



วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

Journal of Health and Nursing Education

ปีที่ 28 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม) 2565

บทความวิจัย

- การตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
- การพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทางพีพีซีโอเพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ
- การดัดแปลงเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมและการตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
- ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง
- ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้การป้องกันโรค และการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
- ปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จังหวัดนครราชสีมา
- ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง
- ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

บทความวิชาการ

- วิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และการรักษาพยาบาลขั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
- การดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน
- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์
- บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาหิวนมสั้น



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 สิริปฐุ
4. นายปิยะพฤกษ์ 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 รองอธิการบดี สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
2. ผศ. ดร. กมลรัตน์ เทอร์เนอร์ คณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
3. อ. ดร. พรฤดี นิธิรัตน์ รองคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
4. อ. จงกลณี ศุ้ยเจริญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
5. อ. ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา สถาบันพระบรมราชชนก

บรรณาธิการ

อ. ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

1. อ. พรรณทิพย์ โขมขุนทด วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
2. อ. ดร. สุหทัย โคสึงวาลัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายใน

1. อ. ดร. อติพร สำราญบัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
2. อ. ดร. จีรนุช สมโชค ไวกั๊ว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
3. อ. ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไผ่พัฒนา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
4. อ. ดร. ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก
5. อ. มโนไท วงษาหล้า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอก

1. รศ. ดร. รัชนี ศุภจินทรรัตน์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
2. รศ. ดร. ศิริพันธุ์ ศิริพันธุ์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
3. รศ. ดร. จันทรีทิรา เจียรณัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
4. ผศ. ดร. จิตภา ผูกพันธ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
5. ผศ. ดร. มะลิ โพธิพิมพ์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
6. ผศ. ดร. สุรีย์ ธรรมิกบวร มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
7. ผศ. ดร. หทัยชนก บัวเจริญ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
8. ผศ. ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปร์แมนน์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผศ. จริยาพร ศรีสว่าง มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
10. ผศ. ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
11. ผศ. ดร. ธวัชชัย เอกสันติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
12. อ. ดร. ปณิดา ครองยุทธ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี
13. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุชะเดชะ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
14. อ. ดร. วิไลวรรณ ปะธิเก มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (องครักษ์)
15. อ. ดร. สรินทิพย์ ทวีเดช มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
16. ผศ. 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 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม) 2565 ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 2 – 3 ท่าน ดังนี้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

1. พว. ดร. เกษราภรณ์ เคนบุปผา โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
2. พว. คมคาย สุวรรณพงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
3. อ. จิรัญญา บุรีมาศ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
4. รศ. ดร. จันทรีทิรา เจริญชัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
5. พว. ดร. ชลียา วามะสุน โรงพยาบาลมะเร็ง จังหวัดอุบลราชธานี
6. อ. ดร. นิชาภัทร มณีพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์
7. ผศ. ดร. ชัชชัย เอกสันติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
8. ผศ. ดร. นัฐริมภาพร ธนปิยวัฒน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
9. ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
10. พว. มณีรัตน์ อวยสวัสดิ์ โรงพยาบาลสูงเนิน
11. ผศ. ดร. วรรณวดี ฌัก ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
12. ผศ. ดร. วันทนา ถิ่นกาญจน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. อ. ดร. วิไลพร รังกะวัต ข้าราชการบำนาญ กระทรวงสาธารณสุข
14. ผศ. ดร. ศรัญญา จุฬาริ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. พว. ศิราณี จามสิงห์คำ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
16. ผศ. ดร. สุภาพิชญ์ มณีสาคร โพน โปร์แมนน์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
17. พว. ดร. สิ้นศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
18. ผศ. ดร. สุดาพร สถิตยยุทธการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
19. พว. ดร. ไสภิต ทับทิมหิน โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี
20. ดร. สำราญ สิริภคมงคล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์
21. ผศ. ดร. สมเกียรติยศ วรเดช คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ
22. พว. ดร. เอกชัย ภูผาใจ โรงพยาบาลยางตลาด

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในสถาบันพระบรมราชชนก

1. อ. ดร. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
2. อ. ดร. จริญญาศรี มีหนองหว้า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
3. อ. ดร. ญันท วอเตอร์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง
4. อ. ดร. นุสรุา ประเสริฐศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
5. อ. ดร. ปิญาวัชร ปรากฎผล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท
6. อ. ดร. พัทรี ใจการุณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
7. อ. ดร. ภคิน ไชยช่วย วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินทร จังหวัดอุบลราชธานี
8. อ. ทพญ. ดร. ภักชีสา คนสุภาพ วิทยาลัยการสาธารณสุขสุนทรินทร จังหวัดตรัง
9. อ. ดร. วารุณี มีเจริญ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันบรมราชชนก
10. อ. ดร. สาดิ์ แฮมิลตัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
11. อ. ดร. สุพรรณิ กัณหดิลก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท
12. อ. ดร. อรัญญา นามวงศ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา
13. อ. ดร. อติพร สำราญบัว วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
14. อ. ดร. อุทัยทิพย์ จันทรเพ็ญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บทบรรณาธิการ

บทความวิจัย

- การตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษา
วิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศุภวดี แถวเพ็ญ, กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, จริญญาศรี มีหนองหว้า,
อดิพร ทองหล่อ, อัจฉรา คำมะতিย์, สาศกร อินโทโล่, พณาวรรณ พาณิชย์,
วิจิตรา นวนันทวงศ์, นุชนาถ บุญมาศ, จินดา คำแก้ว 1-14
- การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิดการ
เรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์
ศรีบังอร อร์ญุเวทย์, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ปราโมทย์ ทองสุข 1-18
- การพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทางพีพีซีอีเพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยา
สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ
ไพเราะ พ่อน้อย, ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ศศิธร ลายเมฆ 1-17
- การคัดแปลงเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมและการตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา
ของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก
เบญญาภา พรหมพุก 1-17
- ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
เพ็ญแข คิชฐบรรจง, นงนภัทร รุ่งเนย, อัจฉรา สุขสำราญ, ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ 1-17
- ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วย
ได้รับบาดเจ็บที่สมอง
สุมาลี สุขไย, วรางคณา คำยิ่ง, จินตนา วงศ์ยุทธจักร, ฉัตรทอง เวบสูงเนิน 1-18

เรื่อง

หน้า

- ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้การป้องกันโรค และการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี
ศิริรัตน์ เพี้ยขันทา, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, ทิพย์มัมพร เกษโกมล 1-16
- ปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพ
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ
นุสรรา นามเดช, ดวงดาว อุบลเยี่ยม, นงคาร รวงแดง 1-15
- ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมี
กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จังหวัดนครราชสีมา
รัชชัย เอกสันติ, นิภา มหารัชพงศ์, ยุวดี รอดจากภัย, อนามัย เทศกะทีก 1-15
- ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง
ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง
อาภรณ์ คำก้อน, สุพัตรา บัวทิ, อัจฉรา ชัยชาญ, บุญญภัทร์ ภูมิภู,
กัญจน์นิชา เรืองชัยทวีสุข 1-16
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม
ณ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง
ภาณุศักดิ์ อินทสระโร 1-15
- ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง
สมฤดี คีนวนพะเนา, ศรีัญญา นาคสระน้อย, ตะวัน แสงสุวรรณ, 1-18

บทความวิชาการ

- วิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน
และการรักษาพยาบาลขั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา
อารีย์รัตน์ เปสูงเนิน, นฤมล เปรมาสวัสดิ์ 1-15
- การดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน
วัชรินทร์ วงษาหล้า, มโนไท วงษาหล้า 1-12
- บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์
นิภัทรา เศรษฐจันทร์, สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล, ชีรนุช ยินดีสุข 1-13
- บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาห้วนมสั้น
ปิยะรัตน์ แสงบำรุง, วิศรียาพรรณ สืบศิริบุญกุล, กนกวรรณ กกกระโทก,
กมลนัทธ์ อยู่พิมาย, กมลวรรณ รังษี, กิตติรัช ศรีตระกูล, จิรปริยา คำสีหา,
เทพอลงกรณ์ ครอบนม, ธิดามาศ พลพันธ์, วริศรา ชุมกระโทก 1-12

บทบรรณาธิการ

เรียน สมาชิกวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล และผู้อ่านทุกท่าน

ดิฉันขอใช้พื้นที่ในวารสารปีที่ 28 ฉบับที่ 2 นี้ ประกาศข่าวน่ายินดี คือ วารสารของเราได้รับการรับรองโดยศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index Centre [TCI]) ให้อยู่ในกลุ่มที่ 1 มีผลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2565 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2567 ดิฉันจึงขอขอบพระคุณผู้แต่งทุกท่านที่ให้ความไว้วางใจในการทำงานของกองบรรณาธิการ โดยการส่งผลงานที่มีคุณค่าของท่านมาตีพิมพ์กับวารสารของเรา และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ กองบรรณาธิการ ฝ่ายจัดการ และที่ปรึกษาของวารสาร ที่มีส่วนร่วมในกระบวนการพิจารณาบทความ และการดำเนินงานของวารสารจนมีมาตรฐานในระดับชาติ

สำหรับบทความที่กองบรรณาธิการคัดสรรมาในเล่มนี้ได้ครอบคลุมขอบเขตสาขาของวารสาร เช่นเคย ในด้านการศึกษาพยาบาล มีบทความเกี่ยวกับการพัฒนาบุคลากรด้านสุขภาพหลายระดับ เช่น เรื่อง การตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาวิทยาลัย ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และเรื่อง การพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทางที่พีชีอีเพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุเป็นต้น ส่วนบทความด้านสุขภาพนั้นได้ครอบคลุมประเด็นสุขภาพทุกช่วงวัย ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คือบทความวิชาการ เรื่อง บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาหัวนมสั้น ไปจนถึงวัยสูงอายุ เช่น บทความวิจัย เรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเป็นต้น นอกจากสาขาพยาบาลศาสตร์แล้ว กองบรรณาธิการได้เลือกบทความวิจัยที่เกี่ยวกับวิชาชีพด้านสุขภาพในสาขาอื่นด้วย ได้แก่ สาขาทันตแพทยศาสตร์ ซึ่งศึกษาความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม และสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งศึกษาความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ซึ่งดิฉันเห็นงานวิจัยเหล่านี้จะมีประโยชน์สำหรับผู้สนใจนำไปประยุกต์ใช้หรือวางแผนในการดูแลสุขภาพประชาชนได้อย่างครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

สุดท้ายนี้ ดิฉันขอเรียนทุกท่านว่า ดิฉันจะทำหน้าที่บรรณาธิการวารสารฉบับนี้เป็นฉบับสุดท้ายตลอดระยะเวลาการทำหน้าที่นี้ ดิฉันได้รับผิดชอบออกวารสารจำนวน 7 เล่ม รวมจำนวนบทความ 112 เรื่อง ถือเป็นโอกาสการเรียนรู้ที่ประเมินค่าไม่ได้ ดิฉันซาบซึ้งในความไว้วางใจที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ผู้แต่ง ผู้ทรงคุณวุฒิ กองบรรณาธิการ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านมอบให้ จึงขอกราบขอบพระคุณและกราบลาทุกท่านมา ณ ที่นี้ ทั้งนี้ดิฉันได้ส่งต่อการทำงานให้บรรณาธิการท่านใหม่ คือ อ.พรณทิพย์ ไข่มขุนทด ซึ่งได้ปฏิบัติงานร่วมกับดิฉันอย่างเข้มแข็งมาเป็นระยะเวลา 1 ปี ดิฉันมั่นใจว่าวารสารจะยังคงมีมาตรฐานระดับสูงในช่วงการเปลี่ยนผ่านนี้และต่อไป

อ.ดร.ปรางทิพย์ ทาสนาะ เอลเทอร์

บรรณาธิการ

การตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และ สุขภาวะจิตวิญญาณ ของนักศึกษาวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศุภวดี แดงเพ็ญ, ปร.ด.¹; กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, ปร.ด.²; จริญญาศรี มีหนองหว้า, ปร.ด.²;
อดิพร ทองหล่อ, ปร.ด.³; อัจฉรา คำมะতিชัย, ปร.ด.⁴; สาคร อินทไธโล, ปร.ด.¹; พนมวรรณ พานิชย์, พย.ม.⁴;
วิจิตรา นวนันทวงศ์, พย.ม.^{5*}; นุชนาถ บุญมาศ, พย.ม.⁶; จินดา คำแก้ว, ส.ม.⁷
(วันที่ส่งบทความ: 10 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 6 ธันวาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 8 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และการมีสุขภาวะจิตวิญญาณที่ดี เป็นส่วนที่ส่งเสริมให้ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและสาธารณสุขมีพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับและเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาระหว่างชั้นปี กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษา ชั้นปีที่ 1-4 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต และสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต ของวิทยาลัยพยาบาล 6 แห่ง และวิทยาลัยการสาธารณสุข 1 แห่ง ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 383 คน รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง แบบวัดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และแบบสอบถามสุขภาวะจิตวิญญาณ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67-1.00 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .80, .82 และ .84 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยายและการวิเคราะห์ความแปรปรวน ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีการตระหนักรู้ตนเอง ($F(3, 380) = 4.10, p = .007$) และการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ($F(3, 380) = 3.50, p = .016$) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาระหว่างชั้นปีไม่แตกต่างกัน ($F(3, 380) = 0.55, p = .65$) ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางพัฒนาการจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความเป็นผู้ให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ต่อไป

คำสำคัญ: การตระหนักรู้ตนเอง, การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น, สุขภาวะจิตวิญญาณ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

⁴ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

⁵ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

⁶ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

⁷ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บทความ: วิจิตรา นวนันทวงศ์, อีเมล: wichitra@knc.ac.th

Self-Awareness, Empathy, and Spiritual Well-Being of Students in the North Eastern College Network Under the Jurisdiction of the Praboromarajchanok Institute

Supawadee Thaewpia, Ph.D.¹ ; Kunthida Kulprateepunya, Ph.D.² ; Jaroonsree Meenongwah, Ph.D.² ; Atiporn Tonglor, Ph.D.³ ; Adchara Khammathit, Ph.D.⁴ ; Sakorn Intolo, Ph.D.¹ ; Phanawan Phanich, M.N.S.⁴ ; Wichitra Nawanantawong, M.N.S.^{5} ; Nuchanad Boonmas, M.N.S.⁶ ; Jinda Khamkaew, M.P.H.⁷*

(Received: May 10th, 2022; Revised: December 6th, 2022; Accepted: December 8th, 2022)

Abstract

Self-awareness, empathy, and spiritual well-being contribute to, and encourage, nurses and public health practitioners to exhibit service-minded behavior and provide humanized care. This descriptive research aimed to study the levels and compare the average scores for self-awareness, empathy, and spiritual well-being among students in different classes. Participants were 393 students studying in the 1st through the 4th year classes in the Bachelor of Nursing Science and Bachelor of Public Health programs in schools in the northeastern college network under jurisdiction of the Praboromarajchanok Institute, which includes six nursing colleges and one public health college. The tools used to collect data were a personal information record, a self-awareness questionnaire, an empathy questionnaire, and a spiritual well-being questionnaire. The item objective congruences (IOC) of the three questionnaires were between .67 – 1.00. Their reliabilities (Cronbach's alpha coefficient) were .80, .82, and .84, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and analysis of variance. The results showed that the students have good levels of self-awareness, empathy, and spiritual well-being. However, there were statistically significant differences among the students related to their class levels for self-awareness, $p < .01$ ($F(3, 380) = 4.10, p = .007$) and empathy, $p < .05$ ($F(3, 380) = 3.50, p = .016$). In terms of spiritual well-being, there was no difference among the various classes ($F(3, 380) = 0.55, p = .65$). The results of this study can be used as a guideline to develop learning management systems to further develop the promotion of humanized care among health care providers.

