้มข้น 70%
4. T: ตรวจวัดอุณหภูมิกายเมื่อเข้ารับบริการ และขณะอยู่ในสถานพยาบาล
5. T: ตรวจเชื้อโควิด -19 ก่อนเข้ารับบริการ และซักประวัติคัดกรองประเภทผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่เป็นโรค
6. A: ลงบันทึกการเข้ารับบริการ หรือลงทะเบียนผ่าน QR Code Thaichana เมื่อเข้ารับบริการในสถานพยาบาล

นอกจากนี้ควรแนะนำให้มารดาหลังคลอดรับประทานอาหารที่สะอาดปรุงสุกใหม่เสมอ ควรแยกภาชนะที่ใช้รับประทานอาหาร งดใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น และส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

การดูแลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าจะติดเชื้อโควิด-19

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย(2564)แนะนำการดูแลมารดาหลังคลอดในกรณีที่มีการติดเชื้อหลังคลอดที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าจะติดเชื้อโควิด -19 โดยยึดหลักการดูแลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค คำแนะนำสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อหรือสงสัยว่าจะติดเชื้อโควิด -19 มีดังนี้

1. แยกมารดาหลังคลอดให้อยู่ห้องแยกหรือห้องความดันลบ (Negative pressure/isolated room) และแยกทารกจากมารดาชั่วคราว จนกว่าจะทราบผลการตรวจยืนยันการติดเชื้อโควิด-19 ของมารดา
2. จัดแยกมารดาที่ติดเชื้อโควิด -19 และทารกอย่างน้อย 10 วัน โดยเริ่มนับจากวันที่ตรวจพบเชื้อ (กรมการแพทย์, 2565) กรณีที่มีการติดเชื้อไม่ต้องการแยกห้องและต้องการให้ทารกอยู่ในห้องเดียวกัน ควรจัดให้มีม่านกั้นและจัดเตียงทารกห่างจากเตียงมารดาอย่างน้อย 6 ฟุต มารดาต้องสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาทั้งนี้บุคลากรควรอธิบายถึงความเสี่ยงของการติดเชื้อให้มารดาเข้าใจ และให้มารดาตัดสินใจเอง
3. กรณีที่มีการติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อย เช่น เหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดกล้ามเนื้อเล็กน้อย เป็นต้น หรือไม่มีอาการแสดงของโรค หรือเป็นมารดาที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ ควรส่งเสริมสัมผัสพันธุะระหว่างมารดาและทารก โดยให้มารดาโอบกอดทารกหรือสัมผัสทางผิวหนัง (Skin -to-skin contact) และปฏิบัติตามหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค

4. หลีกเลี่ยงการเข้าไปสัมผัสใกล้ชิดมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด -19 การประเมินมารดาหลังคลอดหรือให้ข้อมูลคำแนะนำต่าง ๆ อาจปฏิบัติด้วยการสื่อสารผ่านสัญญาณเสียงและสัญญาณภาพเคลื่อนไหว (Video call) หรือช่องทางออนไลน์อื่น ๆ (พัชรินทร์ เงินทอง, 2564) ทดแทน เพื่อลดโอกาสการสัมผัสเชื้อโรคจำนวนบุคลากรที่เข้าไปดูแลควรมีเท่าที่จำเป็น และต้องสวมชุดและอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อตามมาตรฐาน

5. ในกรณีที่มารดาหลังคลอดต้องการทำหมัน แต่สงสัยติดเชื้อโควิด-19 หรือยังไม่ทราบผลตรวจให้เลื่อนการทำหมันหลังคลอดออกไปอย่างน้อย 14 วัน

6. ฝ้าระวังและประเมินความเครียดและอาการซึมเศร้าหลังคลอด เพราะมารดาอาจจะมี ความเครียดและวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับผลของการติดเชื้อโควิด -19 หรือกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ในกรณีที่มีการแยกทารกไม่ให้ทารกดูนมจากเต้า ส่งผลให้มารดารู้สึกขาด ความผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Bonding) และรู้สึกสูญเสียบทบาทการเป็นมารดา อาจนำไปสู่ภาวะ ซึมเศร้าหลังคลอดได้ (Chaudhary et al., 2021) และควรส่งเสริมให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวโดย การใช้โทรศัพท์ หรือช่องทางออนไลน์อื่น ๆ วิดีโอออนไลน์ หากพบว่ามารดาหลังคลอดมีปัญหาอน ไม่หลับ เครียด ซึมเศร้า อาจประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Edinburgh Postnatal Depression Scale [EPDS]) ของ Cox, Holden, and Sagovsky (1987) ฉบับภาษาไทยซึ่งแปลโดย จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์และคณะ (Pitanupong, Liabsuetrakul, & Vittayanont, 2007) หากมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 11 ควรส่งต่อเพื่อการรักษาต่อไป

7. กรณีที่มารดาหลังคลอดยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ควรแนะนำให้มารดาหลังคลอด ได้รับวัคซีนตั้งแต่ออยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 สามารถให้ในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วย นมแม่ได้ (สุสิทธิ์ ชัยทองวัฒนา, 2564)

การให้นมบุตร

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานการตรวจพบเชื้อไวรัสโควิด -19 ในน้ำนมมารดา (Ng, Low, Goh, Fox, & Amin, 2020) ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงควรแนะนำมารดาหลังคลอดถึงประโยชน์ของน้ำนมมารดา และโอกาสที่ทารกจะติดเชื้ออย่างละเอียดให้มารดาเข้าใจ หากมารดามีความต้องการจะเลี้ยงทารกด้วย นมมารดาไม่ว่าจะเป็นวิธีดูดจากเต้าหรือจากการบีบเก็บ ทั้งนี้ราชวิทยาลัยสูติแพทย์แห่งประเทศไทย(2564) ได้ให้แนวทางปฏิบัติในการให้นมบุตร โดยแบ่งตามลักษณะของมารดาหลังคลอดออกเป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีมารดาหลังคลอดเป็นผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อ หรือมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อโควิด -19 แต่มี อาการไม่รุนแรง เช่น มีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อเล็กน้อย เป็นต้น สามารถอดลูกและ ให้นมบุตรจากเต้าได้ขึ้นอยู่กับอาการตัดสินใจของมารดาหลังคลอดและครอบครัว โดยมารดาหลังคลอด จะต้องปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการติดเชื้อโควิด -19 อย่างเคร่งครัด

2. กรณีมารดาหลังคลอดติดเชื้อโควิด -19 และมีอาการรุนแรง หากยังสามารถบีบน้ำนมได้ ให้ใช้วิธีบีบน้ำนม หรือใช้เครื่องปั๊มนม อย่างไรก็ตามผู้ที่สามารถปั๊มนมแก่ทารกได้ต้องผ่านการตรวจคัดกรองแล้วพบว่าไม่มีการติดเชื้อ หรือไม่เป็นผู้ที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด -19 หากมารดาหลังคลอดไม่สามารถบีบน้ำนมเองได้ อาจพิจารณาให้รับน้ำนมของผู้บริจาค (Pasteurize donor human milk) หรือให้นมผสมแก่ทารกแทน โดยปฏิบัติตามหลักปราชญ์จากเชื้อ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของมารดาหลังคลอดและความพร้อมของการให้บริการ

คำแนะนำสำหรับมารดาในการให้นมบุตร ยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (DMHTTA) เช่นเดียวกัน ซึ่งคำแนะนำมีดังต่อไปนี้

1. D: ขณะให้นมบุตรควรเว้นระยะห่างจากผู้อื่น บุคลากรที่ดูแลมารดาหลังคลอดควรจัดห้องเดี่ยว ให้มารดาและทารกอยู่ด้วยกันช่วงให้นม รวมไปถึงหลีกเลี่ยงการสัมผัสบริเวณใบหน้าของตนเองและทารก เช่น การหอมแก้มทารก เป็นต้น

2. M: สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการให้นมบุตร

3. H: มารดาหลังคลอดควรล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและน้ำสบู่ หรือใช้แอลกอฮอล์เข้มข้น 70% ขึ้นไป นานอย่างน้อย 20 วินาที ก่อนและภายหลังการทำกิจกรรม หรือก่อนและภายหลังสัมผัสทารก ทุกครั้ง รวมไปถึงการล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ ภายหลังการทำกิจกรรมการให้นมบุตร เช่น ที่ปั๊มนม ขวดนม อย่างถูกวิธีด้วยน้ำยาล้างอุปกรณ์ หรือการทำการนี้ นอกจากนั้นต้องทำความสะอาดด้านนอกของถุงเก็บน้ำนมด้วยแอลกอฮอล์เข้มข้น 70% ก่อนนำน้ำนมมาส่งทุกครั้ง

4. T: การตรวจวัดอุณหภูมิกาย หากมีไข้ให้สังเกตอาการอื่นร่วมด้วย เช่น อาการไอ หรือจาม หากพบว่ามีผิดปกติควรได้รับการตรวจเพื่อประเมินการติดเชื้อโควิด-19 และหลีกเลี่ยงการไอหรือจามขณะให้นมบุตร

5. T: พยาบาล หรือ ผู้ช่วยเหลือ หรือญาติ ควรได้รับการคัดกรองก่อนให้การช่วยเหลือมารดาหลังคลอด หากตรวจแล้วไม่พบว่าติดเชื้อโควิด -19 สามารถช่วยเหลือในการปั๊มนมทารกได้ และต้องปฏิบัติตามวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้ออย่างเคร่งครัด โดยป้อนด้วยการใช้ช้อน หรือถ้วยเล็ก

6. A: ครอบครัวหรือญาติที่ต้องการเข้าช่วยเหลือมารดาหลังคลอดต้องได้รับการลงบันทึกการเข้าเยี่ยม หรือลงทะเบียนผ่าน QR Code Thaichana เมื่อเข้าในสถานพยาบาล

การเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา มีประโยชน์ต่อสุขภาพทั้งมารดาและทารก บุคลากรที่ดูแลมารดาหลังคลอดไม่ควรส่งเสริมสารทดแทนนมแม่ หรือให้ใช้ขวดนม จุกนม การช่วยเหลือดูแลมารดาหลังคลอดขณะให้นมบุตร ยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด -19 เพื่อให้เกิดความปลอดภัย และยังช่วยส่งเสริมสัมพันธ์ระหว่างมารดาทารกและครอบครัวโดยการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือมารดาหลังคลอดในการดูแลทารก

สรุป

การดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดที่อยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ยึดหลักการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค การอธิบายความจำเป็นในการปฏิบัติตามมาตรการควบคุมโรค การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่มารดาหลังคลอด ก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อมารดาและทารก นอกจากนี้การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นสิ่งสำคัญ สามารถทำได้ถึงแม้จะอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 พยาบาลหรือผู้ที่ดูแลช่วยเหลือต้องตระหนักถึงหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และควรให้ครอบครัวสามารถพูดคุยผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอคอล รวมไปถึงการให้มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลมารดาหลังคลอดและทารก เพื่อเป็นการส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างมารดาทารกและครอบครัว และช่วยลดความเครียดหรือความวิตกกังวลแก่มารดาหลังคลอดได้

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นโรคระบาดที่มีการแพร่กระจายเชื้อได้ง่ายและรวดเร็ว มีการระบาดไปทั่วโลก และมีการเปลี่ยนแปลงของสายพันธุ์ไปเรื่อย ๆ แนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดจึงต้องปรับให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละสถานพยาบาล การวิจัยและการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกแรกเกิดจึงควรมีอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ควรมีการศึกษาภาวะเครียด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในมารดาหลังคลอดที่ถูกแยกจากทารกและครอบครัว รวมถึงศึกษาปัญหาและความต้องการของมารดากลุ่มนี้ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถให้การดูแลให้คำแนะนำและส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับสถานการณ์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2565). *นิยามและแนวทางปฏิบัติตามมาตรการป้องกันควบคุมโรคสำหรับผู้สัมผัสใกล้ชิดเสี่ยง*. สืบค้นจาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_srrt/g_srrt_130165.pdf
- กรมการแพทย์. (2565). *แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)*. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25641103093725AM_update-CPG_COVID_v19.5_n_02211102.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2563). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
- กรมควบคุมโรค. (2565). *โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019*. สืบค้นจาก <https://ddcportal.ddc.moph.go.th/portal/>

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *การดูแลหญิงตั้งครรภ์ หลังคลอดและทารกแรกเกิดภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19*. สืบค้นจาก

<http://phrae.go.th/covid/img/new/new270363.pdf>

ชนมนีนภา นามแสง. (2551). *Drug in pregnancy and lactation*. สืบค้นจาก

http://nnt.pharm.su.ac.th/dis/sites/default/files/answer/647/Drug%20in%20Pregnancy%20and%20Lactation_0.pdf

พัชรินทร์ เงินทอง. (2564). คำแนะนำในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอดและหลังคลอดระหว่างการแพร่ระบาดโควิด -19: การทบทวนวรรณกรรมแบบกำหนดขอบเขต. *วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม*. 22(42), 10 – 29.

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2563). *การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด –19*. สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25630324214133PM_CPG-Covid-Preg-20Mar20.pdf

ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2564). *การดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด –19*. สืบค้นจาก <http://www.rtcog.or.th/home/wp-content/uploads/2021/08/CPG-Covid-Preg-V6-20Aug21.pdf>

วรรณภา กาวิละ, พูลทรัพย์ ลาภเจียม, และวราภรณ์ บุญยงค์. (2563). การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในยุค COVID-19. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 21(2), 14-27.

สุธิดา อินทรเพชร, เอมอร บุตรอุดม, สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล, และทิพวรรณ ทัพชัย. (2564). ผลกระทบของการติดเชื้อโควิด-19 และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*, 46(3), 253-262.

สุสิทธิ์ ชัยทองวัฒนา. (2564). *วัคซีนโควิด -19 กับสตรีที่ตั้งครรภ์และให้นมบุตร*. สืบค้นจาก

<https://chulalongkornhospital.go.th/kcmh/line/>

Chaudhary, V., Puri, M., Kukreti, P., Chhapola, V., Kanwar, D., Tumpati, A., . . . Singh, G. (2021). Postpartum depression in Covid-19 risk – stratified hospital zones: A cross – section study from India. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6(100269), 1 – 6. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100269>

Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., . . . Zhang, Y. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: A retrospective review of medical records. *National Library of Medicine*, 395(10226), 809-815.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry: Journal of Mental Science*, 150, 782-786.