Keywords: self-awareness, empathy, spiritual well-being

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Praboromarajchanok Institute

⁴ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁵ Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁶ Registered Nurse, Senior Professional Level, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

⁷ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Ubon Ratchathani, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Wichitra Nawanantawong, E-mail: wichitra@knc.ac.th

บทนำ

ผู้ประกอบการวิชาชีพการพยาบาลและสาธารณสุข มีหน้าที่ให้การดูแลสุขภาพและการเจ็บป่วยของประชาชนที่มีความแตกต่างกันและมาจากวัฒนธรรมที่หลากหลาย ซึ่งสถาบันพระบรมราชชนกเป็นองค์กรหนึ่งที่รับผิดชอบผลิตผู้ประกอบการวิชาชีพดังกล่าว โดยได้จัดการศึกษาระดับอุดมศึกษาในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative learning) โดยเปลี่ยนแปลงกระบวนการเรียนรู้ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงตนเองอย่างลึกซึ้ง เกิดการเปลี่ยนแปลงโลกทัศน์ เกิดความเข้าใจในตนเอง เข้าใจโลก และความสัมพันธ์ทางสังคม มีทักษะในการค้นคว้า วิเคราะห์ สังเคราะห์ สะท้อนคิด และมีความคิดสร้างสรรค์ และจินตนาการ (ละอียด แจ่มจันทร์, รวิภา บุญชูช่วย, และสุนีย์ อินทรสิงห์, 2558) สถาบันพระบรมราชชนกได้ออกแบบหลักสูตรที่สนับสนุนให้ผู้เรียนมีความตระหนักถึงความสำคัญของการทำหน้าที่และให้บริการโดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคน หรือเรียกว่าการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งถูกกำหนดเป็นอัตลักษณ์ผู้เรียน (Student identity) ของสถาบัน (สถาบันพระบรมราชชนก, 2556) การแสดงออกถึงพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์นั้น มีองค์ประกอบสำคัญ คือ การตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และการมีสุขภาวะจิตวิญญาณ

การตระหนักรู้ตนเอง (Self-awareness) เป็นความสามารถในการรับรู้เข้าใจอารมณ์ ตลอดจนจุดอ่อนจุดแข็ง และความต้องการของตนเองอย่างลึกซึ้ง ผู้ที่รู้จักตนเองเป็นอย่างดีจะมีความซื่อสัตย์ต่อตนเองและผู้อื่น เข้าใจถึงผลกระทบของอารมณ์ตนเองต่อผู้อื่น และต่อการปฏิบัติงาน (สายฝน เอกวรณกุล, 2562) ส่วนการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (Empathy) เป็นการตระหนักรู้และเข้าใจทางความคิดและอารมณ์ของผู้อื่น โดยไม่นำตนเองเข้าไปตัดสินและไม่สูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (นพรัตน์ อุทัยทวีป, 2560) อันเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของพยาบาลเพราะช่วยนำความรู้สึกของตนเองไปอยู่ในบริบทของผู้ป่วย จนเกิดความรู้สึกเข้าใจความทุกข์ของผู้ป่วยอย่างแท้จริง (อริญญา บุญธรรม, มงคล ส่องสว่างธรรม, กมลนิชา อนันต์, ยुरิ เชวณพิพัฒน์, และชันยาพร บัวเหลือง, 2561) การส่งเสริมให้นักศึกษามีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น จะช่วยส่งผลให้ สามารถเข้าถึงความจริง ความดี และความงามของทุกสิ่งรอบตัวได้ (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2552) และการมีสุขภาวะจิตวิญญาณ (Spiritual well-being) เป็นการรู้จักและเข้าใจในตนเอง การตระหนักในคุณค่าที่แท้จริงของตน มีความหวังและเป้าหมายในชีวิต มีความเชื่อมั่นและศรัทธาต่อศาสนาหรือสิ่งที่มีคุณค่าสูงสุดในชีวิต มีปัญญา รู้จักเสียสละ เมตตา กรุณา เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของชีวิตได้ (วรวรรณ จันทวีเมือง และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, 2559) สุขภาวะด้านจิตวิญญาณของพยาบาลส่งผลทางตรงต่อความเชื่อมั่นในวิชาชีพ และยังส่งผลทางอ้อมต่อการดูแลผู้ป่วย (Chiang, Lee, Chu, Han, & Hsiao, 2016) ซึ่งหากนักศึกษาพยาบาลและสาธารณสุขได้รับการพัฒนาและส่งเสริม การตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และการมีสุขภาวะจิตวิญญาณ จะทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงจนสามารถให้บริการบุคคลได้ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ตามอุดมการณ์ของหลักสูตร

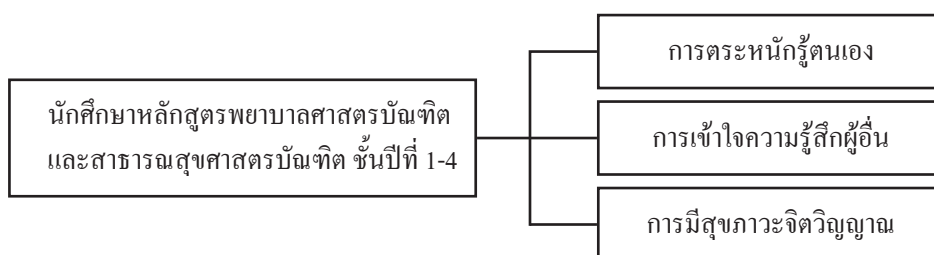
สถาบันพระบรมราชชนกได้เห็นความสำคัญของการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาผู้เรียนให้มีพฤติกรรม การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ได้นำแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงเข้ามาจัดการศึกษา แต่ กิจกรรมการเรียนการสอนยังมุ่งเน้นด้านวิชาการเป็นหลัก การเรียนรู้ที่เริ่มจากภายในตนเองยังมีไม่มาก ก็อาจทำให้ขาดความสมบูรณ์ในชีวิต ไม่สามารถเชื่อมโยงความเป็นจริง เกิดปัญหาชีวิตต่างๆ ตามมา ทั้ง ในตัวเองและสังคม คณะผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยครั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลเบื้องต้นด้านการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณเพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ในการกำหนดกิจกรรมการ เรียนรู้ ที่เน้นการรู้จักตนเอง การรู้จักผู้อื่น การเชื่อมโยงกับธรรมชาติ ที่จะทำให้นักศึกษาได้พัฒนาตนเอง และบรรลุตามวัตถุประสงค์ของหลักสูตรต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณของ นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกเครือข่าย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิต วิญญาณระหว่างชั้นปีที่ 1, 2, 3 และ 4 ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขสุรินทร์ สังกัดสถาบันพระบรมราชชนกเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และการมีสุขภาวะจิตวิญญาณ เป็นองค์ประกอบ สำคัญที่ทำให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง จนเกิดพฤติกรรมบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นคุณสมบัติของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการสาธารณสุข ผู้วิจัยจึงนำมากำหนดเป็นแนวทาง ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - ตุลาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 ที่ศึกษาในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 7 วิทยาลัย ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม นครราชสีมา สุรินทร์ นครราชสีมา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม และ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรอุบลราชธานี จำนวน 3,420 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรม n4studies ได้จำนวน 346 คน เพื่อป้องกันได้รับข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ได้จำนวน 398 คน จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ด้วยการกำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากประชากรนักศึกษาแต่ละชั้นปี เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 แล้ว จึงสุ่มอย่างมีระบบจากรหัสประจำตัวนักศึกษาแต่ละชั้นปีโดยวิธีใช้ตารางเลขสุ่ม (Table of random numbers) ที่กำหนดขึ้นจากคอมพิวเตอร์ มีกลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 1-4 จากวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ตอบแบบสอบถามได้สมบูรณ์ ได้แก่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม 60 คน (ร้อยละ 15.5) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 45 คน (ร้อยละ 11.7) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ 60 คน (ร้อยละ 15.5) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี 60 คน (ร้อยละ 15.5) วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม 60 คน (ร้อยละ 15.5) และ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรอุบลราชธานี 98 คน (ร้อยละ 25.6) รวมจำนวน 383 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี หมายเลขการรับรอง 22/2564 โดยนักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิอาสาสมัครที่ให้ข้อมูล ด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ให้อิสระในการตอบแบบสอบถาม เน้นย้ำให้ทราบว่า การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะไม่กระทบต่อผลการเรียน ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามจะเก็บไว้เป็นความลับ ซึ่งผู้วิจัยขอความยินยอมโดยกำหนดให้มีเอกสารชี้แจง (Information sheet) และ เอกสารขอความยินยอม (Consent form) ก่อนการตกลงร่วมเป็นอาสาสมัครตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งนักศึกษามีสิทธิ์ปฏิเสธหรือยินยอมเข้าร่วมได้โดยอิสระ ผู้วิจัยให้บุคลากรสายสนับสนุนด้านวิจัยหรือด้านวิชาการของแต่ละวิทยาลัยส่งแบบสอบถามเข้ากลุ่มไลน์นักศึกษาเพื่อป้องกันการตอบแบบสอบถามด้วยความเกรงใจ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ถูกจัดทำให้อยู่ในรูปแบบสอบถามออนไลน์ แบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ และเติมข้อมูล ประกอบด้วย เพศ อายุ ชั้นปี สถานที่ศึกษา ระดับผลการเรียนสะสม ความตั้งใจที่เลือกเรียน วิชาชีพพยาบาลหรือวิชาชีพสาธารณสุข และเหตุผลที่มาเรียนวิชาชีพพยาบาลหรือวิชาชีพสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง โดยคณะผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง ของ ทศนีย์ สุริยะไชย (2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จาก 1 (*น้อยที่สุด*) ถึง 5 (*มากที่สุด*) คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 10-50 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้ตนเองดี ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการตระหนักรู้ตนเองไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น โดยคณะผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น ของ ธรรมนูญ บุญธรรม และคณะ (2561) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น (Jefferson scale of physician empathy-student version) ของ Hojat et al. (2002) ซึ่ง กานต์ จำรูญโรจน์ และสมบัติ ศาสตร์รุ่งภัก (2555) เป็นผู้แปลเป็นภาษาไทยเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของนักศึกษา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 7 ระดับ จาก 1 (*ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง*) ถึง 7 (*เห็นด้วยอย่างยิ่ง*) คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 20-140 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นดี ส่วน คะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาวะจิตวิญญาณ โดยคณะผู้วิจัยนำมาจากแบบสอบถามสุขภาวะทางจิตวิญญาณนักศึกษาพยาบาล ของปาริชาติ ชูประดิษฐ์ (2556) มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จาก 1 (*น้อยที่สุด*) ถึง 5 (*มากที่สุด*) คะแนนที่ได้อยู่ในช่วง 10-50 คะแนน โดยคะแนนสูง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะจิตวิญญาณดี คะแนนต่ำ หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาวะจิตวิญญาณไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง แบบวัดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และแบบสอบถามสุขภาวะจิตวิญญาณ ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 ท่าน และอาจารย์สาขาการศึกษา จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงก์ (Item objective congruence [IOC]) อยู่ระหว่าง .67 – 1.00

2. ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง แบบวัดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และแบบสอบถามสุขภาวะจิตวิญญาณ ไปทดลองใช้ ในกลุ่ม

นักศึกษายาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1-4 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้ววิเคราะห์หาความเชื่อมั่นจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถาม ได้ค่าเท่ากับ .80, .82 และ .84 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลในสถานที่ที่กำหนดไว้ และดำเนินการดังนี้

1. ผู้วิจัยมอบหมายให้บุคลากรสายสนับสนุนด้านวิจัยหรือด้านวิชาการ ส่งแบบสอบถามที่อยู่ในรูปออนไลน์ให้นักศึกษาผ่านกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ชั้นปีของวิทยาลัยแต่ละแห่ง โดยในแบบสอบถามจะระบุการชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายวิธีการทำวิจัย การเก็บข้อมูล และขอความร่วมมือ หากกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการทำวิจัยสามารถให้ความยินยอมผ่านเอกสารขอความยินยอมอิเล็กทรอนิกส์

2. กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการตระหนักรู้ตนเอง แบบวัดความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และแบบสอบถามสุขภาวะจิตวิญญาณ ซึ่งผู้วิจัยสามารถทราบผลการตอบทางออนไลน์ที่สร้างไว้ เมื่อครบตามจำนวนจึงนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ คะแนนการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณ ด้วยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณ ของแต่ละชั้นปี โดยใช้สถิติ ANOVA โดยใช้สูตรการทดสอบค่าเอฟ (F – test) พบว่ามีความแตกต่างภายในกลุ่ม จากนั้นเปรียบเทียบรายคู่โดยวิธีของเชฟเฟ (Scheffe' test for all possible comparison)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 383 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.4) มีอายุอยู่ในช่วง 18-34 ปี อายุเฉลี่ย 20.9 ปี ($SD = 1.69$) ส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาชั้นปีที่ 2 (ร้อยละ 30) มีผลการเรียนเฉลี่ย 3.04 ($SD = 0.40$) และมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 97.2) มีความตั้งใจที่เลือกเรียนวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพด้านการสาธารณสุขหรือสุขภาพเป็นลำดับที่หนึ่งมากที่สุด (ร้อยละ 45.9) โดยเหตุผลที่มาเรียนวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพด้านการสาธารณสุขหรือสุขภาพมากที่สุดคือ ใจรัก (ร้อยละ 42.1) รองลงมาได้แก่ พ่อแม่หรือผู้บังคับบัญชาให้มาเรียน (ร้อยละ 28)

นักศึกษามีระดับการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผล การตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณ ของนักศึกษา

ลำดับ	ตัวแปร	<i>M</i>	<i>SD</i>	การแปลผล
1	การตระหนักรู้ตนเอง	42.95	5.19	ดี
2	การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น	110.82	13.28	ดี
3	สุขภาวะจิตวิญญาณ	40.58	5.17	ดี

หมายเหตุ. $n = 383$

เมื่อเปรียบเทียบการตระหนักรู้ตนเองของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา พบว่าการตระหนักรู้ตนเองของนักศึกษาแต่ละชั้นปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($F(3, 380) = 4.10, p = .007$) โดยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีความตระหนักรู้ตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ของความตระหนักรู้ตนเองระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการตระหนักรู้ตนเองของนักศึกษา ระหว่างชั้นปีที่ศึกษาเพื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

ชั้นปีที่	<i>M</i>	ชั้นปีที่ 1			ชั้นปีที่ 2			ชั้นปีที่ 3			ชั้นปีที่ 4		
		MD	SE	<i>p</i> -value	MD	SE	<i>p</i> -value	MD	SE	<i>p</i> -value	MD	SE	<i>p</i> -value
1	41.98				-2.59	0.83	.024*	-0.44	0.83	.963	-1.59	0.83	.307
2	43.84	2.59	0.83	.024*				2.15	0.79	.061	1.00	0.79	.656
3	42.13	0.44	0.83	.963	-2.15	0.79	.061				-1.15	0.79	.548
4	43.41	1.59	0.84	.307	-1.00	0.79	.656	1.15	0.79	.548			