Hapshy, V., Aziz, D., Kahar, P., Khanna, D., Johnson, K. F., & Parmar, M. S. (2021). Covid-19 and pregnancy: Risk, symptoms, diagnosis, and treatment. *Nature Public Health Emergency Collection*, 3(7), 1477-1483. <https://doi.org/10.1007/s42399-021-00915-2>

- Huntley, B. J., Huntley, E. S., Di Mascio, D., Chen, T., Berghella, V., & Chauhan, S. P. (2020). Rates of maternal and perinatal mortality and vertical transmission in pregnancies complicated by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection: A systematic review. *Obstetrics and Gynecology*, 136(2), 303–312. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000004010>
- Ng, Y. P. M., Low, Y. F., Goh, X. L., Fox, D., & Amin, Z. (2020). Breastfeeding in COVID-19: A pragmatic approach. *American Journal of Perinatology*, 37, 1377-1384. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1716506>
- Pitanupong, J., Liabsuetrakul, T., & Vittayanont, A. (2007). Validation of the Thai Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening postpartum depression. *Psychiatry Research*, 149, 253-259.
- Vogel, J. P., Tendal, B., Giles, M., Whitehead, C., Burton, W., Chakraborty, S., . . . Homer, C. S. (2020). Clinical care of pregnant and postpartum women with COVID-19: Living recommendations from the National COVID-19 Clinical Evidence Taskforce. *Obstetrics and Gynaecology*, 60, 840–851. <https://doi.org/10.1111/ajo.13270>
- World Health Organization. (2021). *Coronavirus Disease (COVID-19)*. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงตั้งแต่ในโรงพยาบาลสู่การดูแลที่บ้าน

กัญญาณัฐ เกิดชื่น, พย.ม.^{1*}

ยุพาพร จิตตะสุตฺโต, พย.ม.¹

ชุติมา ปัญญาประดิษฐ์, ป.พ.ส.²

(วันที่ส่งบทความ: 22 มีนาคม 2565; วันที่แก้ไข: 15 พฤษภาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 1 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงส่วนใหญ่มักมีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บและการถูกทำร้ายร่างกาย ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อส่วนประกอบของศีรษะและภายในกะโหลกศีรษะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อสมอง การบาดเจ็บของสมองจะส่งผลต่อการมีชีวิตและพฤติกรรมของบุคคลเมื่อพ้นระยะวิกฤตไป เมื่อศีรษะได้รับบาดเจ็บรุนแรงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยและเป็นอันตรายคือ ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ซึ่งจะนำไปสู่การเสียชีวิตหรือทุพพลภาพของผู้ป่วยได้ ดังนั้นพยาบาลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและสามารถปฏิบัติบทบาทในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับไปมีคุณภาพชีวิตตามอัตภาพที่ควรจะเป็น ผู้แต่งได้เขียนบทความนี้ขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทพยาบาลที่จำเพาะในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะวิกฤตและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ: การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง, การพยาบาลระยะวิกฤต, การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: กัญญาณัฐ เกิดชื่น, อีเมล: kanyanat@knc.ac.th

The Role of Nurses in Caring for Severe Head Injury Patients from Hospital to Home Care

Kanyanat Kerdchuen, M.N.S.^{1}*

Yupaporn Jittasuttho, M.N.S.¹

Chutima Panyapradit, Dip.N.S.²

(Received: March 22nd, 2022; Revised: May 15th, 2022; Accepted: June 1st, 2022)

Abstract

Most severe head injuries are caused by traffic accidents or assaults which cause injuries to components of the head and inside the skull, especially to the brain. Traumatic brain injuries affect a person's life and behavior beyond the acute phase. When a severe head injury occurs, one of the most common and dangerous complications is Increased Intracranial Pressure (IICP). IICP can lead to the death or disability of patients. Therefore, nurses must have substantial knowledge about severe head injuries and be able to play an effective role in patient care to ensure patient safety, reduce complications, and help patients to recover and have as good a quality of life as is possible. This paper was written based on the authors' review of the literature and experience caring for patients in hospitals and in their homes. The purpose of the paper is to present the specific roles of nurses providing care for severe head injury patients in both acute care and continuing care at patients' homes.

Keywords: severe head injury, critical care, home care

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Registered Nurse, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima Provinces, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Kanyanat Kerdchuen, E-mail: kanyanat@knc.ac.th

บทนำ

การบาดเจ็บที่ศีรษะมีอุบัติการณ์สูงสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากการจราจรทางบก (นครชัย เพื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562) จากการศึกษาของ อรุณา รังผึ้ง, พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, และ อนงค์ แสงจันทร์ทิพย์ (2556) พบว่า ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุรถจักรยานยนต์ มีการบาดเจ็บที่ศีรษะมากถึงร้อยละ 29.60 ในปี พ.ศ. 2561 ก่อนมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) ประเทศไทยมีจำนวนผู้บาดเจ็บจากการจราจรทางถนน จำนวน 1,048, 181 ราย มีอัตราการตาย 30.47 ต่อประชากรแสนคน แต่หลังการระบาดของโรคคือในปี พ.ศ. 2563 พบว่าจำนวนผู้บาดเจ็บลดลงเป็น 1,019, 655 ราย มีอัตราการตายลดลงเป็น 27.20 ต่อประชากรแสนคน (กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนางานองค์กร กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) แม้จำนวนผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจะมีจำนวนลดลง แต่ผู้รอดชีวิตจากการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจะยังคงเป็นภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจในระยะยาวเนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะทุพพลภาพ

การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะวิกฤตจากการบาดเจ็บที่สมอง (Traumatic brain injury) และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 36 (อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวลัย พรหมดี, สุรกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, และอรไท โพธิ์ไชยแสน, 2560) การดูแลผู้ที่มีภาวะการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจึงต้องใช้ความรู้ และทักษะในการประเมินปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และกลับไปมีชีวิตที่บ้านตามที่ควรจะเป็น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะวิกฤตและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยผู้เขียนได้ศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลวารสารไทยและคำภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับความรู้ประสบการณ์จากการสอนภาคปฏิบัติแก่นักศึกษานานาชาติผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุ และประสบการณ์จากการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะที่มีความทุพพลภาพที่บ้าน

ผลกระทบของการบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงและบทบาทพยาบาลที่จำเพาะ

ศีรษะมีส่วนประกอบสำคัญ ได้แก่ กะโหลกศีรษะ เยื่อหุ้มสมอง เนื้อสมอง น้ำไขสันหลัง หลอดเลือดสมอง และเส้นประสาทสมอง เมื่อมีแรงกระแทกจากภายนอกจะทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อส่วนต่าง ๆ เหล่านั้น (ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย, 2564) ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกตัวชั่วคราว หรือหมดสติทันที (Timby & Smith, 2014) การบาดเจ็บที่ศีรษะอย่างรุนแรงจะเกิดผลกระทบและพยาธิสภาพที่สำคัญ 3 ประการ คือ การบาดเจ็บต่อกะโหลกศีรษะ (Skull fracture) การมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ (Intracranial hemorrhage [ICH]) และการมีเลือดออกในสมอง (Intracerebral hemorrhage) พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลเพื่อป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วยดังต่อไปนี้

การบาดเจ็บต่อกะโหลกศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงจะทำให้กะโหลกศีรษะแตกยุบลงไปกดเนื้อสมอง (Depress skull fracture) และกระดูกฐานกะโหลกศีรษะแตก (Basilar skull fracture; รุนภา เพียวชะอ่ำ, และชดช้อย วัฒนะ, 2560) ซึ่งมักเกิดร่วมกับกะโหลกศีรษะแตกหรือแตกเฉพาะกระดูกฐานกะโหลกศีรษะทำให้เกิดทางติดต่อระหว่างโพรงอากาศกับช่องใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลางขัดขวางการส่งกระแสประสาท โดยการแตกแบบนี้สามารถวินิจฉัยได้จากอาการและอาการแสดง เช่น รอบเบ้าตาเขียวคล้ำ (Raccoon's eyes) มีรอยช้ำที่หลังหู (Battle's sign) และมีน้ำไขสันหลังไหลออกทางหู (Cerebrospinal fluid [CSF] otorrhea) หรือ จมูก (CSF rhinorrhea; ไชยพร ยุกเซ็น และคณะ, 2560) ดังนั้นการมีกระดูกฐานกะโหลกศีรษะแตกจึงทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีการบาดเจ็บต่อกะโหลกศีรษะ

การบาดเจ็บที่ศีรษะแบบไม่รุนแรงแต่มีกระดูกฐานกะโหลกศีรษะแตกร่วมด้วย จะพบเลือดออกในกะโหลกศีรษะได้มากถึงร้อยละ 70.5 ทำให้ต้องผ่าตัดสมอง ดังนั้นผู้ป่วยกลุ่มนี้ทุกรายควรได้รับการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองเพื่อวินิจฉัยและช่วยเหลืออย่างถูกต้องและทันเวลาที่ (ธัญยา ปิตติยะกุลธร, บริบูรณ์ เชนธนาภิ, ธนัฐ วานิชะพงศ์, และกรรณกาญจน์ สุธรรม, 2562) พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยที่มีน้ำไขสันหลังไหลออกทางหู หรือจมูก นอนพักบนเตียงอย่างสมบูรณ์ (Absolute bed rest) ในท่านอนราบ ห้ามสิ่งน้ำมูก ห้ามใส่สายให้อาหารหรือดูดเสมหะทางจมูก ห้ามแคะหู ให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา สังเกตอาการแสดงของภาวะเยื่อหุ้มสมองอักเสบซึ่งจะพบภายใน 48 ชั่วโมง ภายหลังการบาดเจ็บ ได้แก่ ระดับความรู้สึกตัวลดลง ใช้สูง ปวดศีรษะ และदनคอแข็งตึงขยับไม่ได้ (Stiff neck) เนื่องจากผู้ป่วยเยื่อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลันร้อยละ 95 จะมีอาการของโรคอย่างน้อย 2 ใน 4 (อาคม อารยาวิชานนท์, 2558) ทั้งนี้หากพบปัญหาให้รายงานแพทย์ทันที

ผู้ป่วยทุกรายที่มีกะโหลกศีรษะแตกและยุบลงไปมากกว่าความหนาของกะโหลกศีรษะร่วมกับการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท มีบาดแผลและการรั่วของน้ำไขสันหลังต้องได้รับการผ่าตัดเพื่อตัด หรือ ยกกะโหลกที่กดเนื้อสมองออกไป (Decompressive craniectomy) หลังผ่าตัดในระยะวิกฤตพยาบาลต้องดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ไม่ให้นอนทับแผลผ่าตัดที่ศีรษะ สังเกตการบวมของใบหน้าและ บาดแผล ดูแลท่อระบายให้ไหลสะดวก ให้ยาแก้ปวดทางหลอดเลือดดำแก้ไขภาวะไข้เนื่องจากการบาดเจ็บที่ศีรษะจะรบกวนสมองส่วนที่ควบคุมอุณหภูมิร่างกายให้สูงกว่าปกติซึ่งพบได้บ่อยในระยะ 72 ชั่วโมงแรก (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ขวัญประภัสร์ จันทรบุลลวาร์, และอภิญญา กุลทะเล, 2560)

การมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ

เลือดออกในกะโหลกศีรษะที่พบ เช่น การมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Epidural hemorrhage) มักเกิดจากแรงกระแทกศีรษะโดยตรงทำให้มีการฉีกขาดของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ที่ชื่อว่า Middle meningeal ซึ่งแขนงอยู่ระหว่างกะโหลกศีรษะและเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกส่งผลให้เนื้อสมองถูกเบียด ตำแหน่งที่พบบ่อยและรวดเร็ว คือ เหนือกกหูเนื่องจากมีกะโหลกศีรษะบางที่สุด แม้ว่าการมี

เลือดออกจะส่งผลให้เกิดอาการปวดศีรษะหรือหมดสติ แต่การบาดเจ็บที่ศีรษะและมีเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกเป็นภาวะเดียวที่ผู้ป่วยจะรอดชีวิตโดยไม่ทุพพลภาพ ถ้าผ่าตัดภายใน 24 ชั่วโมง เพราะการมีเลือดออกมักจะไม่น่ารุนแรงพอที่จะไปทำอันตรายต่อสมอง เนื่องจากมีเยื่อหุ้มชั้นนอกที่หนาและเหนียวห่อหุ้มสมองไว้โดยรอบ (อำพร มะลิวัลย์, 2559)

การมีเลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก (Subdural hematoma) เกิดจากการแตกเลือดระหว่างเยื่อหุ้มสมองชั้นนอกกับชั้นกลาง มักเกิดจากแรงกระแทกศีรษะทำให้หลอดเลือดดำที่ชื่อว่า Cortical และ Bridging ซึ่งอยู่ใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอกและบนผิวสมองฉีกขาด ผู้ป่วยจะมีการแสดงอาการแสดงทันทีทันใด โดยจะรู้สึกตัวลดลง หมดสติ รูม่านตาและการกลอกตาผิดปกติ แขนขาอ่อนแรง บกพร่องในการหายใจและการเคลื่อนไหว

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ

พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในกะโหลกศีรษะจะต้องมีสมรรถนะด้านการเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดสมอง (จารุยา ขปารังสี, 2560) เนื่องจากการผ่าตัดใหญ่ใช้เวลาในการผ่าตัด 3-6 ชั่วโมง นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีการเปลี่ยนแปลงที่รุนแรงและรวดเร็วกว่าผู้ที่บาดเจ็บแบบอื่น ๆ การเตรียมผู้ป่วยก่อนผ่าตัดได้แก่ การประเมินทางระบบประสาททุก 1-2 ชั่วโมง พยาบาลจะต้องซักประวัติจากญาติหรือผู้นำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลเกี่ยวกับโรคประจำตัว และการใช้ยาละลายลิ่มเลือดและยาต้านการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้พยาบาลจะต้องส่งสิ่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา เช่น การส่งเลือดเอกซเรย์ปอดและกระดูกสันหลังส่วนคอ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง การเตรียมผิวหนัง การงดน้ำและอาหารทางปาก การให้สารน้ำทดแทนทางหลอดเลือดดำ การเตรียมเลือดและส่วนประกอบของเลือด เป็นต้น

ผู้ป่วยหลังผ่าตัดสมองมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ร้อยละ 5.2-36.4 (ฤทัยรัตน์ไชยรินทร์, 2556) ดังนั้นพยาบาลจะต้องดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความดันในกะโหลกศีรษะสูง (Increase Intracranial Pressure [IICP]) ซึ่งจะพบค่าแรงดันตั้งแต่ 20 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป ทำให้เกิดภาวะสมองขาดออกซิเจน (Cerebral hypoxemia; จารุยา ขปารังสี, 2560) ด้วยการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอทางท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจที่เหมาะสม ประเมินทางระบบประสาท จัดท่าศีรษะสูง 30 องศาเพื่อให้การไหลเวียนเลือดสู่หัวใจดีขึ้น ดูแลไม่ให้มีไข้ และจัดการความปวดและการชัก (โสพรรณ โพทะยะ, 2562)

การมีเลือดออกในสมอง

การมีเลือดออกในสมองเกิดจากการฉีกขาดของหลอดเลือดที่แตกแขนงออกไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของเนื้อสมอง มักเกิดร่วมกับการฉีกขาดของสมองส่วนผิว พบบ่อยบริเวณใต้กะโหลกศีรษะที่แตกกว้าง หรือแตกยุบ โดยเฉพาะที่สมองใหญ่กลีบหน้าหรือด้านข้างเนื่องจากการบาดเจ็บได้ง่าย อาการและอาการแสดงจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริเวณที่บาดเจ็บ ขนาดของก้อนเลือด และระยะเวลาของการมีเลือดออก ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการทันทีทันใด อาการจะแย่ลงอย่างรวดเร็วภายใน 2-3 ชั่วโมง ผู้ป่วยประมาณครึ่งหนึ่งจะอาเจียน ชักและหมดสติ รวมทั้งหยุดหายใจถ้ามีก้อนเลือดกดก้านสมอง หรือมีเลือดออกที่ก้านสมอง