หมายเหตุ. $n = 383, *p < .05$

เมื่อเปรียบเทียบการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F(3, 380) = 3.50, p = .016$) โดยนักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 4 และชั้นปีที่ 3 ตามลำดับ โดยพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ของการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นระหว่างนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และนักศึกษาชั้นปีที่ 3 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาตามความคิดเห็นของนักศึกษาระหว่างชั้นปีที่ศึกษา เพื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

ชั้นปีที่ศึกษา	M	ชั้นปีที่ 1			ชั้นปีที่ 2			ชั้นปีที่ 3			ชั้นปีที่ 4		
		MD	SE	p-value	MD	SE	p-value	MD	SE	p-value	MD	SE	p-value
1	111.57				-2.85	2.14	.623	3.62	2.14	.416	-0.49	2.14	.997
2	112.76	2.85	2.14	.623				6.47	2.02	.018*	2.36	2.02	.714
3	108.11	-3.62	2.14	.416	-6.47	2.02	.018*				-4.12	2.02	.250
4	111.18	0.49	2.14	.997	-2.36	2.02	.714	4.11	2.02	.250			

หมายเหตุ. $n = 383$, $*p < .05$

การเปรียบเทียบสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 ชั้นปีที่ 2 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 4 พบว่า นักศึกษาแต่ละชั้นปีมีสุขภาวะจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน ($F(3, 380) = 0.55$, $p = .65$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3	35.06	11.69	0.55	.65
ภายในกลุ่ม	380	5925.42	21.09		
รวม	383	5960.48			

หมายเหตุ. $n = 383$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาสามารถนำมาอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ระดับการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษา

ระดับการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษา อยู่ในระดับดี ทั้งนี้อาจเนื่องสถาบันพระบรมราชชนกได้กำหนดอัตลักษณ์ของนักศึกษา คือ การให้บริการสุขภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ซึ่งหมายถึง การให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก (สถาบันพระบรมราชชนก, 2556) ทำให้วิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุขสุจริตินทร เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ดำเนินการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษามาอย่างต่อเนื่อง จึงส่งผลให้นักศึกษามีการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสุขภาวะจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี ซึ่งอดิพร ทองหล่อ (2564) ได้บูรณาการแนวคิดจิตปัญญาศึกษา ในกิจกรรมการเรียนรู้ในรายวิชาทักษะการคิดและการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ สำหรับนักศึกษาหลักสูตร

พยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยการตระหนักรู้ตนเองภายหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง แต่คะแนนเฉลี่ยการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษา ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของภาวดี เหมทานนท์ และอมวสี อัมพันศิริรัตน์ (2563) ได้จัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบการสะท้อนคิดผ่านสถานการณ์จำลองของการให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการ เพื่อให้ นักศึกษาได้พัฒนาการตระหนักรู้ในตนเองและสามารถเชื่อมโยงความรู้เชิงทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการตระหนักรู้ในตนเองหลังการใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบสะท้อนคิดอยู่ในระดับสูง จึงเห็นได้ว่าการนำรูปแบบการจัดการเรียนรู้ตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative education) เช่น จิตปัญญาศึกษา การสะท้อนคิด มาใช้เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้จากภายใน

การเปรียบเทียบการตระหนักรู้ตนเองของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา

การตระหนักรู้ตนเองของนักศึกษาแต่ละชั้นปี มีความแตกต่างกัน โดยพบว่านักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีการตระหนักรู้ตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาคือนักศึกษาชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 3 และชั้นปีที่ 1 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากชั้นปีที่ 2 เป็นชั้นปีแรกที่เริ่มเรียนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล เริ่มได้ให้การดูแลผู้ป่วยโดยมีอาจารย์เป็นผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจที่ได้ดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลให้นักศึกษามีการตระหนักรู้ตนเองที่สูงกว่าชั้นปีที่ 4 และ 3 ซึ่งการฝึกภาคปฏิบัติไม่ใช่ความใหม่สำหรับนักศึกษา ส่วนนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ยังได้รับการจัดการเรียนภาคทฤษฎีที่คล้ายกับการเรียนในชั้นมัธยม อาจทำให้การรับรู้ในคุณค่าตนเองไม่เท่าชั้นปีอื่น ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของอรรณ นาเพชร และคณะ (2561) ได้ศึกษาการตระหนักรู้ในตนเองและ การรับรู้ประโยชน์ของการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชน แห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานีโดยชั้นปีที่ 3 มีการตระหนักรู้ในตนเองมากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 2 และปีที่ 1 ตามลำดับ

การพัฒนาความตระหนักรู้ตนเองทำให้นักศึกษาพยาบาลและสาธารณสุข เข้าถึงความรู้สึกของตนเอง รับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง รับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นในชีวิต สามารถค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต และดำเนินชีวิตอย่างมีจุดหมายและเป้าหมายที่ชัดเจน (วราพร วันไชยธนวงศ์, วราภรณ์ ยศทวี, และจุฬารีย์ ชัยวงศ์นาคพันธ์, 2560) และยังส่งผลให้เกิดการตระหนักถึงการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งถือเป็นทักษะการคิดที่ป้องกันหรือลดความผิดพลาดจากการปฏิบัติการการดูแลผู้ป่วย (สุริขญา ทองแก้ว, 2561) การตระหนักรู้ตนเองเป็นองค์ประกอบหลักของการพัฒนาพฤติกรรม การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาหลักสูตรด้านการพยาบาลและการสาธารณสุข โดยมีความสำคัญตั้งแต่การพัฒนานักศึกษาในช่วงเริ่มต้นของการก้าวสู่วิชาชีพด้านสุขภาพในช่วงปีแรกของการศึกษา เพื่อเตรียมความพร้อมในการเป็นบุคลากรสุขภาพที่เป็นกำลังสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศในอนาคต

การเปรียบเทียบการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ด้วยนักศึกษาชั้นปีที่ 2 เริ่มฝึกปฏิบัติให้การพยาบาลบนหอผู้ป่วย และปฏิบัติงานให้บริการด้านสุขภาพในชุมชน ลักษณะวิชาส่วนใหญ่มีวัตถุประสงค์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมให้เกิดทักษะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลร่วมกับการมอบหมายผู้รับบริการให้นักศึกษาได้ดูแล เป็นรายบุคคล จึงอาจมีส่วนทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงอารมณ์ ความรู้สึก ของบุคคลที่มีความเจ็บป่วยต้องการ การดูแล เกิดความเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นที่แตกต่างจากตนเอง ซึ่งความรู้จากการศึกษาเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติงานในวิชาต่างๆ ที่นักศึกษาได้รับหรือสนใจจนสามารถเข้าถึงความจริงของธรรมชาติและเข้าใจตนเอง ตลอดจนเข้าใจผู้อื่น เกิดความรักความเมตตาขึ้นได้ (ประเวศ วะสี, 2550 อ้างถึงใน เมธินี วงศ์วานิช รัชภักการณ, 2558) นอกจากนี้ นักศึกษาทุกคนได้รับการอบรมเกี่ยวกับการปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตในระดับอุดมศึกษาเมื่อเข้ามาอยู่ในวิทยาลัย โดยเนื้อหาและกิจกรรมบางส่วน เช่น การฟังอย่างลึกซึ้ง การเล่าเรื่อง และการสะท้อนคิด ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้อาจมีส่วนทำให้นักศึกษากลับเปิดเผยตนเอง กล้าวิจารณ์เพื่อนแบบกัลยาณมิตร รู้จักและเข้าใจกันมากขึ้นไม่เฉพาะกับเพื่อนชั้นปีเดียวกันหรือชั้นปีอื่น ทั้งนี้รวมทั้งกับอาจารย์ผู้สอนและบุคคลอื่นรอบข้างได้เช่นกัน

นอกจากเหตุผลดังกล่าวแล้วลักษณะความเป็นอยู่ของนักศึกษาก็อาจส่งผลต่อพัฒนาการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล และนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ของสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข เป็นนักศึกษาที่อาศัยอยู่ร่วมกันในหอพักระบบปิดของวิทยาลัย ที่มีกฎระเบียบเคร่งครัด และได้รับการอบรมสั่งสอนจากครูอาจารย์ถึงการอยู่ร่วมกันและการปฏิบัติตนต่อผู้อื่น ทำให้ต้องปรับตัว ยอมรับและเปลี่ยนแปลงวิธีปฏิบัติตนที่เหมาะสมถูกต้องกับตนเองและผู้อื่น ส่งผลต่อการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นที่มีพฤติกรรม หรือความคิดแตกต่างไปจากตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทางจิตวิทยากลุ่มทฤษฎีพัฒนาการทางสติปัญญาที่เชื่อว่าการให้คำแนะนำ อบรม จากบุคคลที่เป็นผู้สอน ร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดการเรียนรู้ในด้านการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น จะทำให้เข้าใจผู้อื่นได้ดี (สรวงศ์ ไคว์ตระกูล, 2541 อ้างถึงใน อรัญญา บุญธรรม และคณะ, 2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรัญญา บุญธรรม และคณะ (2561) ที่ศึกษาความเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จันทบุรี ที่พบว่า ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาพยาบาลมีความแตกต่างกันในระดับชั้นปีที่ต่างกัน

การเปรียบเทียบสุขภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาจำแนกตามชั้นปีที่ศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า สุขภาวะจิตวิญญาณไม่มีความแตกต่างกันในแต่ละชั้นปี เนื่องจากนักศึกษาพยาบาลและสาธารณสุขชั้นปีที่ 1-4 เป็นนักศึกษาที่มีสภาพแวดล้อมในการใช้ชีวิตและการศึกษาเหมือนกัน ดังนั้นปัจจัยที่ส่งผลต่อจิตวิญญาณของนักศึกษามี 2 ปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตนเอง เช่น สภาพร่างกาย ความเข้มแข็งของจิตใจ ความเชื่อ ประสบการณ์เรียนรู้ที่ผ่านมา วิธีการเผชิญและแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคล การสูญเสียและผิดหวังในชีวิต และภาวะเครียดจากการเรียน ล้วนส่งผลต่อสุขภาวะจิต

วิญญาณ และ 2) ปัจจัยภายนอกตนเอง ได้แก่ บรรยากาศการเรียนรู้ รุ่นพี่รุ่นน้อง กฎระเบียบ (วรวรรณ จันทร์เมือง และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, 2559) การมีจิตวิญญาณที่ดีส่งผลให้นักศึกษาเกิดความตระหนักรู้ถึงความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยในมิติจิตวิญญาณได้ดี ผู้ป่วยจึงสามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nardi and Rooda (2011 อ้างถึงใน วรวรรณ จันทร์เมือง และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ, 2559) เรื่องการตระหนักรู้และการใช้จิตวิญญาณในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล ในหลักสูตรปริญญาตรีในประเทศอเมริกา ซึ่งได้รับการฝึกทักษะการดูแลด้านจิตวิญญาณตามที่หลักสูตรกำหนด พบว่า นักศึกษาตระหนักรู้คุณค่าของการมีชีวิตอยู่ และการดูแลผู้ป่วยโดยใช้จิตวิญญาณเป็นฐาน โดยรับรู้ว่าชีวิตของทุกคนมีคุณค่า และการดูแลด้านจิตวิญญาณ เป็นพื้นฐานของการพยาบาล

สรุปผลการวิจัย

นักศึกษาวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสภาวะจิตวิญญาณอยู่ในระดับดี เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างแต่ละชั้นปีพบว่า นักศึกษามีการตระหนักรู้ตนเอง และการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นที่แตกต่างกัน ส่วนสภาวะจิตวิญญาณไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการ

ทบทวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อพิจารณารายวิชาหรือกิจกรรมเสริมหลักสูตรที่สามารถสอดแทรกกิจกรรมเพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสภาวะจิตวิญญาณในผู้เรียน ให้คงอยู่และเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาจากการวิจัย

ส่งเสริมให้สถานศึกษาทางการพยาบาลและการสาธารณสุข นำความรู้จากผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนจัดการเรียนการสอนของนักศึกษาเพื่อพัฒนาการตระหนักรู้ตนเอง ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสภาวะจิตวิญญาณของนักศึกษาแต่ละชั้นปีให้ดีและคงอยู่ตลอดไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสภาวะจิตวิญญาณ ของนักศึกษาวิทยาลัยทุกเครือข่ายในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
2. ศึกษาการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสภาวะจิตวิญญาณ ในกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการเรียนการสอน เช่น ผู้สอน บุคลากรสายสนับสนุน เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย และเป็นประโยชน์ต่อการนำมาจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อพัฒนาคุณภาพนักศึกษาต่อไป
3. วิจัยและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการตระหนักรู้ตนเอง การเข้าใจความรู้สึกผู้อื่น และสภาวะจิตวิญญาณสำหรับนักศึกษาพยาบาลและสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

- กานต์ จำรูญโรจน์, และสมบัติ ศาสตรร์รุ่งภัก. (2555). การพัฒนาเครื่องมือ Jefferson scale of physician empathy-student version (ฉบับภาษาไทย). *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 213-224.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2552). *จิตวิญญาณมิติหนึ่งของการพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ สุริยะไชย. (2554). *ความสัมพันธ์ระหว่างการตระหนักรู้ในตนเองกับการร่วมรู้สึกละในวัยรุ่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับที่ 1 ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, กรุงเทพมหานคร.
- นพรัตน์ อุทัยทวีป. (2560). *ผลของการให้การปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดของโรเจอร์สที่มีต่อการเข้าถึงใจของนักศึกษาพยาบาล (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับที่ 1 ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ปาริชาติ ชูประดิษฐ์. (2556). *การพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณสำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับที่ 1 ไม่ได้ตีพิมพ์)*. มหาวิทยาลัยแม่โจ้, เชียงใหม่.
- ภาวดี เหมทานนท์, และอมวดี อัมพันศิริรัตน์. (2563). ผลของรูปแบบการเรียนรู้ด้วยวิธีการสะท้อนคิดต่อการตระหนักรู้ในตนเองในนักศึกษาพยาบาล. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา*, 7(7), 275-288.
- เมธินี วงศ์วานิช รัชมกการณ. (2558). การจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา: การสังเคราะห์งานวิจัย. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์*, 5(2), 328-342.
- ละเอียด แจ่มจันทร์, รวิภา บุญช่วย, และสุนีย์ อินทรสิงห์. (2558). การเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง: ถอดบทเรียนจากการเรียนการสอนสาขาพยาบาลศาสตร์. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(3), 1-14.
- วรวรรณ จันทวีเมือง, และทรงฤทธิ์ ทองมีขวัญ. (2559). นักศึกษาพยาบาลกับการพัฒนาสุขภาวะทางจิตวิญญาณ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 208-219.
- วราพร วันไชยธนวงศ์, วราภรณ์ ยศทวี, และจุฬาวรี ชัยวงศ์นาคพันธ์. (2560). การพัฒนาความตระหนักในคุณค่าของชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีอุดรดิตถ์*, 9(2), 112-127.
- สถาบันพระบรมราชชนก. (2556). *อัตลักษณ์ของสถาบัน*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สายฝน เอกวรการณ. (2562). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: ศาสตร์และศิลป์สู่การปฏิบัติ 1*. กรุงเทพฯ: ไทม์ พรินติ้ง.
- สุภิญญา ทองแก้ว. (2561). ความตระหนักต่อความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1), 64-65.