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่มีเลือดออกในสมอง

การมีเลือดออกในสมองทำให้เกิดการกดเบียดสมอง ๆ จะขาดเลือด เกิดการบวมและนำไปสู่ภาวะ ICP อย่างทันทีทันใด ผู้ที่มีเลือดออกในสมอง 8-12 % ของพื้นที่ในกะโหลกศีรษะจึงมักได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด (ภัทรวิทย์ รัชกุล, 2561) พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีสมรรถนะด้านการเตรียมผู้ป่วยก่อนและหลังผ่าตัด และด้านปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัย หลังผ่าตัดผู้ป่วยอาจเกิดภาวะเนื้อเยื่อสมองพองออกซิเจน หรือ ICP ได้ จากการเสียเลือด ไข้ ชัก การติดเชื้อ และเยื่อหุ้มสมองอักเสบ พยาบาลจึงต้องติดตามการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท ดูแลให้ท่อระบายไขสันหลังสะดวก จัดท่านอนหงายหรือตะแคง หลีกเลี่ยงท่าศีรษะต่ำ แขนง ก้มหรือบิด หลีกเลี่ยงการกระตุ้นให้อาเจียน ผู้ป่วยที่มีแขนขาอ่อนแรง ควรพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง ไม่ลากตัวไปกับที่นอน ดูแลที่นอนให้แห้ง สะอาด เรียบตึง และดูแลยืดเหยียดและหมุนข้อต่อต่าง ๆ (จรรยา ขปารังสี, 2560)

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะวิกฤตที่โรงพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะวิกฤตมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อให้เนื้อเยื่อสมองได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ปลอดภัยจากอันตรายแทรกซ้อนที่อาจทำให้เสียชีวิตหรือเกิดความบกพร่องทางสมอง ดังนั้นพยาบาลในหอผู้ป่วยต้องมีการดูแลผู้ป่วยตามกระบวนการพยาบาล ดังนี้

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย (Assessment) การประเมินสภาพผู้ป่วยด้วยการประเมินทางระบบประสาทและสมอง (Neurological signs) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินระดับความรู้สึกตัว การประเมินการเคลื่อนไหวและกำลังของแขน ขา การประเมินขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง และการประเมินสัญญาณชีพ

1.1 การประเมินระดับความรู้สึกตัว ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงในระยะวิกฤตจะตรวจพบการลดลงของระดับการรู้สติเป็นครั้งแรก โดย GCS จะไม่เกิน 8 คะแนน ผู้ป่วยมักหยุดหายใจและเสียชีวิตได้ ผู้ป่วยจึงต้องใส่ท่อช่วยหายใจและช่วยในการดูแลระบบทางเดินหายใจ (นครชัย เพื่อนปทุม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562) ในระยะนี้พยาบาลควรประเมิน GCS ทุก 15 นาที และประเมินซ้ำเมื่อพบว่าคะแนนลดลงจากเดิมตั้งแต่ 2 คะแนนขึ้นไป แล้วรายงานแพทย์เพื่อค้นหาสาเหตุ และให้การรักษาอย่างทันทั่วทั้งที่

1.2 การประเมินการเคลื่อนไหวและกำลังของแขน ขา ในผู้ป่วยที่มีก้านสมองถูกกดจะทำให้เกิดภาวะ ICP โดยในระยะแรกจะมีการอ่อนแรงด้านตรงกันข้ามกับรอยโรค ส่วนในระยะท้ายจะไม่มี การเคลื่อนไหว หรืออาจมีอาการที่เรียกว่า Decorticate rigidity ประกอบด้วยอาการตัวเกร็ง แขนงอชิดหน้าอก กำนิ่วมือแน่นเข้าหากัน และขาเหยียดตรง หรืออาการ Decerebrate rigidity ซึ่งจะมีอาการตัวเกร็ง แขนงเหยียดแนบลำตัว ข้อมือเหยียดออกจากลำตัว และขาเหยียดตรงเหมือนกับ Decorticate rigidity (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561)

1.3 การประเมินขนาดและปฏิกิริยาของรูม่านตาต่อแสง โดยจะตรวจพบการเปลี่ยนแปลงเมื่อเส้นประสาทสมองคู่ที่ 3 (Oculomotor nerve) ถูกกด โดยในระยะแรกรูม่านตาจะขยายข้างเดียวกับรอยโรค ในระยะท้ายจะขยายทั้ง 2 ข้างและไม่มีปฏิกิริยาต่อแสง

1.4 การประเมินสัญญาณชีพ ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะท้ายจะมีกลุ่มอาการที่เรียกว่า Cushing's triad ซึ่งเกิดจากมีแรงกดที่ก้านสมองส่วนควบคุมสัญญาณชีพ ซึ่งจะตรวจพบลักษณะความดันโลหิตช่วงบน (Systolic blood pressure) สูงขึ้น ในขณะที่มีความดันโลหิตช่วงล่าง (Diastolic blood pressure) ลดลง หรือเท่าเดิมทำให้แรงดันชีพจร (Pulse pressure) กว้างมากกว่า 60 มิลลิเมตรปรอท การหายใจไม่สม่ำเสมอและหัวใจเต้นน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที (Lewis, Bucher, Heitkemper, & Harding, 2017) และจะพบอุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น โดยอุณหภูมิที่เพิ่มจากปกติทุก 1 องศาเซลเซียส จะทำให้สมองใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นซึ่งสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 7 (ยุทธชัย ไชยสิทธิ์ และคณะ, 2560) ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงที่มีไข้ทุกรายต้องได้รับการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ

2. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงในระยะวิกฤต ในระยะนี้พยาบาลจะต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อการตัดสินใจให้การพยาบาลที่จะช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ประกอบด้วย

2.1 การป้องกันและเฝ้าระวังภาวะ ICP ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบมากที่สุด นำไปสู่การเสียชีวิตและทุพพลภาพ (Gosnell, 2019) อาการเตือนของภาวะนี้ เช่น การรู้สึกลดลง แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้นจากเดิมตั้งแต่ 1 ระดับหรือกำลังแขนขาทั้ง 2 ข้างแตกต่างกัน และรูม่านตาทั้ง 2 ข้าง มีขนาดแตกต่างกันเกิน 1 มิลลิเมตรและมีปฏิกิริยาต่อแสงลดลง เป็นต้น (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) หากพบอาการดังกล่าวพยาบาลต้องปฏิบัติการ ดังนี้

2.1.1 ดูแลให้ยาควบคุมความดันโลหิต โดยรักษาระดับความดันโลหิตช่วงบนให้มีค่าไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท เพื่อป้องกันเลือดออกในสมอง (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) ร่วมกับเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตต่ำโดยหากความดันโลหิตช่วงบนมีค่าน้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท จะเป็นเหตุให้ความดันในการกำซาบเนื้อเยื่อสมอง (Cerebral perfusion pressure [CPP]) ลดลง ส่งผลให้สมองขาดเลือดได้ (โสพรรณ โพทะยะ, 2562)

2.1.2 ติดตามระดับน้ำตาลในเลือด โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว (Capillary blood glucose) หรือ Dextrostix และรักษาระดับให้มีค่า 80-180 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) เนื่องจากเมื่อสมองได้รับบาดเจ็บจะกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกและระบบฮอโมนทำให้น้ำตาลในเลือดสูง (โสพรรณ โพทะยะ, 2562) ส่งผลให้มีภาวะสมองขาดเลือดมากขึ้น สมองบวมและมีภาวะ ICP ตามมา และเพิ่มอัตราการตายโดยเฉพาะผู้ที่มีย่าน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 200 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ใน 24 ชั่วโมงแรก ซึ่งจะมีโอกาสมีเลือดออกในสมองร้อยละ 25 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีย่าน้ำตาลในเลือดที่ต่ำกว่าซึ่งจะมีโอกาสเพียงร้อยละ 9 เท่านั้น (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) ในระยะนี้ควรให้ 0.9 % NaCl ทางหลอดเลือดดำ หลีกเลี่ยงการให้สารน้ำที่มีน้ำตาลเพราะจะทำให้สมองบวมมากขึ้น (สุรรัตน์ สุวัชรังกูร, 2558)

2.1.3 ดูแลให้นอนพักผ่อนบนเตียงอย่างสมบูรณ์และให้การพยาบาลเป็นระยะ เพราะการมีกิจกรรมจะทำให้มีภาวะ ICP ดูแลจัดทำศีรษะสูง 30 องศา โดยให้ศีรษะ คอและลำตัวอยู่ในแนวเดียวกัน ไม่บิดซ้ายหรือขวา ซึ่งจะช่วยให้น้ำไขสันหลังไหลสู่ช่องไขสันหลังได้ดีขึ้น และยังทำให้มีการไหลกลับของ

เลือดดำจากศีรษะสู่หัวใจสะดวกขึ้น และไม่จัดท่านอนที่กระตุ้นให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องสูง (Valsalva maneuver) เช่น ท่านอนคว่ำ ซ้อมโพงงอมมากกว่า 90 องศา (สุริรัตน์ สุวัชรังกูร, 2558)

2.1.4 ดูแลให้สวมอุปกรณ์พุงคอชนิดแข็ง ในกรณีผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงร่วมกับสงสัย หรือมีการเคลื่อนที่ของกระดูกสันหลัง เพื่อจัดศีรษะและคอให้อยู่ในแนวเดียวกัน ไม่ก้ม แหงน หรือบิด แต่ควรระวังการกดหลอดเลือดดำคอชั้นในและนอก (Internal and external jugular vein) ซึ่งจะทำให้ขัดขวาง การไหลกลับของเลือดสู่หัวใจ ทำให้เลือดคั่งในสมองและภาวะ ICP ได้ (โสพรรณ โพทะยะ, 2562) ดังนั้นพยาบาลควรสวมอุปกรณ์พุงคอให้เหมาะสมกับขนาดคอของผู้ป่วยและนำออกทันทีที่แพทย์อนุญาต

2.1.5 ดูแลทางเดินหายใจให้โล่งและให้ออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยดูแลตามความจำเป็น เท่านั้น แต่ไม่ควรเว้นเกิน 4 ชั่วโมงเพื่อป้องกันการยึดเกาะของเสมหะ โดยก่อนและหลังดูดควรให้ออกซิเจน 100 % นาน 30-60 วินาที ใช้เวลาดูดแต่ละครั้งไม่เกิน 10-15 วินาที ใช้ความดันลบ 80 -120 มิลลิเมตรปรอท ดูดไม่เกิน 2 ครั้งต่อรอบ และเว้นช่วงพัก 10-20 วินาที (ภรณ์ เทพส่องแสง, วรณลียะ ยอดรักษ์, และสุศิริ หิรัญชุนหะ, 2561) สังเกตความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ($O_2 \text{ sat}$) โดยให้มีความ $\geq 95\%$ หลังดูดเสมหะ เนื่องจากการดูดกระตุ้นให้เกิดการไอ ซึ่งจะทำให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้นและทำให้เกิด ภาวะ ICP ได้

2.1.6 จัดการกับการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิ ภาวะไข้จะส่งเสริมให้เกิดอันตรายต่อสมอง พบได้บ่อยหลังการบาดเจ็บที่ศีรษะ 72 ชั่วโมงแรก ทำให้อัตราตายสูงกว่าผู้ที่ไม่มีไข้ 1.5 เท่า และเมื่ออุณหภูมิ สูงกว่าปกติ 1 องศาเซลเซียส อัตราการเผาผลาญจะเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ส่งผลให้เลือดมาเลี้ยงสมองเพิ่มขึ้น ร้อยละ 6 (ปณัฏฐา เชื้อวงษ์, สาทิตร์ เกตุแก้ว, และสุภาพ เหมือนชู, 2560) พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้พัก สวมเสื้อผ้าที่บางเบา ใช้พัดลมเป่าร่วมกับเช็ดตัวลดไข้ หรือเช็ดตัวลดไข้ร่วมกับให้ยาลดไข้เมื่ออุณหภูมิ สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียสควรรักษาอุณหภูมิให้ได้ 36-37 องศาเซลเซียสเนื่องจากอุณหภูมิที่ต่ำเกินไปจะทำให้ หลอดเลือดหดตัวและเลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ ทั้งนี้เมื่อพบว่าผู้ป่วยอุณหภูมิต่ำ พยาบาลควรดูแลให้ห่มผ้า ปิดพัดลม หรือเครื่องปรับอากาศ

2.1.7 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เกิดความดันในช่องอกและช่องท้องเพิ่มขึ้น เพราะจะทำให้การ ไหลเวียนเลือดดำกลับสู่หัวใจลดลง ปริมาตรเลือดในสมองเพิ่มขึ้นและเกิดภาวะ ICP ตามมา เช่น การตั้งค่า เครื่องช่วยหายใจที่มีความดันบวกในช่วงสิ้นสุดการหายใจมากกว่า 5 เซนติเมตรน้ำ (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) การมีอุจจาระอัดแน่นในลำไส้ ดังนั้นพยาบาลควรตรวจสอบการตั้งค่าของเครื่องช่วยหายใจให้ ถูกต้อง ป้องกันการท้องผูก โดยดูแลผู้ป่วยให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอและระบายตามแผนการรักษา

2.2 ลดความเจ็บปวด ผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร้อยละ 20 จะมีอาการปวดศีรษะระดับปานกลางถึง รุนแรง (อรชร บุติพินดา, 2560) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยไม่สบายและกระสับกระส่าย พยาบาลจึงควรประเมิน ความปวดทุก 4 ชั่วโมงและดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษา เนื่องจากความปวดจะทำให้เพิ่มอัตราการ เผาผลาญในสมอง ส่งผลให้เกิดภาวะ ICP (ฉัตรกมล ประจวบลาภ, 2561) ทั้งนี้อาการปวดศีรษะพบได้ทั้ง ในขณะรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับบ้านแล้ว และอาจจะพบได้นานถึง 4 ปีหลังการบาดเจ็บ

โดยมีเพียงร้อยละ 7-15 เท่านั้นที่อาการจะหายไปภายใน 3-6 เดือน (อรรชร บุติพินดา, 2560) พยาบาลจึงควรอธิบายให้ผู้ป่วยและญาติได้ทราบว่าเป็นอาการปกติที่อาจจะพบได้ถ้าปวดมากให้รับประทานยาบรรเทาปวดที่ได้รับไปจากโรงพยาบาล

2.3 ป้องกันและเฝ้าระวังการดิ้นท้อช่วยหายใจออกเอง เพราะเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจะรับรู้ความไม่สุขสบาย เจ็บปวด และทรมานจากการใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ จึงดิ้นไปมา กระสับกระส่าย ก้าวร้าว (Agitation) โดยการศึกษาของ ภารณี เทพส่องแสง และคณะ (2561) พบว่า เมื่อถูกดูดเสมหะ ผู้ป่วยจะรู้สึกเจ็บปวด ทรมานเหมือนจะขาดใจ หายใจไม่ออกและรู้สึกเหมือนสายยางอุดเนื้อติดขึ้นมาด้วย ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกระสับกระส่าย ดิ้นไปมา ด้านเครื่องช่วยหายใจ และมีแนวโน้มจะดิ้นท้อช่วยหายใจและอุปกรณ์ต่างๆ พยาบาลควรผูกมัดและประเมินผู้ป่วยด้วยแบบประเมินภาวะง่วงซึม กระวนกระวาย ที่ชื่อว่า Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) และรายงานแพทย์เมื่อคะแนนจากแบบประเมินอยู่ในช่วง +1 ถึง +4 (รุ่งนภา เขียวชะอำ และชดช้อย วัฒนะ, 2560) ทั้งนี้แพทย์อาจพิจารณาให้ยาแก้การปวดซึ่งจะมีฤทธิ์ข้างเคียงทำให้การรับรู้สติลดลง กดการหายใจ และหัวใจเต้นช้า ดังนั้นหลังให้ยาพยาบาลจึงควรติดตามอาการดังกล่าวและรายงานแพทย์หากพบปัญหา

2.4 ป้องกันการชักในกรณีที่ผู้ป่วยมีประวัติการชักทันทีหลังขาดเจ็บหมดสติหลังขาดเจ็บนานกว่า 30 นาที GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 คะแนน กะโหลกศีรษะร้าวหรือแตกยุบ การแทงทะลุสู่ภายในศีรษะสมองซ้ำ และมีเลือดออกในกะโหลกศีรษะ หรือในสมอง เป็นโรคลมชักมาก่อน ดิสุราเรื้อรัง (นครชัย เฟื่อนปฐม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562) พยาบาลควรดูแลให้ได้รับยาป้องกันการชักภายใน 7 วันหลังการขาดเจ็บตามแผนการรักษา

3. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล จะทำให้ทราบว่ากิจกรรมที่จัดให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมาย คือ ความปลอดภัยและการไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หากปัญหายังคงอยู่พยาบาลต้องประเมินสภาพหาข้อมูลเพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลใหม่ หากสิ้นสุดปัญหาแล้วก็ยังคงต้องประเมินสภาพเฝ้าระวังและติดตามอาการของผู้ป่วย เตรียมการฟื้นฟูสภาพ การวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อเพื่อดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยขาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงต่อเนื่องที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยขาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านมีความสำคัญมาก เพราะผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความทุพพลภาพทางด้านกายและจิตใจ ส่งผลให้ขาดความสามารถในดำรงชีวิตประจำวันในสังคมได้ตามลำพัง พยาบาลจึงมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ดังนี้

การฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย

การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยขาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงประกอบด้วย การดูแลในระยะวิกฤตตามที่ได้กล่าวมาแล้ว การดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยการให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่ในระยะวิกฤตจนกระทั่งอาการดีขึ้น ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจ

เกี่ยวกับการรักษาร่วมกับทีมสุขภาพทุกขั้นตอน (มาณะ กิตติธรรกุล, 2558) สำหรับบทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจะเป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ เช่น ชีพจร ชัก มีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง อารมณ์ไม่คงที่ การสอนญาติในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียง การประสานงานเพื่อให้ยืมอุปกรณ์ที่ต้องใช้ เช่น เตียงนอน เครื่องดูดเสมหะ ให้เบอร์โทรศัพท์ที่ในการติดต่อเมื่อต้องการปรึกษา และมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายในวันที่ 3 วันที่ 5 และ 1 เดือน รวมทั้งมีการส่งต่อข้อมูลให้กับสถานบริการใกล้บ้าน (มาณะ กิตติธรรกุล, 2558) เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

พยาบาลควรเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ญาติผู้ดูแลให้มั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (เพ็ญนภา จายวรรณ, พิกุล นันทชัยพันธ์, และฉวีวรรณ ธงชัย, 2559) โดยให้ญาติมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยและสอนให้ญาติช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น อาบน้ำบนเตียง ให้อาหารทางสายยาง หรือสร้างเป็นคู่มือ (Nursing manual) แนะนำขั้นตอนการพยาบาล (Nursing procedure) เช่น การดูดเสมหะ การทำความสะอาดแผลและท่อหลอดลมคอ การจัดทำและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยบนเตียงหรือลงจากเตียง การดูแลสายสวนปัสสาวะ การล้างอุจจาระ เพื่อให้ญาติมีความมั่นใจและสะดวกในการนำไปใช้ ซึ่งในปัจจุบันคู่มือ เนื้อหาสาระและขั้นตอนการพยาบาล การดูแลผู้ป่วยอาจทำในรูปแบบแอปพลิเคชัน (Application) เพื่อให้ใช้งานได้ดี น่าสนใจ และใช้ได้กับคอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ เช่น ไลน์ (Line) ยูทูบ (YouTube) และติ๊กต็อก (Tik Tok)

การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงต่อเนื่องที่บ้าน

บทบาทพยาบาลในการดูแลต่อเนื่องประกอบด้วย การประเมินผลกระทบจากการบาดเจ็บที่สมอง โดยการประเมินความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ (Cognitive dysfunction) เช่น ความจำ ภาษา การมองเห็น การประเมินการทำหน้าที่ทางจิตประสาท (Neuropsychological function) เช่น การรู้สติ การประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม (Neurobehavioral disorders) เช่น พฤติกรรมก้าวร้าว และการประเมินผลกระทบทางจิตสังคม เช่น ความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวต่อความทุพพลภาพเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนดูแลต่อเนื่องและการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อไป (รุ่งนภา เขียวชะอำ และชชช้อย วัฒนะ, 2560)

การที่พยาบาลติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านจะช่วยพัฒนาศักยภาพให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ ทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยในปัจจุบันมีความจำเป็นต้องวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้นเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการประสานงานกับสหวิชาชีพเพื่อพัฒนาระบบการดูแลและการฟื้นฟูสภาพให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และลดการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านแล้วพยาบาลจะต้องมีการติดตามประเมินผลเพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้และลดความต้องการการดูแลจากบุคลากรทีมสุขภาพลงเรื่อย ๆ ทำให้พึ่งตนเองได้ในที่สุด (จารุยา ขปารังสี, 2560)

สรุป

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรงทั้งที่โรงพยาบาลและบ้าน โดยในระยะวิกฤตต้องมีความสามารถและทักษะในการประเมินปัญหาของผู้ป่วย เช่น ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง ความปวด ภาวะที่เสี่ยงต่อการดึงท่อช่วยหายใจออกเอง การชักและสามารถให้การพยาบาลอย่างทันทั่วถึงเพื่อป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดแก่ชีวิตของผู้ป่วยได้ เมื่อผู้ป่วยจะกลับบ้าน พยาบาลมีบทบาทในการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบองค์รวม และครอบคลุมนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตตามอัตภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มยุทธศาสตร์และพัฒนาองค์กร กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *รายงานประจำปี 2564 กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค*. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนิเมชัน.
- จารุยา ชปารังสี. (2560). สมรรถนะพยาบาลทางประสาทศัลยศาสตร์. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(1), 41-61.
- ฉัตรกมล ประจวบลาภ. (2561). ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูงในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมอง: มิติของการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(2), 15-28.
- ไชยพร ยุกเซ็น, ยุวเรศมณัฏ์ สิทธิชาญบัญชา, วรณี กรีเทพ, ประยูร สุขอุ้ม, ชีรภัทร์ จันทวงศ์, จิตาภรณ์ มีมงคล, . . . เจนจิรา ไยเทศ. (2560). การประเมินเครื่องมือการทำนายภาวะเลือดออกในกะโหลกศีรษะ (MIBI score) ในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะชนิดที่ไม่รุนแรง. สืบค้นจาก https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256009200914573314_FZpDjZn35F6c0xK9.pdf
- ธัญยาปิทยะกุลขจร, บริบูรณ์ เชนธนาภิ, ธนัฐ วานิชะพงษ์, และกรองกาญจน์ สุธรรม. (2562). ภาวะแทรกซ้อนของการมีกระดูกฐานกะโหลกศีรษะแตกร้าวในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะแบบไม่รุนแรง. *วารสารเวชศาสตร์ฉุกเฉินแห่งประเทศไทย*, 1(1), 17-25.
- นครชัย เปื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical practice guidelines for traumatic brain injury)*. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- ปณัฏฐา เชื้อวงษ์, สาวิตรี เกตุแก้ว, และสุภาพ เหมือนชู. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ 72 ชั่วโมงแรก: การจัดการภาวะไข้ที่มีประสิทธิภาพ. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(3), 115-124.
- เพ็ญญา จายวรรณ, พิกุล นันทชัยพันธ์, และฉวีวรรณ ชงชัย. (2559). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. *พยาบาลสาร*, 43(1), 95-106.
- ภัทรวิทย์ รักรักษ์กุล. (2561). *โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular diseases)*. สืบค้นจาก <http://med.tu.ac.th/department/surgery/wp-content/uploads/sites/3/2018/11/CVA.pdf>

- การณ์ เทพส่องแสง, วรรณลี ยอดรักษ์, และสุคติริ หิรัญขุนหะ. (2561). การดูแลสมหะทางท่อย่วยหายใจในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะรุนแรง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 38(3), 192-197.
- มาณะ กิตติธรรกุล. (2558). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่มีการติดเชื้อปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 32(2), 173-188.
- ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ขวัญประภัสร์ จันทน์บุลวัชร, และอภิญญา กุลทะเล. (2560). การบำบัดด้วยการลดอุณหภูมิของร่างกายในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง: บทบาทพยาบาล. *วารสารกองการพยาบาล*, 44(1), 116-125.
- ราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทยและสมาคมประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย. (2564). *แนวทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางศัลยกรรม*. สืบค้นจาก <http://www.rcst.or.th/webupload/filecenter/CPG/Head%20Injury.html>
- รุ่งนภา เขียวชะอำ, และชดช้อย วัฒนนะ. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแบบองค์รวม. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 129-139.
- ฤทัยรัตน์ ไชยรินทร์. (2556). การจัดการภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเนื้องอกของต่อมใต้สมองที่ได้รับการผ่าตัด: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(4), 16-30.
- สุวีรัตน์ สุวัชรังกูร. (2558). การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลันที่มีภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง. *วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย*, 14(2), 94-101.
- โสพรรณ โพทะยะ. (2562). การป้องกันและลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บสมองทุติยภูมิ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 13(3), 22-31.
- อรรช นุตติพินดา. (2560). การจัดการอาการปวดศีรษะในผู้ป่วยหลังการบาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี*, 6(1), 108-116.
- อรรฐา รังผึ้ง, พิมพ์ภา เตชะกมลสุข, และอนงค์ แสงจันทร์ทิพย์. (2556). การบาดเจ็บรุนแรงจากการใช้รถจักรยานยนต์ ปี พ.ศ. 2555. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำปี*, 44(31), 481-484.
- อัญชลี โสภณ, ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, ไพรวลัย พรหมที, สุกรานต์ ยุทธเกษมสันต์, และอรไท โพธิ์ไชยแสน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับรุนแรง โดยใช้การจัดการรายกรณี. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 29(3), 126-138.
- อาคม อารยาวิชานนท์. (2558). เชื้อหุ้มสมองอักเสบเฉียบพลัน. *สรรพสิทธิเวชสาร*, 36(2), 89-104.
- อำพร มะลิวัลย์. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะร่วมกับมีภาวะเลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก: กรณีศึกษา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(1), 80-86.
- Gosnell, C. (2019). *Adult health nursing* (8th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc.

- Lewis, S., Bucher, L., Heitkemper, M., & Harding, M. (2017). *Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems* (10th ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier, Inc.
- Timby, B. K., & Smith, N. E. (2014). *Introductory medical-surgical nursing* (11st ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีระบบการพยาบาล

จันทร์ทิรา เจียรณัย, Ph.D.^{1*}

อาทินุช เบญจระักษ์, พย.บ.²

กนกนาถ กิ่งสันเทียะ, พย.บ.³

สุรางคณา พรหมมาศ, พย.บ.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 21 มกราคม 2565; วันที่แก้ไข: 3 เมษายน 2565; วันที่ตอบรับ: 26 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

เครื่องช่วยหายใจเป็นอุปกรณ์ช่วยชีวิตที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวโดยทำหน้าที่ช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดเป็นปกติ และช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจถือว่าเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญเพราะเป็นผู้ที่เฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา และเป็นผู้ที่สังเกตเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความรู้และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งความรู้ทางพยาธิสภาพของการเจ็บป่วยและความรู้เฉพาะทางการพยาบาลต่างก็มีความสำคัญสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้แบบองค์รวม บทความนี้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม และการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลในการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้ท่อช่วยหายใจ โดยบูรณาการความรู้ด้านพยาธิสรีรวิทยาและเทคโนโลยีการช่วยหายใจ ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ข้อวินิจฉัยการพยาบาล, ผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ, ทฤษฎีการดูแลตนเอง, ทฤษฎีระบบการพยาบาล, การประยุกต์ใช้

¹ รองศาสตราจารย์, สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

² พยาบาลวิชาชีพ, หอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

³ นักศึกษาพยาบาลปริญญาโท, โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

⁴ พยาบาลวิชาชีพ, หัวหน้าแผนกหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

* ผู้ประพันธ์บทความ: จันทร์ทิรา เจียรณัย, อีเมล : Chantira@sut.ac.th

Nursing Care of Critical Patients with Mechanical Ventilation: Self-care Theory and the Application of Nursing Systems Theory

Chantira Chiaranai, Ph.D.^{1}*

Artinuch Benjarak, B.N.S.²

Kanoknat Kingsanthia, B.N.S.³

Surangkana Prommart, B.N.S.⁴

(Received: January 21th, 2022; Revised: April 3rd, 2022; Accepted: April 26th, 2022)

Abstract

Mechanical ventilation (MV) is a lifesaving intervention for patients with respiratory failure. It improves gas exchange and reduces the physical effort needed for patients to breathe. Patients with MV are in critical condition and nurses play an important role in caring for these patients because the nurses are constantly monitoring the patient's symptoms and are the first notice changes in the patient's condition. Therefore, it is imperative that nurses have consummate knowledge of both nursing practices related to MV and the pathophysiology of the illness, as both are integral in providing holistic care for these patients. This article presents the concepts of caring for a critical patient who has been intubated, MV, Orem's Self-care theory, and application of nursing systems theory in relation to formulating nursing diagnoses and care planning for MV patients. It is believed that incorporating pathophysiology and nursing theory will allow nurses to provide more effective care with greater confidence for patients with MV.