- อดิพร ทองหล่อ. (2564). ผลของการใช้แนวคิดจิตตปัญญาศึกษาในการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ ต่อการตระหนักรู้ในตนเอง และการเข้าใจความรู้สึกผู้อื่นของนักศึกษาพยาบาล. *ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์*, 11(1), 91-106.
- อรรวรรณ นาเพ็ชร, กชกร พลบุตร, กชวรรณ เหลาทอง, กมล เหมอ่อน, กนกพร มิรัตนไพโร, กนกอร นิพนธ์, และทศา ชัยวรรณวรรต. (2561). การตระหนักรู้ในตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของการตระหนักรู้ในตนเองของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 60-73.
- อรัญญา บุญธรรม, มงคล ส่องสว่างธรรม, กมลนิชา อนันต์, ยุรี เขาวนัฒน์, และธัญยาพร บัวเหลือง. (2561). การเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่นของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทรินทร์. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(3), 296-303.
- Chiang, Y. C., Lee, H. C., Chu, T. L., Han, C. Y., & Hsiao, Y. C. (2016). The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care, professional commitment, and caring. *Nursing Outlook*, 64(3), 215-224. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2015.11.012>
- Hojat, M., Gonnella, J. S., Nasca, T. J., Mangione, S., Veloksi, J. J., & Magee, M. (2002). The Jefferson Scale of Physician Empathy: further psychometric data and differences by gender and specialty at item level. *Academic Medicine*, 77(10), S58-S60. <https://doi.org/10.1097/00001888-200210001-00019>

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ตามแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐานในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ศรีบังอร อนุรักษ์, พว.^{1*}

ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ประ.ด.²

ปราโมทย์ ทองสุข, ประ.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 24 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 21 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 22 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การส่งเสริมสมรรถนะให้พยาบาลมีความสามารถในการเป็นหัวหน้าเวรมีความสำคัญ เพราะหัวหน้าเวรเป็นผู้ปฏิบัติงานนอกเวลาแทนหัวหน้าหอผู้ป่วย งานวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิคนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ ขั้นดำเนินการ และขั้นประเมินผล ผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ ผู้บริหารฝ่ายบริการพยาบาล 4 คน และพยาบาลประจำการที่มีอายุงาน 4 ปีขึ้นไป และไม่มีประสบการณ์หัวหน้าเวร 30 คน โปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้จากข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์และแนวคิดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน ประกอบด้วย การเรียนรู้ด้วยตนเอง การสอนงาน และการเรียนรู้ผ่านระบบสารสนเทศภายในหน่วยงาน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร 2) แบบประเมินการตัดสินใจเชิงบริหารจัดการ และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .96, 1.00, และ .94 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัย พบว่าหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พยาบาลมีความสามารถในการปฏิบัติงานหัวหน้าเวรสูงที่สุดในด้านการควบคุมงานซึ่งอยู่ในระดับสูง ($M=2.70$, $SD=0.50$) มีสมรรถนะการตัดสินใจในการจัดการข้อร้องเรียนได้เหมาะสมที่สุดซึ่งอยู่ในระดับสูง ($M=2.90$, $SD=0.40$) และมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.33$, $SD=0.48$) โปรแกรมนี้มุ่งเน้นการเรียนรู้และพัฒนาตนเองจากประสบการณ์ จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้พัฒนาพยาบาลให้มีความสามารถในการเป็นหัวหน้าเวร

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความสามารถพยาบาลหัวหน้าเวร, การเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน, พยาบาลหัวหน้าเวร

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* ผู้ประพันธ์บทความ: ศรีบังอร อนุรักษ์, Email: srebungoun.c@psu.ac.th

The Development of a Program to Promote the Ability of Charge Nurses Using a Competency-Based Learning Framework at Songklanagarind Hospital

Sribungoun Arunwet, RN.^{1*}

Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.²

Pramot Thongsuk, Ph.D.²

(Received: May 24th, 2022; Revised: June 21st, 2022; Accepted: June 22nd, 2022)

Abstract

Promoting competency for a nurse to be able to fill the charge nurse's role is important because he or she will represent the head nurse during non-office hours. This technical action research aimed to develop a program to promote the capacity to be a charge nurse using competency-based learning (CBL) concept. There were three phases: 1) situation analysis, 2) action, and 3) evaluation. The informants consisted of four supervisors or head nurses and thirty full-time nurses working for 4 at least years without experience being a charge nurse. The program developed by the researcher was based on situational analysis data and CBL concepts and consisted of a self-learning and a self learning-coaching-intranet system (SCI) module. Instruments used were the 1) supervisor performance assessment, 2) management decision assessment, and 3) satisfaction toward using the program questionnaires. The content validity was approved by five experts, yielding CVIs of .96, 1, and .94, respectively. The data were analyzed using descriptive statistics. The results showed that, after participating in the the program, nurses had a high level of ability to work as charge nurses based on *the job control aspect* which was rated at the high level ($M = 2.70$, $SD = 0.50$). The most appropriate competency was handling complaints, which was rated at the high level ($M = 2.90$, $SD = 0.40$). The average of overall satisfaction score was at the highest level ($M = 4.33$, $SD = 0.48$). This program focuses on self learning and development from experience, so it is suitable to use for enhancing nurses' competency to be a charge nurse.

Keywords: program to promote the ability of charge nurses, competency-based learning framework, charge nurses

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: Sribungoun Arunwet, Email: sribungoun.c@psu.ac.th

บทนำ

องค์กรพยาบาล มีบทบาทหลักในการบริการพยาบาลตามมาตรฐานของวิชาชีพ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการพยาบาลที่ปลอดภัย และมีบทบาทในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรพยาบาลให้มีศักยภาพสูงขึ้น และมีความเชี่ยวชาญในการให้การพยาบาลทุกสาขา โครงสร้างการบริหารองค์กรพยาบาล มี 3 ระดับ ได้แก่ ผู้บริหารระดับสูงสุด ระดับกลาง และระดับต้น หัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้บริหารระดับต้นที่มีบทบาทสำคัญในการนำนโยบายจากผู้บริหารระดับสูงถ่ายทอดไปสู่ปฏิบัติ อย่างไรก็ตามหัวหน้าหอผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตลอด 24 ชั่วโมง จึงต้องกำหนดให้มีพยาบาลหัวหน้าเวร (In-Charge nurse) เพื่อรับผิดชอบบริหารจัดการให้งานบริการพยาบาลมีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลด้วยโปรแกรมการเตรียมความพร้อมจะส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจความก้าวหน้าทางวิชาชีพ ความเชื่อมั่นในสมรรถนะ ความมั่นใจและมีความมุ่งมั่นในการบริหาร (สหัสพร ยืนบุญ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และกรรณิการ์ จัตรคอกไม้ไพร, 2562) ดังนั้นพยาบาลที่จะปฏิบัติงานหัวหน้าเวรจึงควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนปฏิบัติงานในบทบาทหัวหน้าเวร เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และสมรรถนะที่ควรมีในการปฏิบัติงานส่งผลต่อประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

พยาบาลหัวหน้าเวรจะทำหน้าที่ได้ดีนั้นต้องมีสมรรถนะหลายด้าน จากผลการศึกษาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า พยาบาลหัวหน้าเวรต้องมีสมรรถนะ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านเทคนิควิชาชีพ 2) ด้านบริหารจัดการ 3) ด้านบริหารและการพัฒนาทรัพยากรบุคคล และ 4) คุณลักษณะเชิงวิชาชีพ (ภัทรารัตน์ ดันนกิจ, 2562) พยาบาลหัวหน้าเวรที่มีสมรรถนะดังกล่าวจะช่วยให้บุคลากรในหน่วยงานมีความร่วมมือร่วมใจในการที่จะปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตัดสินใจแก้ไขปัญหาปรับตัวในสถานการณ์ต่างๆ มีการแสดงออกที่เหมาะสม มีการบริหารจัดการ และการตัดสินใจที่ดีซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงและข้อร้องเรียน อย่างไรก็ตามความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลหัวหน้าเวรขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยภายใน คือ อายุและประสบการณ์ และปัจจัยภายนอก คือ ลักษณะงานของพยาบาลหัวหน้าเวร และการได้รับการอบรมเสริมทักษะ (จิรัชยา เหล่าเขตร์กิจ, 2561) จะเห็นได้ว่าพยาบาลหัวหน้าเวรต้องมีทักษะทั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาลและการบริหารงาน และปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้พยาบาลหัวหน้าเวรสามารถตัดสินใจได้ดีนั้นคือประสบการณ์การทำงานและการได้รับการพัฒนาสมรรถนะ

แนวคิดการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรมีหลายรูปแบบ เช่น แนวคิดการเรียนรู้และพัฒนาสูตร 70:20:10 โดยบุคคลจะมีการเรียนรู้และพัฒนาตนเองจากการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงร้อยละ 70 จากผู้นำ หัวหน้า พี่เลี้ยง หรือโค้ชร้อยละ 20 และจากการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการร้อยละ 10 (อาภรณ์ ภูวพิณพันธ์, 2559) ส่วนแนวคิดการจัดการเรียนรู้โดยใช้สมรรถนะเป็นฐาน (Competency-based learning program [CBL]) ของ Shandler (2000) เป็นการพัฒนาความสามารถในงานและการเรียนรู้เข้าด้วยกัน บุคคลรู้จักเรียนรู้ที่จะพัฒนาตนเอง (Self-learning) แนวคิด CBL ไม่ได้มุ่งเน้นในเรื่องของการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวแต่จะมุ่งพัฒนาในด้านทักษะ ความสามารถ ทักษะคิดและเจตคติที่เป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน

จากการทบทวนวรรณกรรมระหว่างปี พ.ศ. 2555 - พ.ศ. 2564 พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ด้วยการบรรยายบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร และวิเคราะห์กรณีศึกษาเพื่ออภิปรายกลุ่มร่วมกัน เช่น การศึกษาของวราภรณ์ เจริญบุญ, ปรารักษ์ทิพย์ อุจะรัตน, และกรณีการ สุวรรณโคตร (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($F = 24.855, p < .001$) ส่วนการศึกษาของชมพูนุท ทิพย์ฝัน, บุญพิชชา จิตต์ภักดี, และผ่องศรี เกียรติเลิศสนา (2557) ได้พัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร พบว่าภายหลังการฝึกอบรม ความสามารถในการปฏิบัติบทบาททางด้านการบริหารการพยาบาลของพยาบาลหัวหน้าเวรสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .01 การฝึกปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรมีวิธีการหลากหลายรูปแบบ แต่การฝึกโดยการใช้คู่มือความรู้ควบคู่กับการลงมือปฏิบัติจริง โดยใช้กระบวนการสนับสนุนการพัฒนาตัวเอง หรือการโค้ช (Coaching) พร้อมประเมินปรับปรุงไปด้วยกันยังมีการศึกษาน้อย ในฝ่ายบริการพยาบาลของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ไม่มีการกำหนดรูปแบบในการเตรียมพยาบาลหัวหน้าเวรที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน การกำหนดอายุงานเพื่อเริ่มปฏิบัติงานหัวหน้าเวรของแต่ละหอผู้ป่วยมีความแตกต่างกัน ตั้งแต่อายุงาน 2-10 ปี มีการฝึกบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรที่เน้นการปฏิบัติจริงร่วมกับการโค้ช แต่ไม่มีการเตรียมความรู้ทางวิชาการ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิด CBL ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมมาพัฒนาเป็นโปรแกรมพัฒนาส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามเป้าหมาย และมีแนวทางการพัฒนาพยาบาลหัวหน้าเวรที่มีมาตรฐานตามความต้องการของหน่วยงานต่อไป

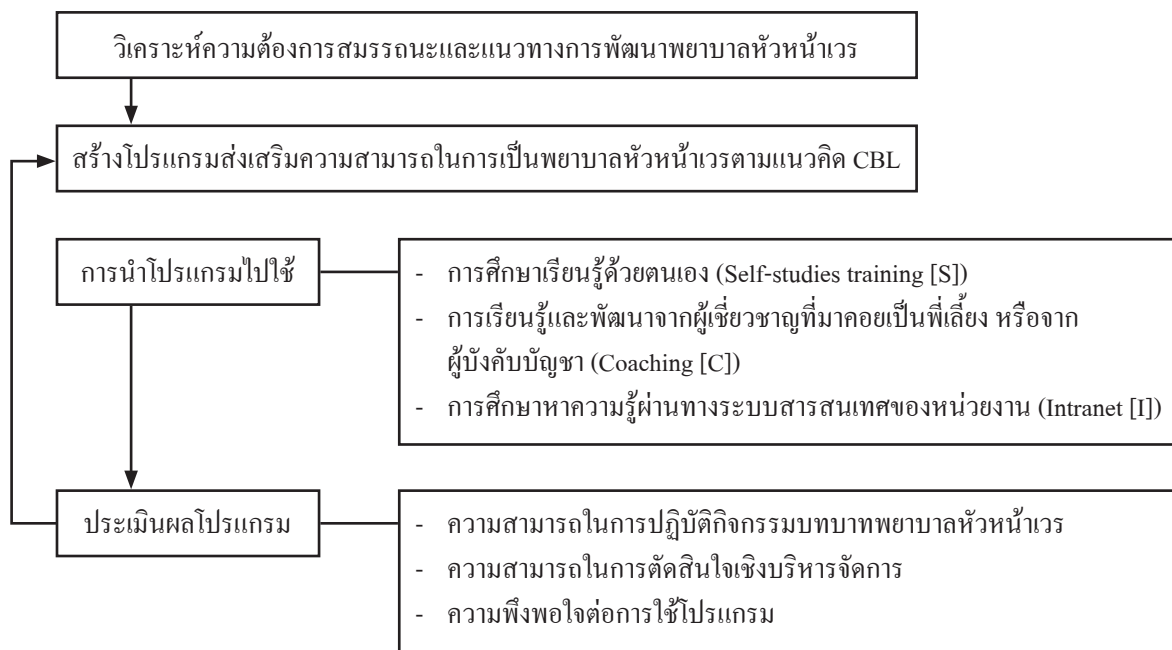
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ตามแนวคิด CBL
2. เพื่อประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร ตามแนวคิด

CBL

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ร่วมกับการแนวคิด CBL ของ Shandler (2000) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงเทคนิค (Technical action research) ที่ผู้วิจัยนำข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มและทบทวนวรรณกรรมมากำหนดรูปแบบของโปรแกรม ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ

1. ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการวิเคราะห์ความต้องการของหน่วยงาน เพื่อค้นหาปัญหา กำหนดสมรรถนะหลักการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร และรูปแบบการพัฒนาที่เหมาะสม
2. ขั้นดำเนินการ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 มาสร้างเป็นโปรแกรมตามแนวคิด ของ CBL เพื่อนำไปใช้จริง
3. ขั้นการประเมินผล เป็นการประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาล หัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้บริหารฝ่ายบริการพยาบาล ประกอบด้วย รองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลด้านบริหารทรัพยากรบุคคล 1 คน ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลด้าน บริหารคุณภาพบริการ 1 คน ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลด้านบริหารทรัพยากรบุคคล 1 คน และ หัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี 1 คน รวมจำนวน 4 คน

ขั้นการประเมินผล ประชากร คือ พยาบาลประจำการในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่มี ประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป และยังไม่ได้ปฏิบัติงานหัวหน้าเวร จำนวน 38 คน เลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ เป็นพยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป

ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เติบโตเข้าร่วมโครงการ และได้รับความยินยอมจากหัวหน้าหอผู้ป่วย เกณฑ์คัดออก คือ ปฏิบัติงานในสถานที่ที่ไม่ใช่หอผู้ป่วย แผนกผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน ห้องผ่าตัด และหออภิบาลผู้ป่วยหนักซึ่งมีจำนวน 8 คน ดังนั้นในขั้นตอนนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาให้การรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขรับรอง REC. 64-134-19-9 ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการแก่ผู้เข้าร่วมวิจัย ให้ไตร่ตรองอย่างรอบคอบก่อนลงนามเป็นลายลักษณ์อักษรในหนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ยืนยันกับผู้เข้าร่วมวิจัยว่าจะรักษาความเป็นส่วนตัวและความลับ โดยการไม่เปิดเผยชื่อ ประวัติตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้องให้ผู้อื่นทราบ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีสิทธิถอนตัวได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยนี้ ได้แก่

1. ประเด็นคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม (Focus group) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้สำหรับสอบถามผู้บริหารของฝ่ายบริการพยาบาล เพื่อนำมาวิเคราะห์ความต้องการสมรรถนะหัวหน้าเวรของหน่วยงาน และแนวทางการพัฒนามีจำนวน 6 ข้อ ตัวอย่างเช่น “ในฐานะผู้บริหารทางพยาบาล ท่านคิดว่าพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ควรมีสมรรถนะที่จำเป็นด้านใดบ้าง เพราะเหตุใด” เป็นต้น

2. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและประยุกต์แนวคิดบทบาทการบริหารจัดการทางพยาบาลของ วิจารณ์ บัวดวง และสุชาดา รัชชกุล (2551) มีจำนวน 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านภาวะผู้นำ ด้านการบริหารบุคคลและการพัฒนาและด้านการควบคุมงาน ลักษณะการตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่ได้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรหรือปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรไม่ได้) ถึง 3 (ปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรได้ครบถ้วน) โดยให้คะแนน 1-3 คะแนนตามลำดับ แปลผลคะแนนเฉลี่ย (Mean [M]) ตามเกณฑ์ของบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2550) เพื่อใช้จัดระดับความสามารถในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร เป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ($M = 1.00-1.66$) ระดับปานกลาง ($M = 1.67-2.33$) และระดับสูง ($M = 2.34-3.00$)

3. แบบประเมินการตัดสินใจเชิงบริหารจัดการ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมแบบประเมินประกอบด้วย 3 สถานการณ์สมมติ ได้แก่ 1) สถานการณ์การตัดสินใจและการประสานงาน 2) สถานการณ์การบริหารจัดการอัตราค่าจ้าง และ 3) สถานการณ์การจัดการข้อร้องเรียน รายละเอียดในแต่ละสถานการณ์มีความยาวประมาณ 5 บรรทัด และมีคำถามท้ายสถานการณ์ จำนวน 1 ข้อ เพื่อให้ตัดสินใจเลือกวิธีแก้ปัญหาในสถานการณ์นั้น ๆ ที่คิดว่าเหมาะสมมากที่สุด เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนน (ตัดสินใจได้เหมาะสมน้อย) ถึง 3 คะแนน

(ตัดสินใจได้เหมาะสมที่สุด) ทั้งนี้การเลือกบริหารจัดการของหัวหน้าเวรผ่านสถานการณ์สมมุติ ทั้ง 3 สถานการณ์ ไม่ได้แสดงว่าเป็นการตัดสินใจในการบริหารจัดการที่ผิดพลาด เพียงแต่เป็นการประเมินสมรรถนะในการบริหารจัดการเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด แปลผลคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2550) เพื่อใช้จัดระดับสมรรถนะในการตัดสินใจเชิงบริหารจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวรเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ($M=1.00-1.66$) ระดับปานกลาง ($M=1.67-2.33$) และระดับสูง ($M=2.34-3.00$)

4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านลักษณะของโปรแกรมที่ใช้ ด้านเนื้อหาประกอบโปรแกรม และด้านขั้นตอนการใช้โปรแกรม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตามวิธีของลิเคิร์ต (Likert scale) ตั้งแต่ 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด) โดยให้คะแนน 1-5 คะแนนตามลำดับ ตามลำดับแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (2550) เพื่อใช้ในการแปลผลระดับความพึงพอใจเป็น 5 ระดับ คือ พึงพอใจในระดับน้อยที่สุด ($M=1.00-1.80$) น้อย ($M=1.81-2.60$) ปานกลาง ($M=2.61-3.40$) มาก ($M=3.41-4.20$) และมากที่สุด ($M=4.21-5.00$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่เป็นประเด็นคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม ผ่านความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 3 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการบริหารการพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านวิจัย 1 คน และอดีตรองหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านบริหารทรัพยากร มาคำนวณหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence [IOC]) ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง .67-1.00 ส่วนเครื่องมือที่เป็นแบบประเมินทั้ง 3 ชุดได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลสาขาการบริหารการพยาบาล 1 คน ผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ด้านวิจัย 1 คน ด้านบริหารคุณภาพบริการ 1 คน ด้านบริหารทรัพยากรบุคคล 1 คน และหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีประสบการณ์มากกว่า 5 ปี 1 คน พิจารณาตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความชัดเจน แล้วคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: [CVI]) พบว่า แบบประเมินทุกชุดสามารถนำไปใช้ได้เพราะมีค่า CVI มากกว่า .80 (ปราณี มีหาญพงษ์ และกรรมกร จักรดอกรไม้ไพร, 2561) โดยแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ค่า CVI เท่ากับ .96 ส่วนแบบประเมินการตัดสินใจเชิงบริหารจัดการผ่านสถานการณ์สมมุติ ค่า CVI เท่ากับ 1.0 และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL ค่า CVI เท่ากับ .90

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาให้การรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุมัติเก็บข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. **ขั้นวิเคราะห์สถานการณ์** โดยผู้วิจัยนัดหมาย และเป็นผู้ดำเนินการในการสนทนากลุ่ม ร่วมกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้บริหารของฝ่ายบริการพยาบาล จำนวน 4 คน โดยมีพยาบาลวิชาชีพประสบการณ์ทำงาน 8 ปี จำนวน 1 คน เป็นผู้จัดบันทึกการสนทนาและบันทึกเทป และพยาบาลวิชาชีพประสบการณ์ทำงาน 2 ปี จำนวน 1 คน เป็นผู้อำนวยความสะดวกระหว่างการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาในการสนทนากลุ่ม 2 ชั่วโมง 30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากการสนทนากลุ่มร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาสมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่พยาบาลหัวหน้าเวร มาวิเคราะห์และสรุปผล เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร

2. **ขั้นดำเนินการ** ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากขั้นวิเคราะห์สถานการณ์ มาสร้างเป็นโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL คือ การจัดทำคู่มือเพื่อให้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง แนะนำวิธีการศึกษาข้อมูลเพิ่มจากระบบสารสนเทศของฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ผู้วิจัยชี้แจงเหตุผลวัตถุประสงค์รวมทั้งขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัยและขอความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัยผ่านผู้ช่วยหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลด้านบริหารทรัพยากรบุคคล จากนั้นนัดหัวหน้าหอผู้ป่วยของหน่วยงานที่มีพยาบาลเข้าเกณฑ์กลุ่มตัวอย่างร่วมใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL เพื่อชี้แจงรายละเอียดโปรแกรม และขออนุญาตเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2.2 จัดประชุมกลุ่มตัวอย่างเพื่ออธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร ลงนามยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัย และทำความเข้าใจในการใช้โปรแกรมชี้แจงรายละเอียดของคู่มือที่จะใช้ประกอบการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง และแจกคู่มือให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำการศึกษาเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และขอความร่วมมือจากหัวหน้าหอผู้ป่วยในการมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวร หลังจากได้ทำการศึกษาความรู้ผ่านคู่มือของโปรแกรมแล้ว

2.3 กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ผู้วิจัยติดตามสอบถามปัญหาการใช้โปรแกรมจากหัวหน้าหอผู้ป่วยที่มีกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานหลังจากมีการใช้โปรแกรมพัฒนาส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL ไปแล้ว 1 เดือน ระหว่างดำเนินการมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่กลุ่มตัวอย่างยังมีข้อสงสัยผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ได้ตลอดเวลา

3. **ขั้นการประเมินผล** เป็นการประเมินผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL เพื่อประเมินว่ามีผลสัมฤทธิ์ตามความมุ่งหมายที่วางไว้หรือไม่ หากมีปัญหาลุप्तรรค ขอบกพร่องต่าง ๆ จะได้นำไปปรับปรุงเพื่อพัฒนาโปรแกรมต่อไป โดยมีเมื่อครบกำหนด 2 เดือน หรือกลุ่มตัวอย่างได้ฝึกการปฏิบัติงานบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร จำนวน 8-10 ครั้ง จะทำการแจกแบบประเมินทั้ง 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม บทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร 2) แบบประเมินการตัดสินใจเชิงบริหารจัดการ และ 3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการ

เก็บรวบรวมหลังครบกำหนดภายใน 1 สัปดาห์ แบบสอบถามที่ได้รับคืนมาทั้งหมด นำมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาวิเคราะห์ใจความหลัก โดยการลงรหัส จัดหมวดหมู่ แล้วนำมาสรุปเพื่อจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวร

2. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร แบบประเมินการตัดสินใจเชิงบริหารจัดการผ่านสถานการณ์สมมติ และแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL และประเมินผลโปรแกรม ผลการวิจัยมีรายละเอียดดังนี้

ผลการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL

จากการสนทนากลุ่ม ได้ข้อสรุป คือ สมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีทั้งหมด 9 ด้าน ได้แก่ ด้านผู้นำ ด้านการตัดสินใจ ด้านความรู้ในด้านวิชาชีพ ด้านการมีมนุษยสัมพันธ์ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการข้อร้องเรียน ด้านการแก้ไขปัญหาจัดการเบื้องต้น ด้านกฎระเบียบ และด้านการบริหารจัดการคนและทรัพยากร รูปแบบของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ควรใช้รูปแบบหลากหลายร่วมกันระหว่าง การฝึกอบรมในขณะที่ปฏิบัติงาน (On the job training) การ Coaching การใช้สื่อสังคมออนไลน์ (Social media) เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการอบรมตามแผนพัฒนารายบุคคลของฝ่ายบริการพยาบาล เมื่อนำข้อมูลสมรรถนะและรูปแบบของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวรที่ได้ดังกล่าว มาวิเคราะห์ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จึงได้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรโดยใช้แนวคิด CBL มีรูปแบบการพัฒนาโดย 1) การเรียนรู้ด้วยตนเองประกอบการใช้คู่มือการปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวร ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมาย บทบาทหน้าที่และกิจกรรมที่ปฏิบัติงานของพยาบาลหัวหน้าเวร และสมรรถนะที่สำคัญของพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อใช้ประกอบการเรียนรู้ด้วยตนเองก่อนเริ่มปฏิบัติงาน และสามารถอ่านทบทวนซ้ำได้ตลอดเวลาในช่วงของการฝึกปฏิบัติงาน 2) การฝึกปฏิบัติงานจริงโดยมีรุ่นพี่ให้คำปรึกษาและ 3) การเรียนรู้ผ่านระบบสารสนเทศภายในหน่วยงาน (Self learning-coaching-intranet system [SCI]) ของฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เมื่อต้องการข้อมูลอื่นๆ เพิ่มเติมจากคู่มือ

การประเมินผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลประจำการที่มีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 4 ปีขึ้นไป ยังไม่ได้เข้าสู่ตำแหน่งหัวหน้าเวร ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาล สงขลาครินทร์ จำนวน 30 คน ทั้งหมดเป็นเพศหญิง ส่วนมาก (ร้อยละ 63.3) มีช่วงอายุระหว่าง 29-32 ปี รองลงมา คือ อายุระหว่าง 25-28 ปี (ร้อยละ 30) และมากกว่า 32 ปี (ร้อยละ 6.7) ตามลำดับ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.7) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี มีผลการวิจัย ดังนี้

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ผลการศึกษา พบว่า ด้านที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการควบคุมงาน ($M = 2.70$, $SD = 0.50$) และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูงทุกกิจกรรม ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยรองลงมา และมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับสูงทุกกิจกรรมเช่นเดียวกัน คือ ด้านการบริหารบุคคลและการพัฒนา ($M = 2.57$, $SD = 0.52$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด คือ ด้านภาวะผู้นำ ($M = 2.55$, $SD = 0.51$) โดยมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาท พยาบาลหัวหน้าเวร	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติได้	ปฏิบัติ	M	SD	ระดับ
	ครบถ้วน (3)	บางส่วน (2)	ไม่ได้ (1)			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ด้านภาวะผู้นำ						
1. การใช้ความคิดเชิงบวก	24 (80)	6 (20)	-	2.80	0.41	สูง
2. การโน้มน้าว จูงใจ นำทีมให้บรรลุเป้าหมาย	13 (44.3)	17 (56.7)	-	2.43	0.50	สูง
3. การเป็นที่ปรึกษาในการเจรจาต่อรอง ไกล่เกลี่ยได้อย่างมีประสิทธิภาพ	11 (36.7)	18 (60)	1 (3.3)	2.33	0.55	ปานกลาง
4. การวิเคราะห์และตัดสินใจ แก้ปัญหา อย่างเป็นระบบ	10 (33.3)	20 (66.6)	-	2.33	0.48	ปานกลาง
5. การแก้ปัญหามีเหตุผล มีไหวพริบ	8 (26.7)	22 (73.3)	-	2.77	0.45	สูง
ด้านภาวะผู้นำ เฉลี่ยรวม				2.55	0.51	สูง
ด้านการบริหารบุคคลและการพัฒนา						
6. การมอบหมายงานให้กับสมาชิกในเวรได้ อย่างเหมาะสม	22 (73.3)	8 (26.7)	-	2.73	0.45	สูง
7. การบริหารจัดการวัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ในหอผู้ป่วยให้พร้อมใช้งาน	20 (66.7)	10 (33.3)	-	2.57	0.50	สูง

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาท พยาบาลหัวหน้าเวร	ปฏิบัติได้ ครบถ้วน (3)	ปฏิบัติได้ บางส่วน (2)	ปฏิบัติ ไม่ได้ (1)	M	SD	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
8. การบริหารจัดการความเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ	17 (56.7)	13 (43.3)	-	2.57	0.50	สูง
9. การนิเทศงานการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	17 (56.7)	13 (43.3)	-	2.57	0.50	สูง
10. การมีความมุ่งมั่นพัฒนาความรู้ความชำนาญทางเทคนิคของตนเอง	17 (56.7)	13 (43.3)	-	2.57	0.50	สูง
11. การปรับอัตรากำลังทางการพยาบาลได้เหมาะสมกับจำนวนผู้ป่วยและเมื่อมีบุคลากรลา	15 (50)	13 (43.3)	2 (6.7)	2.43	0.63	สูง
ด้านการบริหารบุคคลและการพัฒนา เฉลี่ยรวม				2.57	0.52	สูง
ด้านการควบคุมงาน						
12. การติดตาม กำกับให้มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานวิชาชีพ	24 (80)	6 (20)	-	2.80	0.41	สูง
13. การติดตาม ตรวจสอบด้านการบริหารยา	24 (80)	5 (16.7)	1 (3.3)	2.77	0.50	สูง
14. ตรวจสอบความเสี่ยง	23 (76.7)	7 (23.3)	-	2.77	0.43	สูง
15. การติดตาม กำกับทีมให้มีจริยธรรมจรรยาบรรณและซื่อสัตย์	23 (76.7)	7 (23.3)	-	2.77	0.43	สูง
16. การติดตาม ตรวจสอบความเรียบร้อยของบันทึกทางการพยาบาลให้ถูกต้อง ครบถ้วน	14 (46.7)	14 (46.7)	2 (6.7)	2.40	0.62	สูง
ด้านการควบคุมงาน เฉลี่ยรวม				2.70	0.50	สูง