Keywords: nursing diagnosis, critical patients with mechanical ventilation, self-care theory, nursing systems theory, application

¹ Associate Professor, Institute of Nursing, Suranaree University of Technology

² Registered nurse, Medical Intensive Care Unit, Suranaree University of Technology Hospital

³ Master degree nursing student, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

⁴ Registered nurse, Head of Department, Intensive Care Division, Suranaree University of Technology Hospital

* Corresponding author : Chantira Chiaranai, Email : Chantira@sut.ac.th

บทนำ

ระบบหายใจมีหน้าที่นำออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายผ่านการหายใจเข้าโดยนำออกซิเจนเข้าสู่ถุงลมปอด และเกิดการแลกเปลี่ยนก๊าซระหว่างถุงลมกับหลอดเลือด นอกจากนี้ระบบหายใจยังมีความสำคัญในการควบคุมสมดุลกรด-ด่างของร่างกาย โดยทำงานร่วมกับระบบอื่น ๆ ของร่างกาย (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558; Stoicescu, 2020) ดังนั้นเมื่อมีความผิดปกติเกิดขึ้นกับระบบหายใจหรือระบบที่เกี่ยวข้อง จึงนำไปสู่การเกิดภาวะหายใจล้มเหลว ทำให้ร่างกายไม่สามารถคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่อย่างสมดุล นำไปสู่การเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้วยความรวดเร็ว ทันสถานการณ์ และใกล้ชิด (สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, 2563) เพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเพิ่มมากขึ้นได้

การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยรอดชีวิตได้ โดยจะต้องปฏิบัติพร้อมกับการรักษาสาเหตุของโรคอย่างเหมาะสม และทันเวลา (จิตติ ศรีเจริญชัย, 2559) ในปัจจุบันพบว่าผู้ป่วยวิกฤตทั่วโลกจำนวนมากได้รับการรักษาโดยการใส่ท่อช่วยหายใจ จากสถิติของประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจมากถึง 790,257 ราย ในขณะที่ทั้งประเทศมีเครื่องช่วยหายใจเพียง 62,000 เครื่องเท่านั้น (Dar, Swamy, Gavin, & Theodore, 2021) สำหรับประเทศไทยช่วงเดือนมิถุนายน ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2564 ซึ่งมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (Coronavirus disease 2019 [COVID-19]) พบว่ามีผู้ป่วยหนักที่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจเฉลี่ย 550 ราย/วัน (Chaichumkhun, 2021) ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ทีมสหสาขาวิชาชีพจึงต้องทำงานร่วมกันเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสุด และบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้ป่วย คือพยาบาล เพราะเป็นผู้ที่เฝ้าติดตามอาการของผู้ป่วยตลอดเวลา และเป็นผู้ที่สังเกตเห็นอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ตลอดจนให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นบุคคลแรก ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมียุทธศาสตร์ความรู้ และมีสมรรถนะอย่างเพียงพอ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะวิกฤตที่คุกคามต่อชีวิต

ทฤษฎีการพยาบาลเป็นองค์ความรู้เฉพาะที่พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล เพราะทฤษฎีเหล่านี้จะช่วยช่วยให้พยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้อย่างถูกต้องและมีคุณภาพ (จันทร์ทิรา เจริญชัย และสร้อยญา จุฬารี, 2562) โดยเฉพาะผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาในระบบหายใจล้มเหลวที่ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1985) จะเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม ซึ่งทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem ประกอบด้วยทฤษฎีย่อย 3 ทฤษฎีที่มีความสัมพันธ์กันคือ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Self-care Theory) 2) ทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (The theory of self-care deficit) 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The theory of nursing system) ซึ่งในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องหายใจ ผ่านแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem โดยใช้ทฤษฎีย่อยคือทฤษฎีระบบการพยาบาลเป็นกรอบในการวางแผนการพยาบาล และพยาบาลสามารถนำไปปรับใช้และให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม

การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ

ข้อบ่งชี้ในการใส่ท่อช่วยหายใจมี 3 ประการ คือ 1) เปิดทางเดินหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ 2) ป้องกันการสำลักอาหารหรือน้ำย่อยเข้าปอดและ 3) ช่วยหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ (เพชร วัชรสินธุ์, 2563) แพทย์จะพิจารณาปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ เช่น สถานะการทำงานของระบบหายใจ ระดับความรู้สึกตัวของผู้ป่วย พยาธิสภาพของโรค และทรัพยากรที่มีอยู่ในโรงพยาบาล การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นหัตถการที่กระทำเพื่อรักษาสมดุลของระบบหายใจ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจมักจะต้องได้รับการช่วยหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจ

สำหรับวัตถุประสงค์ของการใช้เครื่องช่วยหายใจมี 3 ประการ คือ 1) ช่วยให้การแลกเปลี่ยนก๊าซของปอดให้เป็นปกติ 2) ช่วยลดการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยหายใจ และ 3) ช่วยป้องกันการบาดเจ็บจากการช่วยหายใจน้อยที่สุด (จิตติ ศรีเจริญชัย, 2559) เครื่องช่วยหายใจแบ่งออกเป็น 2 ชนิดคือ เครื่องช่วยหายใจที่ผู้ป่วยต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Invasive mechanical ventilation) และเครื่องช่วยหายใจที่ผู้ป่วยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ (Non-invasive ventilation [NIV]) การทำงานของเครื่องช่วยหายใจจะเริ่มจากเครื่องจ่ายอากาศเข้าสู่ทางเดินหายใจ ผ่านการกระตุ้นจากผู้ป่วยหรือการตั้งค่าของตัวเครื่อง เมื่ออากาศเข้าสู่ถุงลมปอด แรงดันในถุงลมจะเพิ่มขึ้น จนอากาศเข้าสู่ปอดตามปริมาตรหรือความดันที่กำหนด จากนั้นเครื่องจะหยุดจ่ายอากาศ ทำให้แรงดันในทางเดินหายใจลดลง และเข้าสู่ช่วงหายใจออกซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ เนื่องจากอากาศที่ไหลจากถุงลมมีแรงดันสูงกว่าอากาศที่อยู่ในทางเดินหายใจ (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)

รูปแบบของการช่วยหายใจ (Mode of Mechanical Ventilation)

การตั้งค่ารูปแบบของการช่วยหายใจมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะการตั้งค่าที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการของโรคดีขึ้น และสามารถหย่าเครื่องช่วยหายใจได้ ผู้เขียนได้รวบรวมรูปแบบของการช่วยหายใจที่สามารถพบได้บ่อยครั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตไว้ ดังนี้

รูปแบบการช่วยหายใจที่ควบคุมโดยเครื่องช่วยหายใจทั้งหมด (Control Mandatory Ventilation [CMV])
ประกอบด้วยการควบคุม 2 แบบคือ

1. การช่วยหายใจที่ใช้ปริมาตรเป็นตัวควบคุม (Volume controlled mandatory ventilation [VCV]) เป็นรูปแบบการช่วยหายใจที่ใช้ปริมาตรเป็นตัวควบคุม โดยกำหนดอัตราการไหลของอากาศ (Flow rate) ในช่วงการหายใจเข้า เพื่อให้ได้ปริมาตรอากาศตามที่กำหนดไว้ (จันทร์เพ็ญ เนียมวัน, เดือนแรม เรืองแสน, และวราทิพย์ แก่นสาร, 2563) รูปแบบการช่วยหายใจแบบนี้นิยมใช้ในผู้ป่วยที่ไม่มีพยาธิสภาพภายในปอด

2. การช่วยหายใจที่ใช้แรงดันเป็นตัวควบคุม (Pressure controlled mandatory ventilation [PCV]) เป็นรูปแบบการช่วยหายใจที่ควบคุมแรงดันในท่อหลอดลมไม่ให้สูงเกินแรงดันที่กำหนดไว้ และใช้ระยะเวลาเป็นเกณฑ์กำหนดรอบของการหายใจ (Inspiratory time) การปรับตั้งค่าการทำงานของเครื่องต้องกำหนดระดับแรงดันและระยะเวลาของการหายใจเข้า เพื่อให้มีการไหลของอากาศในระบบอย่างต่อเนื่อง ส่วนปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยได้รับขึ้นกับแรงเสียดทานของท่อหลอดลม ความสามารถในการขยายตัวของ

ปอดและการกำหนดรอบเวลาของการหายใจ (จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และคณะ, 2563) รูปแบบการช่วยหายใจแบบนี้มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลันที่ต้องการควบคุมแรงดันในท่อทางเดินหายใจไม่ให้สูงเกินไปจนเกิดอันตรายต่อปอด

รูปแบบการช่วยหายใจที่เครื่องช่วยหายใจต้องได้รับการกระตุ้นจากผู้ป่วยก่อนเครื่องจึงจะช่วยหายใจ (Assist/Control Ventilation [ACV]) เป็นรูปแบบการช่วยหายใจโดยต้องได้รับการกระตุ้นให้มีการหายใจเข้าจากผู้ป่วยก่อน โดยใช้แรงดันหรืออัตราการไหลของอากาศเป็นตัวกระตุ้น แต่เมื่อผู้ป่วยไม่กระตุ้นเครื่องเครื่องจะทำงานอัตโนมัติตามอัตราการหายใจที่ตั้งค่าไว้ (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)

รูปแบบการช่วยหายใจที่เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะ ๆ ให้สอดคล้องกับการหายใจของผู้ป่วย (Synchronized Intermittent Mandatory Ventilation [SIMV]) จะทำงานโดยการหายใจของผู้ป่วยเองสลับกับการช่วยหายใจจากเครื่อง โดยเครื่องจะช่วยหายใจเท่ากับอัตราการหายใจและปริมาตรอากาศตามที่กำหนดไว้เท่านั้น รูปแบบการช่วยหายใจแบบนี้จะมีการตรวจหาการเริ่มต้นการหายใจเข้าของผู้ป่วยแล้วเครื่องจะปล่อยแรงดันบวกออกมาพร้อมกับจังหวะการเริ่มหายใจ ทำให้การหายใจเองของผู้ป่วยและการช่วยหายใจของเครื่องมีความสอดคล้องและสัมพันธ์กัน (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)

รูปแบบการช่วยหายใจที่เครื่องช่วยหายใจให้แรงดันบวกในท่อหลอดลมอย่างต่อเนื่อง (Continuous Positive Airway Pressure [CPAP]) เครื่องช่วยหายใจจะให้แรงดันบวกอย่างต่อเนื่องทั้งช่วงการหายใจเข้าและการหายใจออก ทำให้มีความดันบวกคงค้างในปอดตลอดจึงเพิ่มปริมาตรปอด ซึ่งกรณีนี้ผู้ป่วยต้องสามารถหายใจได้เอง (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)

รูปแบบการช่วยหายใจที่เครื่องช่วยหายใจให้แรงดันบวกช่วยเมื่อผู้ป่วยหายใจเข้า (Pressure Support Ventilation [PSV]) เป็นการช่วยหายใจโดยเริ่มจากผู้ป่วยกระตุ้นเครื่อง สามารถกำหนดอัตราการหายใจ อัตราการไหลของอากาศ เวลาและปริมาตรอากาศได้ โดยเครื่องจะช่วยหายใจในลักษณะการส่งเสริมแรงดันบวกให้สูงถึงระดับความดันที่ตั้งค่าไว้ มักใช้กับผู้ป่วยที่ไม่มีรอยโรคในระดับก้านสมองที่ทำให้เกิดการหยุดหายใจรูปแบบการช่วยหายใจแบบนี้จะสามารถปรับให้ทำงานได้แบบอัตโนมัติเมื่อผู้ป่วยหยุดหายใจเกิน 20 วินาที (Backup apnea ventilation) โดยต้องตั้งค่า Backup ไว้ทุกครั้ง (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)

รูปแบบการช่วยหายใจที่ควบคุมทั้งปริมาตรอากาศและแรงดัน (Dual mode) เป็นรูปแบบการช่วยหายใจที่มีความก้าวหน้า (Advance mode of mechanical ventilation) โดยปรับตั้งเครื่องช่วยหายใจให้ได้ปริมาตรอากาศตามที่กำหนดพร้อมกับควบคุมแรงดันในหลอดลมไม่ให้สูงเกินกว่าระดับที่กำหนดไว้ตามการตั้งค่า (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)

การกำหนดรูปแบบการหายใจสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันไป โดยประเมินจากความสามารถในการหายใจของผู้ป่วย พยาบาลจึงต้องสามารถประเมินความสามารถในการหายใจของผู้ป่วยและช่วยหายใจให้สอดคล้องกับความต้องการ

ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ

ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem เป็นทฤษฎีที่มีจุดเน้นเรื่องการดูแลตนเองระดับบุคคล ประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย ได้แก่ 1) ทฤษฎีการดูแลตนเอง 2) ทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเอง และ 3) ทฤษฎีระบบการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544; Orem, 1985) โดยทฤษฎีการดูแลตนเองกล่าวถึงความไม่สมดุลระหว่างความต้องการการดูแลและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย สำหรับทฤษฎีระบบการพยาบาลเป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการให้การพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ระบบ คือ 1) ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) พยาบาลจะเป็นผู้กระทำการกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยทั้งหมด 2) ระบบทดแทนบางส่วน (Partial compensatory nursing system) เป็นการปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย และ 3) ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Support-educative system) พยาบาลจะมีบทบาทในการสอนและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย (จันทร์ทิรา เจริญชัย และศรีธัญญา จุฬารี, 2562) ซึ่งการนำกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาลนั้นพยาบาลจะใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการค้นหาปัญหาของผู้ป่วย นำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis) และกำหนดกิจกรรมการพยาบาล (Nursing intervention) ให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้ป่วย

มีรายงานการนำทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองไปใช้ในผู้ป่วยวิกฤตระบบหายใจ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Didisen, Binay, & Yardimsi, 2017; Riegel, Jaarsma, Lee, & Strömberg, 2019) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนมากจะใช้ระบบการดูแลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต เช่น ผู้ป่วยปอดอักเสบ ผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยส่วนมากจะมีความพร้อมในการดูแลตนเอง พยาบาลจะให้การพยาบาลเพื่อชดเชยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย เมื่อพิจารณาโดยใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล จะพบว่าระบบการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วยที่วิกฤตจะเป็นระบบทดแทนทั้งหมด และทดแทนบางส่วน เมื่อพ้นระยะวิกฤตแล้ว พยาบาลจึงจะใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในบทความนี้ผู้เขียนยกตัวอย่างข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะวิกฤต ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เช่น Infection, Barotrauma, Tracheal ischemia

ข้อมูลสนับสนุน มีไข้สูง อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ การหายใจไม่สัมพันธ์กับเครื่องช่วยหายใจ เกร็งก้นท่อช่วยหายใจ กระสับกระส่าย เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำกว่า 95% ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบปริมาณเม็ดเลือดขาวสูง

การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ประเมินลักษณะการหายใจของผู้ป่วยว่าสัมพันธ์กับการทำงานของเครื่องช่วยหายใจหรือไม่

2. บันทึกอัตราการหายใจของผู้ป่วยทั้งจากเครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยหายใจด้วยตนเอง รวมทั้งปริมาตรอากาศที่ผู้ป่วยได้รับ (Tidal volume [Vt]) และประเมินโดยภาพรวมว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ ควรบันทึกค่าทุก 1 ชั่วโมง เนื่องจาก Vt จะเปลี่ยนแปลงตามแรงเสียดทานของท่อหลอดลมและความสามารถในการขยายตัวของปอด (จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และคณะ, 2563)
3. ตรวจสอบขนาดและตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ โดยตรวจสอบจากภาพถ่ายรังสีทรวงอก หากปลายท่อช่วยหายใจอยู่ในตำแหน่งที่ไม่เหมาะสม รายงานแพทย์ เพื่อพิจารณาเลื่อนท่อช่วยหายใจ (ขวัญฤทัย พันธุ, 2564)
4. ตรวจสอบท่อช่วยหายใจเพื่อป้องกันการหัก พับ งอ โดยให้แนวโค้งของท่อช่วยหายใจอยู่ในแนวเดียวกันกับปากและลำคอของผู้ป่วย (ศุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์, 2563)
5. ตรวจสอบสายของเครื่องช่วยหายใจไม่ให้มีน้ำขัง เนื่องจากน้ำที่ขังอยู่ในสายเครื่องช่วยหายใจจะเป็นตัวกระตุ้นการทำงานของเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ผู้ป่วยหายใจเร็วเกิดการดันเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ได้รับปริมาตรอากาศไม่ตรงกับค่าที่ตั้งไว้ และเสี่ยงต่อการล้าลึกและติดเชื้อที่ปอด (จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และคณะ, 2563)
6. ตรวจสอบระบบความชื้น (Heated humidifier) ของเครื่องช่วยหายใจ โดยอุณหภูมิที่เหมาะสมคือ 32-34 องศาเซลเซียส (จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และคณะ, 2563)
7. ตรวจสอบวัสดุยึดตรึงตำแหน่งของท่อช่วยหายใจ หากพบว่าพลาสติกหรือผ้าผูก มีคราบเปื้อน น้ำลาย หรือเสมหะ ให้ทำการเปลี่ยนวัสดุยึดตรึงท่อช่วยหายใจ (ศุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์, 2563)
8. วัดความดันของกระเปาะหลอดลม (Cuff pressure) อย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง โดยก่อนวัดควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง และห่างจากมืออาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง โดยค่าความดันของกระเปาะหลอดลม ควรอยู่ระหว่าง 25-30 mmHg หากมากกว่า 30 mmHg จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการขาดเลือดของท่อหลอดลมคอ (Tracheal ischemia) และหากน้อยกว่า 25 mmHg อาจมีความเสี่ยงต่อท่อหายใจเลื่อนหลุด (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)
9. ประเมินความพร้อมในการหย่าเครื่องช่วยหายใจภายใน 24-48 ชั่วโมงหลังใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นระยะเวลานาน โดยประเมินจากการทำงานของระบบไหลเวียนโลหิต อัตราการเผาผลาญพลังงาน ความสมดุลของสารน้ำ และกรด-ด่างของร่างกาย ภาวะโภชนาการ ค่าความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดง และภาพถ่ายรังสีทรวงอก (นันทิกานต์ กลิ่นเชตุพร และศิริพร สว่างจิตร์, 2561)

การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน

1. จัดทำนอนศีรษะสูง 30-45 องศา ช่วยให้ออกซิเจนตัว และเพื่อช่วยลดการสำลัก เนื่องจากการใส่ท่อช่วยหายใจทางปากทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถกลืนน้ำลายได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2564)

2. ทำความสะอาดปากและฟันของผู้ป่วยด้วยน้ำยา 0.12% Chlorhexidine วันละ 2 ครั้งหรือทุก 12 ชั่วโมง และควรเช็ดทำความสะอาดบริเวณรอบปากผู้ป่วยทุก 4 ชั่วโมง เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคจากคราบน้ำลายและเสมหะ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2564)
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวร่างกายและช่วยพลิกตะแคงตัวทุก 2 ชั่วโมง (จันทร์ทิรา เจียรณัย, 2558)
4. จัดสิ่งแวดล้อมที่ไม่รบกวนผู้ป่วย เช่น ลดเสียง และแสงที่ก่อให้เกิดการรบกวน กรณีที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ทำให้เกิดการง่วงซึม ควรใช้แบบประเมินภาวะง่วงซึมของริชมอนด์ (The Richmond Agitation and Sedation Scale [RASS]) ร่วมกับแบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน (The Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit [CAM-ICU]) ของ Inouye และ Ely (สุนันทา ครองยุทธ, 2559)

การพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

ป้องกันการดิ่งท่อช่วยหายใจ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียของการดิ่งท่อช่วยหายใจแก่ผู้ป่วยอย่างเพียงพอ และหลีกเลี่ยงการผูกยึดมือของผู้ป่วย ในกรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะสับสน พยาบาลควรเฝ้าระวังอาการอย่างใกล้ชิด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสูญเสียการแลกเปลี่ยนก๊าซ และ ภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำ (Hypoxemia) ขณะดูดเสมหะ หรือมีเสมหะปริมาณมากในท่อช่วยหายใจ

ข้อมูลสนับสนุน มีเสมหะและน้ำปริมาณมากในท่อช่วยหายใจ ฟังปอดได้ยินเสียงเสมหะ ผลภาพถ่ายทรวงอกอาจพบปอดแฟบ หรือปอดเป็นฝ้าขาว ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำกว่าเกณฑ์ 95% อัตราการหายใจเร็วกว่าปกติ

การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด

1. ประเมินอาการแสดงของภาวะพร่องออกซิเจน ได้แก่ หายใจเหนื่อย หายใจหอบ ปีกจมูกบาน ใช้กล้ามเนื้อส่วนอื่นช่วยหายใจและริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียวคล้ำ (ขวัญฤทัย พันธู, 2564)
2. วัดและติดตามค่าสัญญาณชีพของผู้ป่วย และติดตามค่าความเข้มข้นของออกซิเจนปลายนิ้ว
3. ประเมินการแลกเปลี่ยนก๊าซจากผลการตรวจวิเคราะห์ก๊าซในหลอดเลือดแดง (Arterial blood gas [ABG]; จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และคณะ, 2563)
4. ประเมินการทำงานของระบบหายใจโดยฟังเสียงปอดผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1 ครั้งหรือเมื่อพบว่าผู้ป่วยหายใจเปลี่ยนแปลง ในการฟังเสียงปอดควรฟังทั้ง 2 ข้าง และทุกตำแหน่งเพื่อประเมินว่าเสียงเท่ากันทั้ง 2 ข้างหรือไม่ หรือมีเสียงปอดที่ผิดปกติ (จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และคณะ, 2563)
5. ประเมินและบันทึกค่าความดันในหลอดลมที่วัดได้สูงสุดในจังหวะการหายใจเข้า (Peak inspiratory pressure [PIP]) หากพบว่าค่า PIP ที่สูงขึ้น หมายถึง มีแรงต้านในหลอดลมเพิ่มขึ้น อาจเกิดจากการมีเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ หรือมีหลอดลมตีบแคบ ดังนั้นอาจพิจารณา

ดูดเสมหะ และพ่นขยายหลอดลม ในกรณีค่า PIP ลดลง อาจเกิดจากการรั่วของระบบเครื่องช่วยหายใจ เช่น สายต่อเครื่องช่วยหายใจหลุด หรือเกิดจากการไหลของออกซิเจนไม่เพียงพอ ทำให้ความดันในทางเดินหายใจต่ำลง (จันทร์เพ็ญ เนียมวัน และคณะ, 2563)

6. ดูดเสมหะเมื่อฟังปอดพบเสียงเสมหะ โดยให้ดูดเสมหะในปากเป็นอันดับแรก เพื่อป้องกันเสมหะจากปากหรือจมูกกลั้วเข้าไปที่ปอด จากนั้นจึงทำการดูดเสมหะในท่อช่วยหายใจ (ขวัญฤทัย พันธู, 2564)
7. การดูดเสมหะควรเลือกใช้การดูดเสมหะแบบปิด (Closed suction system) เนื่องจากการดูดเสมหะแบบเปิด (Open suction system) จะต้องปลดเครื่องช่วยหายใจออกจากผู้ป่วยทำให้เกิดการสูญเสียปริมาตรของอากาศจากถุงลม และความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดของผู้ป่วยลดลง นอกจากนี้การปลดเครื่องช่วยหายใจยังเพิ่มโอกาสในการแพร่กระจายเชื้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรคที่ติดต่อผ่านทาง การฟุ้งกระจายของละอองเสมหะ (จันทร์ทิรา เจริญนิย และคณะ, 2561)

การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน

1. ในผู้ป่วยที่มีเสมหะปริมาณมาก และไม่มีข้อห้าม พิจารณาเคาะปอดและช่วยพลิกตะแคงตัว เพื่อช่วยระบายเสมหะ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2564)
2. ส่งปรึกษาทีมเวชศาสตร์ฟื้นฟูเรื่องการทำสรีรบำบัดทรวงอก เพื่อช่วยระบายเสมหะ (คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2564)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เกิดภาวะเครียดจากการเจ็บป่วยในระยะวิกฤตเนื่องจากมีภาวะพร่องในการสื่อสาร

ข้อมูลสนับสนุน สีหน้าหวาดกลัว/วิตกกังวล สายหน้า คื่น กระสับกระส่าย หายใจเร็ว เหงื่อออก ชีพจรเต้นเร็ว

การพยาบาลสนับสนุนและให้ความรู้

1. ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จะไม่สามารถพูดหรือออกเสียงได้ ทำให้การสื่อสารถูกจำกัด นำไปสู่ความวิตกกังวล และทุกข์ทรมาน พยาบาลควรแจ้งข้อมูลให้ผู้ป่วยทราบก่อนให้การพยาบาล ทุกครั้งรวมถึงขณะให้การพยาบาลควรประเมินความต้องการของผู้ป่วยซึ่งมีความแตกต่างกันไปแต่ละบุคคล ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เอาใจใส่ต่อความต้องการและความสุขสบายของผู้ป่วย เคารพและให้เกียรติศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย (สุทธิจิต ภูมิวิวัฒน์, 2563)
2. จัดวิธีการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น จัดปากกาและกระดาษไว้เขียนบอกความต้องการ ใช้ภาษากาย เช่น สายหน้า พยักหน้า หรืออาจใช้ประกอบกับแผ่นภาพที่แสดงถึงความต้องการ จัดกริ่งหรือออดไว้ใกล้ตัวสำหรับเรียกพยาบาล กรณีผู้ป่วยมีท่อเจาะคอ แนะนำให้พูดซ้ำ ๆ และให้สังเกตริมฝีปากผู้ป่วยขณะพูดหรืออาจทวนคำพูดเพื่อความเข้าใจ ประสานสายตากับผู้ป่วยขณะพูด และพูดซ้ำ ๆ ชัดเจน ใช้ประโยคสั้น ๆ (จันทร์ทิรา เจริญนิย, 2558)

3. เยี่ยมผู้ป่วยและสอบถามความต้องการช่วยเหลืออย่างสม่ำเสมอหรือเข้าประเมินทันทีที่ผู้ป่วยกดกริ่งหรือสังเกตว่าผู้ป่วยมีท่าทีกระสับกระส่าย (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4ภาวะโภชนาการเปลี่ยนแปลง : ได้รับน้อยกว่าความต้องการของร่างกายเนื่องจากไม่สามารถรับประทานอาหารได้เพียงพอ จากการย่อยและการดูดซึมผิดปกติหรือมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น

ข้อมูลสนับสนุน น้ำหนักลดลงจากเดิมหรือประมาณร้อยละ 10-20 จากน้ำหนักมาตรฐาน ได้รับแคลอรีน้อยกว่าความต้องการของร่างกาย ความตึงตัวและกล้ามเนื้อเล็กลง เบื่ออาหาร มีแผลในปากหรือเจ็บมาก เสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้ไม่มีหรือลดลง

การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)

1. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยและเปรียบเทียบกับน้ำหนักที่ชั่งไว้เมื่อแรกรับอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อ การสูญเสียไขมันชั้นใต้ผิวหนัง
2. ให้อาหารที่มีสารอาหารและพลังงานอย่างเพียงพอ ในผู้ป่วยที่ต้องให้อาหารทางสายให้อาหารอย่างถูกวิธี เช่น ให้อาหารที่อุ่น หยอดช้า ๆ จัดทำนั่งศีรษะสูงในขณะและหลังให้อาหาร
3. ประเมินความสามารถในการรับสารอาหาร กรณีที่ไม่สามารถรับได้อย่างเพียงพอ เช่น ผู้ป่วยท้องเสียหรือรับประทานอาหารไม่ได้ติดต่อกัน 2 มื้อ (กรณีดูดน้ำในกระเพาะอาหารออกได้มากกว่า 50 มิลลิลิตร หลังจากเลื่อนการให้อาหารออกไปแล้ว 1-2 ชั่วโมง) ต้องหาสาเหตุและปรึกษาแพทย์ เพื่อแก้ไขหรือวิเคราะห์ให้อาหารด้วยวิธีการอื่น
4. จัดให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 2,500 มิลลิลิตร กรณีไม่มีข้อห้าม
5. ประเมินความเสี่ยงการเคลื่อนไหวของลำไส้ อาการแน่นอึดท้องหรือกดเจ็บ คลื่นไส้อาเจียน ปริมาณน้ำที่ดูดออกจากกระเพาะก่อนและหลังการให้อาหาร 2 ชั่วโมง สีของน้ำที่ดูดออกจากกระเพาะ การขับถ่ายอุจจาระ เช่น ท้องร่วง ท้องผูกและสีของอุจจาระ ถ้าผิดปกติให้หาสาเหตุและรายงานแพทย์
6. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่แสดงถึงสถานะโภชนาการ เช่น Serum albumin, Glucose, BUN และ Creatinine

นอกจากนี้ยังมีปัญหาอื่น ๆ ที่อาจพบได้ในระยะต่อ ๆ มาของการรักษา ซึ่งพยาบาลจะต้องสามารถค้นหาปัญหาของผู้ป่วยได้ เช่น 1) เสี่ยงต่อการติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากการใส่เครื่องมือเข้าทางเดินหายใจ กลไกป้องกันตัวและการกำจัดเชื้อโรคของระบบทางเดินหายใจทำหน้าที่ได้ลดลง 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะกรด/ด่าง จากการหายใจ เนื่องจากการระบายอากาศน้อยหรือมากเกินไปในขณะใช้เครื่องช่วยหายใจ 3) เสี่ยงต่อการมีเลือดออกในทางเดินอาหาร เนื่องจากภาวะเครียดจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ 4) เสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจเนื่องจากกลไกในการหายใจอ่อนแอและมีภาวะพึ่งพาอาศัยจิตใจ (Psychological dependency) 5) เสี่ยงต่อการมีความแข็งแรงของผิวหนังบกพร่อง เนื่องจากการถูกจำกัดการเคลื่อนไหวหรือกิจกรรมโดยเครื่องช่วยหายใจ และ 6) เสี่ยงต่อการมีแผลหรือมีการทำลายของหลอดเลือด เนื่องจากเนื้อเยื่อถูกกดโดยท่อหลอดลมคอเป็นเวลานาน (จันทร์ทิรา เจริญชัย, 2558)

สรุป

ผู้ป่วยวิกฤตที่มีปัญหาาระบบหายใจล้มเหลว มีความจำเป็นต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อสามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ การนำทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว โดยใช้แนวคิดทฤษฎีระบบการพยาบาล จะช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม นำไปสู่การตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงต่อผู้ป่วย การระบุข้อวินิจฉัยได้เฉพาะเจาะจงจะช่วยทำให้สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม สอดคล้องกับความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตามการพยาบาลที่ผู้เขียนได้นำเสนอในบทความนี้เป็นการนำเสนอในภาพรวมเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาล พยาบาลหรือผู้ป่วยวิกฤตหรือผู้ป่วยกึ่งวิกฤตควรทำการประเมินปัญหาและวางแผนการพยาบาลอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยที่ตนเองให้การดูแล และมีความสอดคล้องกับความพร้อมของทรัพยากรในแต่ละโรงพยาบาล นอกจากนี้พยาบาลควรให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายโดยเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วย และยึดมั่นในจริยธรรมของวิชาชีพพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย เกิดสุขภาวะทั้งร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

- ขวัญฤทัย พันธู. (2564). *การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. (2564). *แนวทางการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในผู้ใหญ่*. สืบค้นจาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/km/cop/sicop/sicct/16798/>
- จันทร์ทิรา เจียรณัย, และศรัณญา จุฬาริ. (2562). *แนวคิดพื้นฐานของศาสตร์ทางการพยาบาล*. นครราชสีมา: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- จันทร์ทิรา เจียรณัย. (2558). *การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาการผันแปรออกซิเจนและการระบายอากาศ*. นครราชสีมา: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- จันทร์ทิรา เจียรณัย, ณัฐจิตา เพชรประไพ, ศรัณญา จุฬาริ, วริธร ประวิติวงศ์, รวีวรรณ พงษ์พุฒิพัชร, และสิริก ขาวบุญมาสิริ. (2561). การดูแลระบบหายใจในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์. *ราชวดีพยาบาลสาร*, 8(1), 82-93.
- จันทร์เพ็ญ เนียมวัน, เดือนแรม เรืองแสน, และวราทิพย์ แก่นสาร. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 6-14.
- จิตติ ศรีเจริญชัย. (2559). Ventilator for the beginners: When to start invasive ventilation and what to give? ใน คู่มือ ศถาบรรพบุรุษ, และครุฑพิชิต ปิยะเวทวิรัตน์ (บรรณาธิการ), *All about critical care: Toward critical care excellence* (น. 145-164). นนทบุรี: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด.