หมายเหตุ. $n = 30$

2. สมรรถนะการตัดสินใจเชิงบริหารจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร ผ่านสถานการณ์สมมุติ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสมรรถนะอยู่ในระดับสูงทุกสถานการณ์ โดยสมรรถนะการตัดสินใจในการจัดการข้อร้องเรียนมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($M = 2.90$, $SD = 0.40$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สมรรถนะการตัดสินใจเชิงบริหารจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร ผ่านสถานการณ์สมมุติ

สถานการณ์	เหมาะสม ที่สุด (3)	เหมาะสม ปานกลาง (2)	เหมาะสม น้อย (1)	M	SD	ระดับ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
1. การตัดสินใจและประสานงาน	26 (86.7)	4 (13.3)	-	2.87	0.35	สูง
2. การบริหารจัดการอัตรากำลัง	20 (66.7)	6 (20.0)	4 (13.3)	2.53	0.73	สูง
3. การจัดการข้อร้องเรียน	28 (93.4)	1 (3.3)	1 (3.3)	2.90	0.40	สูง

หมายเหตุ. $n = 30$

3. ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาล หัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.33$, $SD = 0.38$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าข้อ ลักษณะของโปรแกรมที่ใช้สามารถนำไปใช้ได้จริง มีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจสูงที่สุด ส่วนข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ข้อ ลักษณะของโปรแกรมที่ใช้ช่วยลดความเครียดในการปฏิบัติงาน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของโปรแกรมพัฒนาความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL

ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม	M	SD	ระดับ
ลักษณะของโปรแกรมที่ใช้			
1. เข้าใจง่ายต่อการใช้งาน	4.27	0.58	มากที่สุด
2. นำไปใช้ได้จริง	4.40	0.56	มากที่สุด
3. ช่วยลดความเครียดในการปฏิบัติงาน	3.93	0.69	มาก
4. ทำให้เกิดการเรียนรู้เร็ว	4.23	0.63	มากที่สุด
5. ทำให้มีความรู้ เข้าใจนำมาปฏิบัติได้เร็ว	4.20	0.61	มากที่สุด
เนื้อหาประกอบโปรแกรม			
6. ทำให้เกิดพัฒนาสมรรถนะตนเอง	4.27	0.64	มากที่สุด
7. เนื้อหาครอบคลุมทำให้มีความรู้ เข้าใจได้รวดเร็ว ไม่กังวลเมื่อปฏิบัติงาน	4.13	0.57	มาก
8. จัดเรียงลำดับการใช้โปรแกรมเหมาะสมกับการฝึกปฏิบัติ	4.17	0.53	มาก

ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม	M	SD	ระดับ
ขั้นตอนการใช้โปรแกรม			
9. การประเมินผลในการปฏิบัติงานจากการใช้โปรแกรมโดยหัวหน้ามีความเหมาะสม	4.17	0.46	มาก
10. ระยะเวลาในการประเมิน ติดตามผลการใช้โปรแกรมเหมาะสม	4.13	0.51	มาก
ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมโดยรวม	4.33	0.48	มากที่สุด

การอภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL

เป็นกระบวนการจัดการเรียนรู้ เน้นให้ผู้เรียนได้ฝึกทักษะทางวิชาชีพ ผ่านการปฏิบัติจริง โดยขั้นตอนการกำหนดสมรรถนะ 3 ด้าน ได้แก่ 1) ความรู้ ความเข้าใจในงานที่ทำ 2) ทักษะในการทำงานให้บรรลุผลสำเร็จ และ 3) เจตคติ ในการทำงาน โดยบูรณาการเข้าด้วยกันเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ยศวัฒน์ คำภู, 2562) การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ฐานสมรรถนะ เป็นระบบการเรียนรู้ที่นำไปสู่กระบวนการเรียนรู้ที่ตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงในศตวรรษที่ 21 สามารถเข้าถึงการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เป็นกลไกสำคัญให้เกิดการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรม (กมลฉัตร กล่อมอ้อม, 2564) การพัฒนาบุคลากรในหน่วยงานถือเป็นบทบาทของหัวหน้าหน่วยงานในการกำหนดแนวทางการพัฒนาที่เหมาะสมกับบุคลากร และตรงตามหลักสมรรถนะในการปฏิบัติงานให้ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมตามตำแหน่ง

วิธีการพัฒนาบุคลากรที่นอกเหนือจากการอบรมมีมากมาย เช่น การฝึกทักษะปฏิบัติงาน การให้คำปรึกษาแนะนำ การเรียนรู้ด้วยตนเอง การสอนงาน การฝึกงานกับผู้เชี่ยวชาญ และการมอบหมายงาน เป็นต้น (สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม, 2564) เพื่อให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน การปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนรู้เพื่อให้สามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง และเข้าถึงเนื้อหาความรู้ที่สำคัญ และพัฒนาตนเองได้อย่างต่อเนื่อง การมีผู้ให้คำปรึกษาหรือชี้แนะในหน่วยงานก็มีส่วนสำคัญ ช่วยพัฒนาทักษะที่ได้จากการโค้ชและระบบพี่เลี้ยงจะช่วยกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดทักษะการคิด และมีความเป็นกัลยาณมิตร ทำให้มีแรงบันดาลใจในการที่จะพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นปรับเปลี่ยนการมองโลกในมุมมองเชิงบวกมากขึ้น มีทัศนคติเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้นและมีความมุ่งมั่นในการจะพัฒนาตนเอง (ศึกษา เรืองคำ, 2564) ข้อดีของการเรียนรู้ตามสมรรถนะ CBL เป็นการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองที่สามารถศึกษาเรียนรู้ได้ตลอดเวลาและนำความรู้ที่ได้มาปฏิบัติงานจริง

การสอนด้วยสื่อเทคโนโลยี สอดคล้องกับยุคสมัยในศตวรรษที่ 21 ซึ่งเป็นวิธีที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ตามความต้องการของตนเอง สอดคล้องกับยุคปัจจุบัน ที่ความรู้สามารถสืบค้นได้

ทางอินเทอร์เน็ต และวิธีการเรียนดังกล่าวยังจัดเป็นการสนับสนุนการเรียนรู้แบบที่ผู้เรียนได้ลงมือกระทำ และได้ใช้กระบวนการคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เขาได้กระทำ ซึ่งเป็นวิธีการที่ช่วยฝึกทักษะการคิดและสามารถนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ได้มากกว่าการเรียนรู้แบบที่ผู้เรียนได้รับข้อมูลจากผู้สอน (นันธิดา วัชรชัย, เสาวลักษณ์ หวังชม และอภิสริน มะโน, 2560) สอดคล้องกับการใช้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL ด้วยสถานการณ์ปัจจุบันที่ไม่เอื้อต่อการจัดอบรมบุคลากร การเรียนรู้แบบฐานสมรรถนะ โดยการเรียนรู้ด้วยตนเองจากคู่มือ การเรียนรู้ในหน้าที่ที่มีผู้ให้คำปรึกษา และการค้นคว้าเพิ่มเติมจากระบบสารสนเทศจึงเหมาะกับการนำมาพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร เพื่อใช้พัฒนาสมรรถนะพยาบาลปฏิบัติการเตรียมเข้าสู่การเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร

ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมพัฒนาส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL

โปรแกรมพัฒนาส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL ช่วยพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวร ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสามารถการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงทุกกิจกรรม โดยด้านการควบคุมงานมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบริหารบุคคลและการพัฒนา และด้านภาวะผู้นำ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากในการศึกษาในครั้งนี้ เน้นพัฒนาพยาบาลในกลุ่มที่มีประสบการณ์ตั้งแต่ 4 ปี ขึ้นไป เพราะมีความชำนาญในงานปฏิบัติการพยาบาล มีประสบการณ์ในการทำงานเพียงพอกับการเป็นผู้สอนและนิเทศทีมการพยาบาล สามารถคิดและตัดสินใจได้จากประสบการณ์จากการเรียนรู้ และการทำงาน สอดคล้องกับแนวคิดของ Benner (1984) ที่กล่าวว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในระดับประสบการณ์ 3-4 ปี สามารถเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง จัดจำประสบการณ์สามารถมองประเด็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและบริหารจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้าได้ระดับ 5-7 ปี มีความเข้าใจบริบทของงานที่รับผิดชอบสามารถวางแผนและให้การปฏิบัติงานการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม และระดับ 8-10 ปี มีความสามารถในการมองสถานการณ์ได้กว้างไกล สามารถตัดสินใจแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งให้ข้อมูลเชิงประจักษ์ว่า การใช้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับการพัฒนาพยาบาลกลุ่มที่มีประสบการณ์ 4 ปี ขึ้นไป

โปรแกรมพัฒนาส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL ช่วยพัฒนาสมรรถนะการตัดสินใจเชิงบริหารจัดการของพยาบาลหัวหน้าเวร ในการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่สามารถวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้ความรู้และประสบการณ์ผ่านสถานการณ์สมมติแสดงถึงการจัดการข้อร้องเรียนได้เหมาะสมที่สุดและมีสมรรถนะในระดับสูงเพราะการปฏิบัติงานบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรถือเป็นการบริหารงานของผู้บริหารระดับต้น ดังนั้น การได้รับการสนับสนุนให้มีการพัฒนาสมรรถนะทางการบริหารก็จะช่วยให้พยาบาลหัวหน้าเวรมีศักยภาพในการบริหารจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตามแนวคิดของ Bennis (2003) ที่กล่าวว่าหากผู้นำมีสมรรถนะการตัดสินใจที่ดี จะช่วยในการขับเคลื่อนให้เกิดคุณภาพการพยาบาล ส่งผลต่อความสำเร็จขององค์กร นอกจากนี้ผู้นำยังต้องมีสมรรถนะการบริหารจัดการและการพัฒนาคุณภาพ มีความสามารถในการเจรจาต่อรองเพื่อการ

สื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ มีสมรรถนะจรรยาบรรณวิชาชีพ จริยธรรม มีความรู้ความเข้าใจในนโยบายขององค์กร และมีทักษะการบริหารจัดการในหน่วยงาน บริหารทรัพยากร ซึ่งเป็นสมรรถนะของผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่ทุกองค์กรการพยาบาลสามารถนำไปใช้ได้ (สหัสพร ยืนบุญ, 2561)

ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL โดยรวม อยู่ในระดับมาก โปรแกรมนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยมีส่วนช่วยในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพเพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลหัวหน้าเวรได้ โดยใช้แนวทางการเรียนรู้สมรรถนะเป็นฐานที่เน้นพัฒนาผู้ปฏิบัติงานเป็นหลัก ประกอบด้วย การพัฒนาความรู้จากการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง จากคู่มือการฝึกปฏิบัติงาน และได้รับคำปรึกษาทันทีเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่เคยมีประสบการณ์ และค้นคว้าเพิ่มเติมจากระบบสารสนเทศขององค์กรสอดคล้องกับวิธีการพัฒนานุเคราะห์ (ศิริพร สิงหนตร, จรวยพร ใจสิทธิ์, และวิชา เห็นแก้ว, 2560) การใช้สมรรถนะเป็นฐานมาประยุกต์ใช้พัฒนาสมรรถนะเพื่อส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรได้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างจากการจัดอบรม ภายหลังจากอบรม มีระดับความสามารถในการปฏิบัติงานด้านบริหารการพยาบาลสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ปราณี ธนพงศ์เดช, 2552) การพัฒนาแบบสมรรถนะเป็นฐานที่เน้นการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเองจึงมีความเหมาะสมในเรื่องของการลดเวลาและค่าใช้จ่ายแต่ผลลัพธ์ที่ได้ไม่มีความแตกต่างกัน

ผลลัพธ์จากการนำโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรมาใช้ในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลปฏิบัติการที่เตรียมเข้าสู่พยาบาลหัวหน้าเวร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมบทบาทหัวหน้าเวรในภาพรวมจัดอยู่ในระดับสูง และมีความพึงพอใจโดยรวมต่อโปรแกรมในระดับมากที่สุด แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าถึงแม้การพัฒนาความสามารถด้านภาวะผู้นำจะแปลผลอยู่ในระดับสูง แต่เป็นด้านที่ได้ค่าเฉลี่ยคะแนนน้อยที่สุด จึงต้องมีการพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมการพัฒนาภาวะผู้นำ ส่วนการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมในข้อการช่วยลดความเครียดในการปฏิบัติงานมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจน้อยที่สุด แสดงให้เห็นว่าถึงแม้จะมีการเตรียมความรู้ก่อนปฏิบัติงานจริงและมีการให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา แต่พยาบาลหัวหน้าเวรยังคงเกิดความเครียดได้ เมื่อต้องเผชิญกับปัญหาและอุปสรรคขณะปฏิบัติงาน การฝึกปฏิบัติงานจริงโดยมีรุ่นพี่ให้คำปรึกษาในช่วงของการฝึก จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะทำให้พยาบาลหัวหน้าเวรเกิดความมั่นใจมากขึ้นและช่วยลดความเครียดได้

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ เป็นโปรแกรมที่สามารถพัฒนาพยาบาลให้มีความสามารถในการปฏิบัติงานหัวหน้าเวรด้านการควบคุมงานมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง รองลงมาคือ ด้านบริหารบุคคลและการพัฒนา และด้านภาวะผู้นำ ช่วยให้มีสมรรถนะด้านการตัดสินใจในการจัดการข้อร้องเรียนมากที่สุดและอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือมีสมรรถนะด้านการตัดสินใจและประสานงาน และการบริหารอัตรากำลังตามลำดับ รวมทั้งเป็นโปรแกรมที่ได้รับความพึงพอใจในภาพรวมในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการบริหาร

1. ผู้บริหารสามารถนำโปรแกรมไปใช้ในการส่งเสริมความสามารถพยาบาลปฏิบัติการที่มีประสบการณ์อายุงานตั้งแต่ 4 ปี ขึ้นไป เพื่อเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวรแทนการจัดอบรมได้จริง

2. โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จะช่วยทำให้การพัฒนาวิชาชีพทางเดียวกันเกิดเป็นมาตรฐานในการเตรียมพร้อมในการปฏิบัติงานพยาบาลหัวหน้าเวร

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ศึกษาแบบเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมที่ใช้รูปแบบการเตรียมพยาบาลหัวหน้าเวรตามปกติ และกลุ่มทดลองที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL

2. ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรตามแนวคิด CBL โดยประเมินผลลัพธ์จากการปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารทุกท่าน หัวหน้าหอผู้ป่วย และบุคลากรพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ที่เต็มใจในการเป็นผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณค่าสำหรับการวิจัย ขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่สนับสนุนงบประมาณบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กมลฉัตร กล่อมอิม. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้ฐานสมรรถนะประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชานบนพื้นฐานอัตลักษณ์พื้นถิ่น เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะวิทยาการจัดการเรียนรู้สำหรับนักศึกษาวิชาชีพครู. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 9(6), 2554-2569. สืบค้นจาก <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/%20journal-peace/article/view/250586/170702>
- จิรัชยา เหล่าเขตร์กิจ. (2561). *ปัจจัยทำนายความสามารถในการตัดสินใจของพยาบาลหัวหน้าเวร* โรงพยาบาลเอกชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ชมพูนุท ทิพย์ฝัน, บุญพิชชา จิตต์ภักดี, และผ่องศรี เกียรติเลิศสนา. (2557). การพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวร. *วารสารพยาบาลสาร*, 41(1), 145-157.
- นันธิดา วัณณิม, เสาวลักษณ์ หวังชม, และอภิสริน มะโน. (2560). การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลโดยใช้การเรียนรู้ด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*, 33(30), 147-151. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnbangkok/article/download/120119/91774/>

- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2550). *ระเบียบการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปราณี มีหาญพงษ์, และกรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. (2561). การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(1), 10-13. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JRTAN/article/view/121885>
- ปราณี ธนพงศ์เดชะ. (2552). *การพัฒนารูปแบบการเตรียมผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดขอนแก่น* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้ออกพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น
- ภัทรารัตน์ ตันนกิจ. (2562). การศึกษาสมรรถนะพยาบาลหัวหน้าเวร ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง. *วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์*, 15(1), 18-20. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JCP/article/view/202837/141483>
- ยศวินน์ คำภู. (2562). *การพัฒนาครูในการจัดการเรียนรู้แบบฐานสมรรถนะโดยใช้โครงงานเป็นฐานวิทยาลัยการอาชีพพรหมานิกม สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการอาชีวศึกษา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้ออกพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร, สกลนคร.
- วราภรณ์ เจริญบุญ, ปรานค์ทิพย์ อุจะรัตน์, และกรรณิการ์ สุวรรณโคตร. (2559). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการเป็นพยาบาลหัวหน้าเวรในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา*, 10(2), 111-124. สืบค้นจาก http://journal.nmc.ac.th/th/admin/Journal/2559Vol10No2_666.pdf
- วิภาวรรณ บัวสรวง, และสุชาดา รัชชกุล. (2551). บทบาทหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐที่พึงประสงค์ในทศวรรษหน้า (พ.ศ. 2551-2560). *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 2(พิเศษ), 29-40.
- ศิริพร สิงหนตร, จรวยพร ใจสิทธิ์, และวิชา เห็นแก้ว. (2560). ภาวะผู้นำทางการพยาบาลในศตวรรษที่ 21. *วารสารนเรศวรพะเยา*, 10(1), 18-20. สืบค้นจาก <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/journalup/article/view/85069/67757>
- ศึกษา เรืองคำ. (2564). การพัฒนาการอ่านเพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองในยุคดิจิทัล. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 21(1), 32-50. สืบค้นจาก <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/eduthu/article/view/245652/168606>
- สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม. (2564). *แนวทางการพัฒนานุคลากรและแผนพัฒนารายบุคคล*. สืบค้นจาก <https://jor7.coj.go.th/th/file/get/file/20211109f6c86cfcf18656e3224e2cb432dac7fd150032.pdf>

สหัสพร ยืนบุญ. (2561). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้อัพโหลด). มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม

สหัสพร ยืนบุญ, เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, และกรรณิการ์ จัตรดอกไม้ไพร. (2562). ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้น ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง. *วารสารพยาบาลสาร*, 46(2), 152-163. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cm nursing/article/view/197354/137314>

อาภรณ์ ภูวิทย์พันธ์. (2559). การพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากรบนพื้นฐาน 70:20:10 Learning Model. กรุงเทพฯ: เอช อาร์เซ็นเตอร์

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Bennis, W. (2003). *Natural resource conservation service-social science team*. New York: Harper & Row.

Shandler, D. (2000). *Competency and the learning organization*. Menlo Park, CA: Crisp Publications.

การพัฒนาแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทางพีพีซีอีเพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยา สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

ไพเราะ พ่อน้อย, พว.^{1*}

ปรัชญานันท์ เทียงจรรยา, ประ.ด.²

ศศิธร ลายเมฆ, ประ.ด.²

(วันที่ส่งบทความ: 20 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 24 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 24 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

พยาบาลใหม่มีความรู้และประสบการณ์ด้านยาของผู้สูงอายุไม่เพียงพอ จำเป็นต้องมีการสอนงานที่ดี การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทางการโค้ชพีพีซีอีเพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และเพื่อประเมินผลการสอนงาน เลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยแบบเจาะจง ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพอายุงานน้อยกว่า 3 ปี 20 คน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ 5 คน เก็บข้อมูลด้วย 1) แนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง 2) แบบประเมินคู่มือ 3) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 4) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนงาน และ 5) แบบสอบถามความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .95, 1.00, .96, .87, และ 1.0 ตามลำดับ ส่วนเครื่องมือชุดที่ 4 (18 ข้อ) และ 5 (10 ข้อ) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .92 และ .68 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่แบ่งเป็น 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 2) ระยะการพัฒนาคู่มือและแนวคิดที่ชื่อว่า *ELDER MED model* 3) ระยะปฏิบัติการสอนงานตามแนวทางการโค้ชพีพีซีอี ได้แก่ ระยะเตรียมการ วางแผน ปฏิบัติการสอนงาน และประเมินผล และ 4) ระยะประเมินผลการสอนงาน ในภาพรวมพยาบาลใหม่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนงานในระดับมาก ($M = 4.49$, $SD = 0.55$) และมีความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุสูงหลังการเข้าร่วมโครงการ ($M = 4.22$, $SD = 0.55$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($M = 3.65$, $SD = 0.76$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(19) = 15.158$, $p < .001$, $d = .57$) ดังนั้นผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำแนวทางการโค้ชพีพีซีอี มาใช้ในการสอนงานพยาบาลใหม่ให้สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

คำสำคัญ: รูปแบบการสอนงานพีพีซีอี, พยาบาลใหม่, ความรอบรู้ด้านยา, ผู้ป่วยสูงอายุ

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

* ผู้ประพันธ์บทความ: ไพเราะ พ่อน้อย, อีเมล: phairor.p@psu.ac.th

Development of Coaching Model using the PPCE Process with New Nurses to Enhance Drug Literacy for Elderly Patients

Phairoh Phonui, RN^{1*}

Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.²

Sasithorn Laimak, Ph.D.²

(Received: May 20th, 2022; Revised: June 24th, 2022; Accepted: June 24th, 2022)

Abstract

New nurses don't have enough knowledge of and experience in drug literacy for elderly patients, therefore further training is required. This action research aimed to develop a new coaching program for new nurses using the PPCE teaching concept to enhance drug literacy for elderly patients and to evaluate the teaching program. Twenty registered nurses who had less than three years working experience and five elder caregivers were purposefully recruited. Data were collected using 1) a semi-structured interview, 2) a teaching manual assessment questionnaire, 3) a general information record form, 4) a teaching satisfaction questionnaire, and 5) a confidence assessment in teaching drug literacy to elderly patients. They were validated by three experts and their content validity indexes (CVIs) were .95, 1.0, .96, .87 and 1.0, respectively. Cronbach's alphas for the 4th (18 items) and 5th (10 items) questionnaires were = .92 and .68, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and dependent t-test. The results found that the development of the coaching program was divided into 1) a situation analysis phase, 2) an ELDER MED model development phase, 3) a teaching practice phase using the PPCE processes, which included preparation, planning, coaching, and evaluating phases, and 4) a teaching evaluation phase. The overall satisfaction of the new nurses toward the coaching program was at a high level ($M = 4.49$, $SD = 0.55$). Their confidence about teaching drug literacy to elderly patients after using the PPCE teaching process ($M = 4.22$, $SD = 0.55$) significantly higher than before ($M = 3.65$, $SD = 0.76$, $t(19) = 15.158$, $p < .001$, $d = .57$). Therefore, nurse administrators can use the PPCE teaching program for coaching new nurses to increase confidence in teaching drug literacy to elderly patients.

Keywords: The PPCE coaching model registered nurse, drug literacy, elderly patients

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: Phairoh Phonui, E-mail: phairor.p@psu.ac.th

บทนำ

องค์ประกอบสำคัญที่สุดในการพัฒนาองค์กร คือการพัฒนาบุคลากร ซึ่งเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สำคัญในการสร้างผลลัพธ์ การพัฒนาบุคลากร คือการเพิ่มประสิทธิภาพด้านความรู้ ทักษะ ความชำนาญในการทำงาน การปรับเปลี่ยนความคิด และพฤติกรรม การแก้ปัญหา และมีการเปลี่ยนแปลงดีขึ้น การพัฒนาบุคลากรมีหลายรูปแบบ ผู้บริหารต้องวิเคราะห์ความต้องการในการฝึกอบรมบุคลากร โดยศึกษาความรู้และทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานตามหน้าที่ความรับผิดชอบ (Marquis & Huston, 2017) วิชาชีพพยาบาลเป็นองค์กรใหญ่ของระบบบริการสุขภาพ มีบทบาท 4 มิติหลักของการบริการ คือ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู และมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชน พยาบาลจึงต้องมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (พิชญากร ศรีปะโคม, 2557) และสอดคล้องกับความจำเป็นขององค์กรและความต้องการด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์กำลังคนในวิชาชีพพยาบาลกับช่วงวัยในการทำงาน พบว่า พยาบาลที่มีอายุงานสูงสุด คือ พยาบาลกลุ่มที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2489-2507 (Baby boomers) และกลุ่มที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2508-2522 (Generation X) ซึ่งมีอายุงานมากกว่า 20 ปี และกำลังจะเกษียณจากงานในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า อัตราากำลังที่จะทดแทนกลุ่มช่วงวัยดังกล่าว และเป็นกลุ่มใหญ่ คือ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่เพิ่งสำเร็จการศึกษา และมีอายุอยู่ในช่วงวัยที่เกิดปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นไป (Generation Z) ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญของระบบสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในอนาคต ความสามารถที่โดดเด่นของช่วงวัยนี้ คือทักษะการใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย มีการเรียนรู้รวดเร็ว มีความเป็นตัวของตัวเองสูงแต่อดทนต่ำ ต้องการความเข้าใจ มีความกังวลต่ออนาคตและกลัวความเสี่ยง (อนุชา ไทยวงษ์ และบุญพิชชา จิตตภักดิ์, 2564) อย่างไรก็ตามในการพัฒนาความสามารถเชิงวิชาชีพของพยาบาลกลุ่มนี้ยังมีความจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องตามบันไดวิชาชีพของ Benner (1984) ซึ่งมี 5 ระดับ คือ ระดับฝึกหัด (Novice) ระดับเริ่มต้นสู่ความก้าวหน้า (Advance beginner) ระดับผู้ที่มีความสามารถ (Competent) ระดับผู้คล่องงาน (Proficient) และระดับผู้มีความเชี่ยวชาญ (Expert) การพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานได้อย่างเต็มกำลังความสามารถ และพัฒนาบริการพยาบาลที่มีคุณภาพ

การสอนงานเป็นบทบาทสำคัญของหัวหน้าหรือผู้ป่วยในฐานะผู้บริหารระดับต้นเพื่อพัฒนาสมรรถนะ และความสามารถในการทำงานของพยาบาลใหม่ การสอนงานที่มีประสิทธิภาพ ผู้ถูกสอนงานสามารถนำความรู้ไปใช้ได้ถูกต้อง มีสัมพันธภาพที่ดี จึงจำเป็นต้องมีการออกแบบหรือเลือกใช้รูปแบบการสอนที่เหมาะสม วิธีการพัฒนามีหลายวิธี เช่น การปฐมนิเทศ การฝึกอบรม และการสอนงาน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม วิธีการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรที่ได้รับการยอมรับในปัจจุบันว่ามีประสิทธิผล คือ การสอนงาน (อภิรดี นันทสุภวัฒน์, 2560) การสอนงานจะทำให้ผู้ถูกสอนมีความรู้ ความเข้าใจในงาน มีความสามารถในการให้บริการอย่างมีคุณภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทุกกลุ่มเป้าหมาย และเพื่อการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง การสอนงานเป็นภารกิจที่ผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีส่วนผลักดันให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด (Robbins & Coulter, 2005)

การสอนงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีผลการปฏิบัติงานดีขึ้น และสัมพันธภาพระหว่างทีมการพยาบาลดีขึ้น (สุมลา พรหมมา, 2559) การสอนงานอย่างเป็นระบบช่วยให้พยาบาลใหม่มีความมั่นใจในการทำงาน มีความสุข มีความภูมิใจในงาน และช่วยให้พยาบาลต้องการทำงานในหน่วยงานต่อไป (กฤตยา แดงสุวรรณ, ขกษาพร ฟองสุวรรณ, และกฤษฎี กมลมาตยกุล, 2558) การสอนงานด้วยรูปแบบพีพีซีอี (PPCE) ซึ่งพัฒนาโดย ธัญพร ชื่นกลิ่น และวัชรรา เล่าเรียนดี (2555) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ (Preparing phase [P]) ระยะวางแผน (Planning phase [P]) ระยะปฏิบัติการสอนงาน (Coaching phase [C]) และระยะประเมินผลการสอนงาน (Evaluating phase [E]) ผลการวิจัยพบว่าผู้ทำหน้าที่สอนงานมีความสามารถในการสอนงานอยู่ในระดับสูงมากและนักศึกษาพยาบาลมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการสอนงานรูปแบบ PPCE เป็นกระบวนการพัฒนาที่ผสมผสานการให้ความรู้ การบรรยาย การฝึกปฏิบัติร่วมกับให้การช่วยเหลือ การส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองจากเพื่อน ผู้ทำหน้าที่สอนงาน การใช้เทคนิคตั้งคำถามกระตุ้นการคิด

การสอนงานพยาบาลใหม่ที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยอายุรกรรม คือ การสอนงานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากโครงสร้างของประชากรประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านสุขภาพจึงเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2564) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคร่วมหลายชนิด สาเหตุเกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย ความสามารถในการรับรู้ ความคิด ความจำ และการมองเห็นลดลง จึงจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องระยะยาว จนเกิดผลกระทบจากการใช้ยา (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการใช้ยาผิด และเกิดปัญหาการใช้ยาได้ (จิรียา กนิพันธุ์, หยาตหยด ปาริชาติ, และลิลิตศิริ ทรัพย์จันทร์, 2564) พยาบาลใหม่ที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุมีบทบาทสำคัญในการป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้ป่วยสูงอายุ จึงจำเป็นต้องมีความรอบรู้เกี่ยวกับยาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อช่วยให้สามารถใช้ยาได้อย่างเหมาะสม และปลอดภัย (กฤษณาพร ทิพย์กาญจน์เรขา และลำลี สาลีกุล, 2562) ความรอบรู้เกี่ยวกับยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุต้องใช้ประสบการณ์ในการเรียนรู้แต่ความรู้ ความสามารถและทักษะการปฏิบัติงานสามารถพัฒนาได้ (ประกายรุ่ง ดันทัพไทย และชนิษฐา วรธงชัย, 2563)