- นันทิกานต์ กลิ่นเชตุพร, และศิริพร สว่างจิตร์. (2561). ความพร้อมของผู้ป่วยกับความสำเร็จในการหย่าเครื่องช่วยหายใจ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(2), 79-85.
- เพชร วัชรสินธุ์. (2563). Endotracheal intubation. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, เพชร วัชรสินธุ์, ภัทริน ภิรมย์พานิช, ชายวุฒิ สววิบูลย์, และณัฏฐา กองพลพรหม (บรรณาธิการ), *ICU survival guide* (พิมพ์ครั้งที่ 2, น. 172-176). นครปฐม: สันทวีกิจ พรินติ้ง.
- ศุทธิจิต ภูมิวัฒน์. (2563). การพยาบาลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจชนิด Invasive จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ. *วารสารการพยาบาล*, 22(1), 70-91.
- สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา. (2563). Basic principles of critical care. ใน สุทัศน์ รุ่งเรืองหิรัญญา, เพชร วัชรสินธุ์, ภัทริน ภิรมย์พานิช, ชายวุฒิ สววิบูลย์, และณัฏฐา กองพลพรหม (บรรณาธิการ), *ICU survival guidebook* (พิมพ์ครั้งที่ 2, น. 2-8). นครปฐม: สันทวีกิจ พรินติ้ง.
- สุนันทา ครองยุทธ. (2559). การจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของผู้ป่วยไอ ซียู. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 23(4), 89-99.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). การดูแลตนเองกับทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ* (น. 115-136). กรุงเทพฯ: หจก. วี.เจ. พรินติ้ง.
- Dar, M., Swamy, L., Gavin, D., & Theodore, A. (2021). Mechanical-ventilation supply and options for the COVID-19 pandemic. Leveraging all available resources for a limited resource in a crisis. *Annals of the American Thoracic Society*, 18(3), 408-416. doi: 10.1513/AnnalsATS.202004-317CME
- Didisen, N. A., Binay, S., & Yardimsi, S. (2017). Orem's self-care deficit theory and nursing care in relation to pneumonia: A case report. *Studies on Ethno-Medicine*, 11(4), 311-317.
- Chaichumkhun, J. (2021). ยอดผู้ป่วยอาการหนักใส่ท่อช่วยหายใจเพิ่มทุกวัน สรุปสถิติผู้ติดเชื้อ COVID-19 ย้อนหลัง 10 วัน. สืบค้นจาก <https://thematter.co/quick-bite/stat-daily-cases-in-10-days/148064>
- Orem, D. E. (1985). *Nursing: Concepts of practice* (3rd ed.). NY: McGraw-Hill.
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 42(3), 206-215. doi: 10.1097/ANS.0000000000000237

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ และ ขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้แต่งได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of authors) ตามที่ปรากฏใน จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (Publication ethics) อย่างเคร่งครัด

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม Microsoft word กำหนดขนาดกระดาษเป็น A4 จัดระยะขอบกระดาษ 1 นิ้วโดยรอบ ใช้อักษร Angsana new ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 บรรทัด และจัดรูปแบบในหัวข้อต่าง ๆ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการพิมพ์เพื่อเตรียมต้นฉบับบทความ

รายการ	ลักษณะตัวอักษร	รูปแบบการพิมพ์	ขนาดตัวอักษร
ชื่อเรื่อง	หนา	กลางหน้ากระดาษ	18
ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (ถ้ามี)	เอน	ชิดขวา	16
บทคัดย่อ	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
Abstract	ปกติ	กลางหน้ากระดาษ	18
ตำแหน่งและสถานที่ทำงานของผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์ (เชิงอรรถ)	ปกติ	ชิดซ้าย	14
หัวข้อใหญ่	หนา	ชิดซ้าย	18
หัวข้อย่อย	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. XXX 1.1 XXX 1.1.1 XXX	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน
2. พิมพ์ชื่อผู้พิมพ์และผู้ร่วมพิมพ์พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (ย่อ) ไว้ใต้ชื่อเรื่อง และตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงานเขียนไว้ที่เชิงบรรทัด พร้อมระบุชื่อผู้ประพันธ์บรรณกิจ และอีเมล
3. มีบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา โดยจัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง
4. เขียนเอกสารอ้างอิงถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหา และเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง
5. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยเชิงปริมาณ ไม่เกิน 15 หน้า บทความวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยแบบผสมวิธี หรือการสังเคราะห์งานวิจัย ไม่เกิน 18 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 12 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร

แนวทางการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท

1. บทคัดย่อยางงานการวิจัย ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล (Effect size) ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) และระดับนัยสำคัญ
2. บทคัดย่อยางงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์ห่อภิมาณ ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย เกณฑ์ในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผล ที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่สำคัญต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุปข้อจำกัดและคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบายและ/หรือ การปฏิบัติ
3. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎี ปรากฏการณ์ที่เหมาะสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย และเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำทฤษฎีไปใช้
4. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย อธิบายการแบ่งประเภทและลักษณะสำคัญของวิธีที่นำเสนอ ลักษณะปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปใช้ กระบวนการ ลักษณะสำคัญ หรือประเด็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่เกี่ยวข้องกับระเบียบวิธีที่นำเสนอ

การส่งบทความ

ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์ผ่านช่องทางของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai – Journal Citation Index Centre [TCI]) ที่ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/about/submissions>

ตัวอย่างการเขียนบทความวิจัย

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 1, พย.ม. ^{1*}

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 2, Ph.D ²

บทคัดย่อ

เขียนหัวเรื่องที่กลางหน้ากระดาษโดยใช้ตัวอักษร Angsana new ลักษณะตัวอักษรปกติ ขนาด 18 ส่วนเนื้อหาในบทคัดย่อใช้แนวทางการเขียนที่ระบุไว้ในหัวข้อ **แนวทางการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท** จัดเป็นย่อหน้าเดียวไม่ต้องจัดเยื้อง โดยใช้ตัวอักษร Angsana new ลักษณะตัวอักษรปกติ ขนาด 16 ความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรมีอ้างอิงในเนื้อหา รายละเอียดในหน้าบทคัดย่อภาษาไทยต้องมีรายละเอียดเหมือนกับหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ: การเขียนชื่อเรื่อง, บทคัดย่อ, การเขียนคำสำคัญ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลXXXX จังหวัดXXXX

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยXXXX

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 1, อีเมล: XXXX@knc.ac.th

บทนำ

ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษา ความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อย่อยดังนี้
วัตถุประสงค์ และ/หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

1. XXXX

สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1. XXXX

กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

เขียนอธิบายหรือสร้างกล่องข้อความแสดงความเชื่อมโยงกรอบแนวคิด ตัวแปรที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้า 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี)

อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้ ตัวอย่างเช่น

ระดับความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในขณะที่มีคลุกหดรัดตัว ในการศึกษาครั้งนี้ประเมินโดยใช้มาตรวัดความเจ็บปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale [VAS])

มารดาหลังคลอด หมายถึง หญิงที่มารับบริการตรวจหลังคลอดในสัปดาห์ที่ 6-8 หลังคลอดบุตร ณ โรงพยาบาลXXXX 6 แห่ง และระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เมษายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อธิบายลักษณะประชากรและกลุ่มตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

อธิบายการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุ ให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขป ระบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น รวมทั้งจำนวนข้อ การตอบ ระดับ วิธีการวัด และการให้คะแนน ตัวอย่างการเขียนเครื่องมือในการวิจัย ตัวอย่างเช่น

1. แผนการสอนการเตรียมสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เพื่อการคลอดด้วยตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแผนการสอนXXXX ของXXXX (2562) ที่สร้างมาจากแนวคิดการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเองของ Balaskas (1991)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ การปฏิบัติตัวเป็นประจำ ถึง ไม่เคยปฏิบัติตัว การให้คะแนน หากตอบปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 3 คะแนน และตอบ ไม่เคยปฏิบัติ ได้ 0 คะแนน แปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเพื่อแบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ตามเกณฑ์ของXXXX (2560) ดังนี้ มีการปฏิบัติน้อย ($M = 0.00-0.99$) มีการปฏิบัติปานกลาง ($M = 1.00 - 1.99$) และมีการปฏิบัติมาก ($M = 2.00$ ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

อธิบายการหาความเที่ยงและความตรงของเครื่องมือ พร้อมทั้งรายงานผล หากพัฒนาจากเครื่องมือเดิมให้ระบุขั้นตอนการขอคัดแปลงหรือแปลเครื่องมือ รายงานค่าความเที่ยงและความตรง พร้อมระบุอ้างอิง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยนั้นมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิ ตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม ตามตัวอย่าง ดังนี้

1. กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง

1.1 ขั้นตอนก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดย

1.1.1 รับสมัครผู้ช่วยวิจัยเข้าร่วมโครงการจำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ.....

1.1.2 XXXX

1.2 ขั้นตอนการทดลอง จัดกิจกรรมที่..... เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

1.2.1 สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย

1.2.2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม.....

2. กิจกรรมสำหรับกลุ่มควบคุม

2.1 XXXX

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระบุสถิติที่ใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมตามประเภทของข้อมูล ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี) ของสถิติที่เลือกใช้

ผลการวิจัย

เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยนำเสนอ 1 ย่อหน้าแล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง ให้เขียนย่อหน้านำเพื่อบรรยายจุดเด่น แล้วจึงอ้างอิงไปยังตาราง ทั้งนี้ข้อมูลในการบรรยายไม่ควรซ้ำซ้อนกับข้อมูลในตาราง ตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ดังตารางที่ 2 และผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา					.256
ประถมศึกษา	4	(26.67)	7	(46.67)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	(73.33)	8	(53.33)	
การได้รับยากระตุ้นการหดตัวของมดลูก					.020*
ไม่ได้รับ	8	(53.33)	2	(13.33)	
ได้รับ	7	(46.67)	13	(86.67)	
วิธีการคลอด					1.000
ปกติ	13	(86.67)	13	(86.67)	
เครื่องดูดสุญญากาศ	2	(13.33)	2	(13.33)	

หมายเหตุ. $n = 15$, $*p < .05$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	P - value
	B	Std. Error	Beta		
สถานภาพ	0.241	0.334	0.352	3.191	0.004*
รายได้ต่อเดือน	0.185	0.029	0.250	6.305	0.000**
การมีโรคประจำตัว	0.162	0.029	0.209	5.644	0.000*
การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19	0.129	0.024	0.193	5.343	0.000**
ค่าคงที่ (Constant)	4.329	0.216		20.085	0.000**

หมายเหตุ. $R = .60$, $R^2 = .45$, $F = 26.085$, $*p < .01$, $**p\text{-value} < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

เขียนให้ชัดเจนว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานหรือไม่ แล้วอภิปรายความคิดเห็นของนักวิจัย ประกอบกับวรรณกรรมอื่นที่เห็นตรงหรือแย้งกัน พร้อมทั้งระบุนัยการอ้างอิงในเนื้อหาอย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องนำเสนอค่าสถิติ ควรเขียนตามลำดับสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์การวิจัย และจัดหัวข้อตามรูปแบบการพิมพ์ในตารางที่ 1 และควรมีความยาวอย่างน้อย 1.5 หน้า

สรุปผลการวิจัย

ให้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยไม่ต้องนำเสนอค่าสถิติ ความยาวไม่เกิน 3-5 บรรทัด

ข้อเสนอแนะ

ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการพยาบาล (Nursing practice) การวิจัย (Nursing research) และการศึกษาพยาบาล (Nursing education) หรือการวางแผนนโยบาย (Policy plan)

กิตติกรรมประกาศ

เขียนเพื่อขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง

เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา

ตัวอย่างลำดับหัวข้อในบทความวิชาการ และข้อแนะนำสำหรับการเขียน

บทความวิชาการ มีส่วนประกอบ ดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
2. บทนำ ให้อธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียน และจุดประสงค์การเขียน
3. เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อย่อย และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม
4. บทสรุป สรุปสาระสำคัญและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ด้านการพยาบาล
5. เอกสารอ้างอิง

คำแนะนำการเขียนอ้างอิงแบบ APA Style

คำแนะนำนี้สรุปเฉพาะการเขียนอ้างอิงตามคู่มือ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 ประเด็นอื่นที่ไม่ได้กล่าวไว้ เช่น การใช้อักษรย่อ การนำเสนอตัวเลขหรือสถิติ และการออกแบบตาราง เป็นต้น ให้ผู้แต่งยึดตามคู่มือดังกล่าวเป็นหลัก หรือศึกษาเพิ่มเติมที่ <https://apastyle.apa.org/>

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

ใช้วิธีการอ้างอิงแบบนาม-ปี ผู้แต่งชาวไทยให้ระบุชื่อและนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ส่วนผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ ถ้ามีผู้แต่ง 3-5 คน ให้ระบุชื่อผู้แต่งทั้งหมดในการอ้างอิงครั้งแรก แต่ครั้งต่อไปให้อ้างคนแรกและตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ถ้าผู้แต่งมี 6 คนขึ้นไป ให้ใช้การอ้างอิงคนแรกและตามด้วย *และคณะ* หรือ *et al.* ในการอ้างอิงทุกครั้ง (ดังตัวอย่างในตารางที่ 4)

ทั้งนี้การใช้คำว่า *และ* and หรือเครื่องหมาย & (An ampersand) ในกรณีผู้แต่งชาวต่างประเทศ หากชื่อผู้แต่งอยู่นอกวงเล็บให้ใช้คำว่า *and* หากอยู่ในวงเล็บให้ใช้ สัญลักษณ์ & แทน ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้ใช้คำว่า *และ* ทั้งสองตำแหน่ง

การอ้างอิงในเนื้อหาที่มี 2 รายการขึ้นไป ให้เรียงรายการตามลำดับอักษรเช่นเดียวกับที่เขียนในเอกสารอ้างอิงท้ายบท โดยค้นแต่ละรายการด้วยอักษร (;) เช่น *ค้นพบช่วยลดช่วยให้หญิงรอกคลอดรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น (Huntley, 2012; Smith, Collins, & Crowther, 2011)*

ถ้าผู้แต่งเป็นคนเดียวกัน แต่มีเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เขียนชื่อผู้แต่งเพียงครั้งเดียว แล้วเรียงลำดับรายการอื่นตามปีที่พิมพ์ เช่น *จากการศึกษาเกี่ยวกับค้นพบ (Huntley, 2012; Smith, Collins, & Crowther, 2011, 2012, 2013, in press) ผู้วิจัยพบว่าผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน*

ตัวอย่างการวางตำแหน่ง นาม-ปี ที่อ้าง

ให้ผู้แต่งพิจารณาว่าจะอ้างอิงอยู่ในนขลิขิต (วงเล็บ) หรือนอกวงเล็บตามความเหมาะสม เช่น

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์อยู่ในระดับที่ต่ำ (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, รัชญวาลย์ บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญโญมิตร, 2553) หรือ

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, รัชญวาลย์ บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญโญมิตร (2553) ศึกษาค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ

ตัวอย่างการยกข้อความมาอ้างโดยตรง (Direct quotation)

การอ้างอิงข้อความหรือคำพูดที่คัดคำมาโดยตรงจากวรรณกรรมหรือบทสัมภาษณ์โดยตรง หากมีน้อยกว่า 40 คำ ให้เขียนรวมไว้ในย่อหน้า โดยใส่เครื่องหมายอัญประกาศแล้วอ้างอิงชื่อผู้แต่ง ปี และลำดับหน้าไว้ในวงเล็บท้ายข้อความ เช่น She stated, “Students often had difficulty using APA style” (Jones, 1998, p. 199), but she did not offer an explanation.

ถ้ามี 40 คำขึ้นไป ให้ตัดเป็นย่อหน้าแยกออกจากย่อหน้าอื่นโดยจัดเยื้อง 0.5 นิ้ว (Block quotation) ไม่ต้องใส่เครื่องหมายอัญประกาศเช่น ...ที่มกลยุทธ์การบริหารจัดการ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ระบุว่า

จากข้อมูลที่ผ่านมายังไม่มีกรรวบรวมวิธีการที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลในประเทศไทย... ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการค้นคว้าอ้างอิงต่อไป (อุดม ภู่วโรดม และคณะ, 2562, น. 98)

*หมายเหตุ จุดไข่ปลา (Ellipsis) หมายถึงมีการละข้อความบางส่วนจากต้นฉบับ

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

ประเภทการอ้างอิง		ครั้งแรก	ครั้งต่อมา	
		ชื่อผู้นอวงเล็บ	ชื่อผู้นอวงเล็บ	ชื่ออยู่ในวงเล็บ
ผู้แต่ง 1 คน	ไม่มีการอ้างคำพูด	พชรพรรณ สุรพลชัย (2561)	พชรพรรณ สุรพลชัย, 2561)	พชรพรรณ สุรพลชัย, 2561)
		Rodgers (2015)	(Rodgers, 2015)	(Rodgers, 2015)
		Rodgers (2015, pp. 38-45)	(Rodgers, 2015, pp. 38-45)	(Rodgers, 2015, pp. 38-45)
		Ng & Tan (2013)	(Ng & Tan, 2013)	(Ng & Tan, 2013)
ผู้แต่ง 2 คน		ศศิกันต์ กาละ และรังสิมันท์ ขาวนาค (2559)	(ศศิกันต์ กาละ และรังสิมันท์ ขาวนาค, 2559)	(ศศิกันต์ กาละ และรังสิมันท์ ขาวนาค, 2559)
		ปรางทิพย์เอลเทอร์, วรณวดี ฅนภัค, และพัชรี ใจการุณ (2563)	(ปรางทิพย์เอลเทอร์, วรณวดี ฅนภัค, และพัชรี ใจการุณ, 2563)	(ปรางทิพย์เอลเทอร์ และ ใจการุณ, 2563)
ผู้แต่ง 3 คน		Smith, Collins, and Crowther (2011)	(Smith, Collins, & Crowther, 2011)	(Smith et al., 2011)
		วิภาวี พลแก้ว, ปรางทิพย์เอลเทอร์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, และณัญญวราณ คำแสน (2563)	(วิภาวี พลแก้ว, ปรางทิพย์เอลเทอร์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, และณัญญวราณ คำแสน, 2563)	(วิภาวี พลแก้ว และคณะ, 2563)
ผู้แต่ง 4 คน		Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, and Majd (2013)	(Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, & Majd, 2013)	(Ozgoli et al., 2013)
		นัยนา ฅิชนะนันท์, จริยา พะริภงษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุทธิพิชญ์เอมปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์ (2560)	(นัยนา ฅิชนะนันท์, จริยา พะริภงษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุทธิพิชญ์เอมปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2560)	(นัยนา ฅิชนะนันท์ และคณะ, 2560)
ผู้แต่ง 5 คน		Widstrom, Brindyr, Svensson, Cadwell, and Nissen (2019)	(Widstrom, Brindyr, Svensson, Cadwell, & Nissen, 2019)	(Widstrom et al., 2019)
		จรูญศรี มีหนองหว้า และคณะ (2564)	(จรูญศรี มีหนองหว้า และคณะ, 2564)	(จรูญศรี มีหนองหว้า และคณะ, 2564)
ผู้แต่ง 6 คนขึ้นไป		Nicklas et al. (2013)	(Nicklas et al., 2013)	(Nicklas et al., 2013)
		พชรพรรณ สุรพลชัย (2561)	พชรพรรณ สุรพลชัย, 2561)	พชรพรรณ สุรพลชัย, 2561)

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง (References list)

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่องให้เรียงรายการตามลำดับอักษร จัดให้รายการที่เป็นภาษาไทยขึ้นก่อน รายการที่ปรากฏในท้ายเรื่องและรายการที่ปรากฏในเนื้อหาต้องตรงกันทุกรายการ จัดรูปแบบแต่ละรายการโดยการจัดเยื้อง (Hanging indentation) บรรทัดที่สองเยื้องจากบรรทัดแรก 5 อักษร ไม่กด Enter ในรายการเดียวกัน และไม่กด Tab หรือ Control+Shift หลักการทั่วไปคือ เครื่องหมายวรรคตอน เช่น มหัพภาค (จุด) ทวิภาค (โคลอน) หรือจุลภาค (คอมมา) ต้องอยู่ชิดกับอักษรตัวหน้าของเครื่องหมาย และเคาะวรรค 1 ครั้งก่อนอักษรต่อไป

การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ

1. ผู้เขียน 1 คน

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2554). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 11). กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.

Eliopoulos, C. (2014). *Gerontological nursing* (9th ed.). Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins.

2. ผู้เขียน 2 คน

พิเชษ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

Glovinsky, P., & Speilman, A. (2005). *The insomnia answers*. New York: Penguin Group.

3. ผู้เขียน 3-7 คน

พชร สันทัด, สุรชาติ ฅ หนองคาย, สมาน งามสนิท, ฐนันต์ศักดิ์ บวรนนท์กุล, เชษฐรัชดา พรธนาธิกุล, กฤษณ์ สถิตวัฒนานนท์, และประยงค์ เต็มชวลา. (2557). *ศาสตร์และศิลป์การบริหารการพัฒนามนุษย์*. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมคุณธรรม.

James, E. A., Slater, T., & Bucknam, A. (2012). *Action research for business, nonprofit, & public administration: A tool for complex times*. Los Angeles, CA: SAGE.

4. ผู้เขียน 8 คน หรือมากกว่า 8 คน

ให้ระบุชื่อทุกคนแรก คั่นด้วยจุลภาค วรรค 1 ระยะ ตามด้วยจุดไข่ปลา (...) โดยหน้าและหลังแต่ละจุดเว้น 1 ระยะ ตามด้วยชื่อคนสุดท้าย

ไพฑูรย์ สีนลารัตน์, งามพันธุ์ สัยศรี, วิชญา ผิวคำ, ธัญนุช สิงห์พันธุ์, นุสรานามเดช, พิชราวลัย อินทร์สุข, ... เกียรติ จิตจำเริญพร. (2557). *สัจตลักษณ์ของครูผู้นำ*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต.

Berman, A., Snyder, S. J., Levett-Jones, T., Dwyer, T., Hales, M., Harvey, N., . . . Stanley, D. (2012). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing* (2nd Aust. ed.). Frenchs Forest, Australia: Pearson Australia.

อ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

วิมลพรรณ สังข์สกุล. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบทางเดินหายใจ. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณพิพัฒนา (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก 2 (ฉบับปรับปรุง)* (หน้า 63-150). กรุงเทพฯ: ธนาพรส.

Stewart, B. (2007). Wag of the tail: Reflecting on pet ownership. In J. Jaimeson, T. Bannerman, & S. Wong (Eds.), *Enriching our lives with animals* (pp. 97-105). Toronto, Canada: Petlove Press.

อ้างอิงหนังสือแปลจากภาษาต่างประเทศ

ชื่อผู้แต่งต้นฉบับ. / (ปีพิมพ์). / *ชื่อเรื่องที่แปล* / [ชื่อต้นฉบับ] / (ชื่อผู้แปล, แปล). / สถานที่พิมพ์:/ สำนักพิมพ์. / (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. หรือ พ.ศ.)

แบร์รี สมาร์. (2555). *มิเชล ฟูโกต์* [Michel Foucault] (จามะรี เชียงทอง และสุนทร สราญจิต, แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน). (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. 1994).

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์

Ochs, S. (2004). A history of nerve functions: From animal spirits to molecular mechanisms [ebruary Reader version]. Retrieved from <http://www.ebrary.com/corp/>

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการแต่ไม่มี DOI

Scott, D. (2005). Colonial governmentality. In J. X. Inda (Ed.), *Anthropologies of modernity* (pp. 21-49). Retrieved from <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/bookhome/117909832>

อ้างอิงหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มีบรรณาธิการและมี DOI

Iacono, W. G. (2008). Polygraph testing. In E. Borgida & S. T. Fiske (Eds.), *Beyond common sense: Psychological science in the courtroom* (pp. 219-235). doi:10.1002/9780470696422

อ้างอิงบทความจากวารสาร

อุดม ภู่วโรดม, ภูพิงค์ เอกะวิภาต, สุชาติ หาญไชยพิบูลย์กุล, ทศนีย์ ตันติฤทธิศักดิ์, และสมชาย ไทฉะบุตร. (2562). การจัดการกับการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง: ต้นแบบการเรียนรู้. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(1), 95-107.

Poulard, F., Dimet, J., Martin-Lefevre, L., Bontemps, F., Fiancette, M., Clementi, E., . . . Reignier, J. (2010). Impact of not measuring residual gastric volume in mechanically ventilated patients receiving early enteral feeding: A prospective before–after study. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 34(2), 125-130.

อ้างอิงบทความจากวารสารออนไลน์

Ballard, S. D., March, G., & Sand, J. K. (2015). Creation of a research community in a K-12 school research and evidence-based practice. *Evidence Based Library and Information Practice*, 4(2), 8-36. Retrieved from <http://ejournals.library.ualberta.ca/index.php/EBLIP/index>

อ้างอิงบทความจากวารสารที่มีเลข DOI สามารถทำได้ 2 แบบ ดังนี้

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health*, 38, 20–35.
doi:10.1037/rmh0000008

Herbst, D. M., Griffith, N. R., & Slama, K. M. (2014). Rodeo cowboys: Conforming to masculine norms and help-seeking behaviors for depression. *Journal of Rural Mental Health*, 38, 20–35.
<http://dx.doi.org/10.1037/rmh0000008>

อ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ชญญรัตน์ สลักคำ. (2557). *ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

อ้างอิงจาก Website

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). *ใช้ยาสมเหตุผล ปลอดภัย คุ่มค่า ด้วย 6 กฎเหล็กสำคัญ*. สืบค้นจาก <http://www.isranews.org/isranews/item/49489%E0%B9%87hsir240859.html>

Rojjanasrirat, W. (2012). *Employers' support for breastfeeding questionnaire*. Retrieved from <https://www.questionpro.com/a/q/employers-support-for-breastfeeding-questionnaire-2891700>.

การนำเสนอค่าสถิติและตัวเลข

ตารางที่ 5 ตัวอย่างการนำเสนอค่าสถิติที่สำคัญตามคำแนะนำของ APA

สถิติ	ตัวอย่างการนำเสนอ
Percentage	Nearly half (49%) of the sample was married.
Descriptive statistic	The sample as a whole was relatively young ($M = 19.22$, $SD = 3.45$).
Mann-Whitney	A Mann-Whitney test indicated that self-rated attractiveness was greater for women who were not using oral contraceptives ($Mdn = 5$) than for women who were using oral contraceptives ($Mdn = 4$), $U = 67.5$, $p = .034$, $r = .38$.
Wilcoxon signed-ranks	A Wilcoxon Signed-ranks test indicated that femininity was preferred more in female faces ($Mdn = 0.85$) than in male faces ($Mdn = 0.65$), $Z = 4.21$, $p < .001$, $r = .76$
Sign test	A sign test indicated that femininity was preferred more in female faces than in male faces, $Z = 3.47$, $p = .001$.
t-test	An independent-samples t-test indicated that scores were significantly higher for women ($M = 27.0$, $SD = 7.21$) than for men ($M = 24.2$, $SD = 7.69$), $t(734) = 4.30$, $p < .001$, $d = 0.35$.
ANOVA	A 3x2 ANOVA with self-rated attractiveness (low, average, high) and oral contraceptive use (true, false) as between-subjects factors revealed a main effects of SRA, $F(2, 1276) = 6.11$, $p = .002$, $\eta^2 = .009$, and oral contraceptive use, $F(1, 1276) = 4.38$, $p = .037$, $\eta^2 = 0.003$. These main effects were not qualified by an interaction between SRA and oral contraceptive use, $F(2, 1276) = 0.43$, $p = .65$, $\eta^2 = .001$.
Pearson's correlation	Preferences for femininity in male and female faces were positively correlated, Pearson's $r(1282) = .13$, $p < .001$.
Chi-Square	The percentage of participants that were married did not differ by gender, $\chi^2(1, N = 90) = 0.89$, $p = .35$.
Regression results	Social support significantly predicted depression scores, $b = -.34$, $t(225) = 6.53$, $p < .001$. Social support also explained a significant proportion of variance in depression scores, $R^2 = .12$, $F(1, 225) = 42.64$, $p < .001$.

หลักการนำเสนอตัวเลขและค่าสถิติ

1. การนำเสนอตัวเลขแสดงจำนวนที่มีเพียงจำนวนเต็มเท่านั้น (เช่น จำนวนคน) ไม่ต้องมีทศนิยม
2. นำเสนอค่า p -values ตามที่เป็นจริงจากการคำนวณ ยกเว้นกรณีโปรแกรม คำนวณได้ .000 ให้รายงานเป็น $p < .001$ อักษรย่อ M , SD , U , F , Z , p , t , d , r ใช้เป็นอักษรเอียง
3. ค่าที่จำนวนเต็มไม่เกิน 1 (เช่น สหสัมพันธ์) ให้ เลข 0 หน้าทศนิยม เช่น $r(1282) = .13$