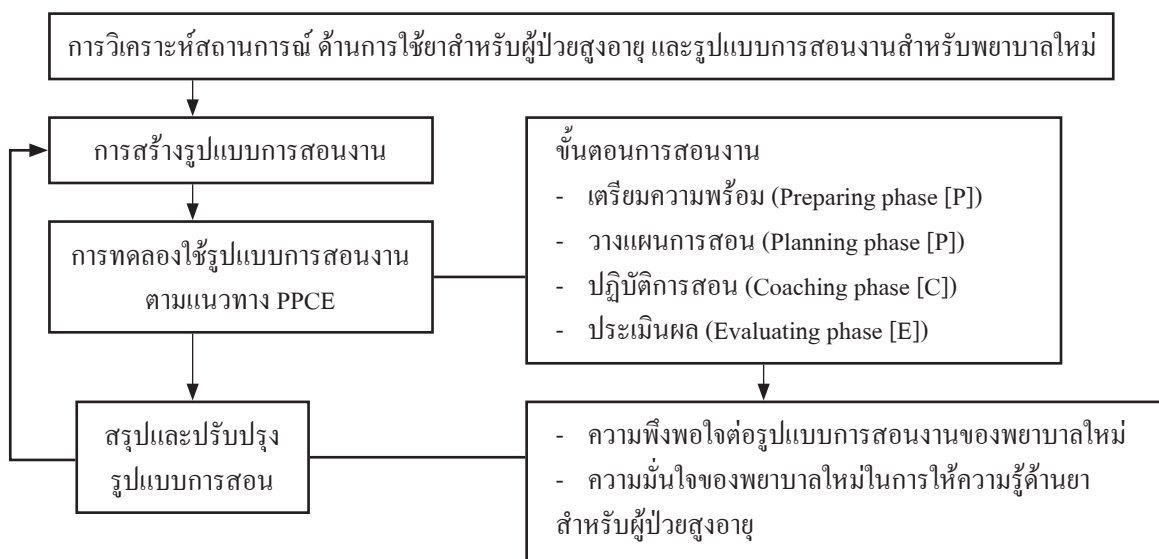
หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และอายุรกรรมหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ได้รับพยาบาลจบการศึกษาใหม่ทุกปี ๆ ละ 4-6 คน ซึ่งขาดประสบการณ์ ขาดทักษะ และความมั่นใจในการปฏิบัติงาน จากการทบทวนงานวิจัยต่าง ๆ พบว่ายังไม่มีการจัดทำรูปแบบที่เหมาะสมในการสอนงานพยาบาลใหม่เกี่ยวกับความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และหน่วยงานยังไม่มีระบบการสอนเรื่องยาของผู้สูงอายุ จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารระดับต้น จึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่เกี่ยวกับความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุตามรูปแบบ PPCE โดยคาดหวังให้พยาบาลใหม่ที่ได้รับโปรแกรมการสอนงานมีความพึงพอใจ และมีความมั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปสอน และให้คำแนะนำด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุให้มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง และปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ ตามแนวทาง PPCE เพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ
2. เพื่อประเมินความพึงพอใจ และความมั่นใจต่อการนำรูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทาง PPCE ที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตามการรับรู้ของพยาบาลใหม่

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอน ร่วมกับการสอนงานตามรูปแบบ PPCE ของ รัญพร ชื่นกลิ่น และวัชรวิภา เล่าเรียนดี (2555) โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบเทคนิค (Technical action research) เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ด้านการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ และรูปแบบการสอนงานสำหรับพยาบาลใหม่ คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เลือกกลุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย อาจารย์อายุรแพทย์ผู้มีความเชี่ยวชาญในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ 1 คน เภสัชกรที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม 1 คน พยาบาลวิชาชีพจบปริญญาโทด้านผู้สูงอายุ 1 คน และ พยาบาลวิชาชีพอายุงานน้อยกว่า 3 ปี 2 คน รวมจำนวน 5 คน

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ร่วมพัฒนารูปแบบการสอนงานคือ พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาใหม่ เลือกแบบเจาะจง โดยพิจารณาจาก เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และอายุรกรรมหญิง มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 3 ปี จำนวน 21 คน ในระหว่างศึกษามีผู้เข้าร่วมการวิจัยไปปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยเฝ้าระวังและสอบสวนโรค (Patient under investigation [PUI]) 1 คน จึงเหลือผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 20 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัสโครงการ REC.64-114-19-9 ลงวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2564) เมื่อได้รับการรับรอง ผู้วิจัยส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ และผู้ช่วยวิจัยเข้าพบผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยละเอียด ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานใด ๆ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 แนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง จำนวน 5 ข้อ ครอบคลุมเรื่องปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ และรูปแบบการสอนงานสำหรับพยาบาลใหม่ ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น “ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ มีข้อห่วงใยหรือกังวลเรื่องการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุในปัจจุบันอย่างไรบ้าง” และ “บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมความรู้ด้านยาให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ มีอะไรบ้าง” เป็นต้น

1.2 แบบประเมินความเหมาะสมของคู่มือ จำนวน 8 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความถูกต้องตามหลักวิชาการและการใช้ภาษา จำนวน 3 ข้อ ความครอบคลุมของเนื้อหา จำนวน 3 ข้อ และความชัดเจนของเนื้อหาและการจัดภาพประกอบ จำนวน 2 ข้อ

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ข้อ มีลักษณะการตอบแบบเลือกตอบ เช่น ประสบการณ์การทำงาน การอบรมเกี่ยวกับการบริหารยา การเข้าร่วมประชุมวิชาการหรืออบรมเกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ การค้นคว้าหรือเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เป็นต้น

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการสอนงาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีข้อคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านผู้สอน 6 ข้อ ด้านเนื้อหา 5 ข้อ และด้านขั้นตอนการสอน 7 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นแบบลิเคิร์ต สเกล (Likert scales) 5 ระดับ มีช่วงคะแนนจาก 1 (พึงพอใจน้อยที่สุด) ถึง 5 (พึงพอใจมากที่สุด) โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยทั้งรายด้าน และโดยรวม เพื่อจัดระดับ ตามเกณฑ์ของบุญชม

ศรีสะเกษ (2553) ดังนี้ พึ่งพอใจน้อยที่สุด ($M = 1.00 - 1.50$) พึ่งพอใจน้อย ($M = 1.51 - 2.50$) พึ่งพอใจปานกลาง ($M = 2.51 - 3.50$) พึ่งพอใจมาก ($M = 3.51 - 4.50$) และ พึ่งพอใจมากที่สุด ($M = 4.51 - 5.00$)

2.3. แบบสอบถามความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ตัวเลือกตอบเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ มีช่วงคะแนนจาก 1 (*ไม่มีความมั่นใจ*) ถึง 5 (*มั่นใจมากที่สุด*) โดยมีเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยทั้งรายด้าน และโดยรวม เพื่อจัดระดับ ตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2553) ดังนี้ *ไม่มีความมั่นใจ* ($M = 1.00 - 1.50$) *มั่นใจน้อย* ($M = 1.51 - 2.50$) *มั่นใจปานกลาง* ($M = 2.51 - 3.50$) *มั่นใจมาก* ($M = 3.51 - 4.50$) และ *มั่นใจมากที่สุด* ($M = 4.51 - 5.00$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือทั้งหมดผ่านการตรวจสอบความตรงเฉพาะหน้าเพื่อดูความครอบคลุม ความชัดเจน และความเหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ 1) ผู้บริหารฝ่ายพัฒนากุศลการฝ่ายบริการพยาบาล 2) ผู้บริหารด้านระบบยาฝ่ายบริการพยาบาล และ 3) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การสร้างเครื่องมือวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้คำแนะนำเรื่องการปรับภาษาให้เข้าใจง่าย ผลการตรวจสอบเครื่องมือ ดังนี้ แนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ 1.0 แบบประเมินความเหมาะสมของคู่มือการสอนงานมีค่า CVI เท่ากับ .96 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีค่า CVI เท่ากับ .95 แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการสอนงานมีค่า CVI เท่ากับ .87 และแบบสอบถามความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุมีค่า CVI เท่ากับ 1.0

การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ จากการที่ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจ และแบบสอบถามความมั่นใจ ไปทดลองใช้กับพยาบาลใหม่ในแผนกศัลยกรรม จำนวน 20 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .92 และ .68 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้นัดผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย โดยแบ่งตามขั้นตอนของกระบวนการวิจัย ดังนี้

1. ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ โดยการสัมภาษณ์ประชากรเป้าหมาย ใช้ระยะเวลาการสัมภาษณ์ต่อราย 30 - 50 นาที ขณะสัมภาษณ์มีการบันทึกเสียง
2. ระยะพัฒนาคู่มือและรูปแบบการสอน ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนเอกสารและการสัมภาษณ์ประชากรเป้าหมายมาสรุปและวิเคราะห์ แล้วจัดทำคู่มือการให้ยาในผู้ป่วยสูงอายุสำหรับพยาบาลใหม่ ออกแบบการสอนโดยใช้วิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับพยาบาลใหม่ในยุคดิจิทัล และชุดเนื้อหาการสอนเรื่องยาผู้สูงอายุ ชื่อ ELDER MED model ประกอบด้วยข้อมูลเนื้อหาของกรณีศึกษา 3 ราย ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหัวใจที่รับประทานยาละลายลิ่มเลือด ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดยาอินซูลิน (Insulin) และผู้ป่วยไตวายมีความดันโลหิตสูงที่รับประทานยาโรคไตและยาลดความดันโลหิต และสื่อวิดีโอ 3 เรื่อง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลง

ของผู้สูงอายุ ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุ และเทคนิคการสอนกลับ (Teach back method) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของร่างคู่มือและชุดเนื้อหาการสอน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ร่วมกับการใช้แบบประเมินความเหมาะสมของคู่มือ และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

3. ระยะปฏิบัติการสอนงาน หลังจากหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาลอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว มีการปฏิบัติดังนี้

3.1 ผู้วิจัยได้รับสมัครผู้ช่วยวิจัย 2 คน ที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ และเป็นพยาบาลแกนนำระบบยาของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัย และสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ ผู้ช่วยวิจัยมีหน้าที่อำนวยความสะดวกในการประสานงานกับผู้เข้าร่วมการวิจัย

3.2 ผู้วิจัยได้พบผู้เข้าร่วมการวิจัยตามวันเวลาที่นัดหมายเพื่อ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดโครงการ และการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทำแบบสอบถามความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุก่อนปฏิบัติการสอนงาน ใช้เวลา 5 นาที และชี้แจงการสอนงานตามรูปแบบ PPCE ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

3.2.1 ระยะเตรียมความพร้อมด้านสอน (Preparing phase [P]) ผู้วิจัยจัดทำสื่อการสอน ผู้ช่วยวิจัยการประสานงานกับผู้เข้าร่วมการวิจัย และกำหนดวันสอนงานกับพยาบาลใหม่

3.2.2 ระยะวางแผนการสอน (Planning phase [P]) ร่วมวางแผนการสอนด้านการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุกับพยาบาลใหม่ ในการเตรียมพร้อมก่อนเข้าร่วมในระยะปฏิบัติการสอนงาน

3.2.3 ระยะปฏิบัติการสอน (Coaching phase [C]) ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยการสอนผู้เข้าร่วมการวิจัย 2 ครั้ง ๆ ละ 10 คน ระยะเวลา 3 ชั่วโมง โดยใช้แผนการสอน และสื่อการสอน คลิปวิดีโอที่ได้เตรียมไว้ คู่มือการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ และชุดเนื้อหาการสอน ELDER MED model ผู้สอนงานและพยาบาลใหม่ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้ยา และการนำเทคนิคที่ได้เรียนรู้ไปสอนผู้ป่วยสูงอายุ

3.2.4 ระยะประเมินผล (Evaluating phase [E]) ผู้เข้าร่วมการวิจัยนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับในระยะปฏิบัติการสอนงานไปพัฒนาตนเอง และกำหนดให้นำคู่มือการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ และชุดเนื้อหาการสอนเรื่องยาผู้สูงอายุ ชื่อ ELDER MED model ไปใช้ในการสอนผู้ป่วยสูงอายุ พร้อมสรุปและปรับปรุงรูปแบบการสอน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์

4. ระยะประเมินผล หลังสิ้นสุดระยะปฏิบัติการสอนงานตามรูปแบบ PPCE และผู้เข้าร่วมการวิจัยสิ้นสุดการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ผู้ช่วยวิจัยรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการสอนงาน ใช้เวลา 5 นาที และแบบสอบถามความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุหลังปฏิบัติการสอนงาน ใช้เวลา 5 นาที ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามส่งคืนผู้วิจัยเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ ใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปมาวิเคราะห์ใจความหลัก โดยการลงรหัส จัดหมวดหมู่ แล้วนำมาหาแก่นของสาระ สังเคราะห์ประเด็นสำคัญ เพื่อจัดทำคู่มือการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุสำหรับพยาบาลใหม่ และชุดเนื้อหาการสอนเรื่องยาผู้สูงอายุ ชื่อ ELDER MED model

2. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความพึงพอใจต่อการสอนงาน และความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูลความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลใหม่ ก่อนและหลังการสอน พบว่าอยู่ในระดับอันตรายมากขึ้นและแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลโดยใช้สถิติเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Dependent t – test)

ผลการวิจัย

การรายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ ตามวัตถุประสงค์การวิจัย คือ 1) ระยะพัฒนารูปแบบการสอนงาน ได้แก่ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะพัฒนาคู่มือและรูปแบบการสอน ระยะปฏิบัติการสอนงานตามแนวทาง PPCE และ 2) ระยะประเมินผลการสอนงาน โดยประเมินความพึงพอใจ และความมั่นใจในการสอนงาน มีรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวิเคราะห์สถานการณ์

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์จากการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ปัญหาในการใช้ยาของผู้สูงอายุและข้อจำกัดในการใช้ยา ได้แก่ สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุ สายตามองเห็นไม่ชัด ความจำ การหลงลืม ดังข้อมูล “ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ก็จะทานยาไม่ถูก สายตาไม่ดีบ้าง มองไม่เห็นบ้าง ใช้ความจำในการที่จะทานยาเหล่านั้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) ผู้สูงอายุขาดความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็น ความสำคัญในการใช้ยา การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้ไม่รู้วิธีการจัดการอาการที่เกิดจากการใช้ยา ดังข้อมูล “คุณยายคนหนึ่งถ่ายคำจากการกินยารวาร์ฟาริน รู้ว่าผิดปกติแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร ทำให้ดีเลย์ (delay) การมาโรงพยาบาล” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

2. ข้อมูลที่ผู้ป่วยสูงอายุต้องทราบเพื่อให้มีความปลอดภัยในการใช้ยา ได้แก่ ข้อมูลการเจ็บป่วยของตนเอง วัตถุประสงค์ของการใช้ยา วิธีการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา ดังข้อมูล “คนไข้ก็ควรจะต้องรู้ว่ากินยาอะไร อาจมีแพ้ยาได้ ก็ต้องสังเกตได้ ปัญหาที่เจอจริง ๆ ก็คือไม่รู้ว่าจะกินยาไปทำไม” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1) ผู้สูงอายุต้องอ่านฉลากยาได้ ใช้ยาถูกต้องตามฉลากยา ดังข้อมูล “ขั้นต่ำที่ต้องรู้คือกินยาตามหมอสั่งได้ถูกต้อง อย่างน้อยหลัก 5 R” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2) และการนำยามาทุกครั้งเมื่อมาพบแพทย์ การตรวจสอบวันหมดอายุของยา การสังเกตลักษณะยาที่เสื่อมทางกายภาพได้

3. เทคนิควิธีการในการสอนให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าใจถูกต้อง คือการสอนให้เห็นตัวยาที่ใช้จริง สอนเทคนิคการสังเกตตัวเอง การสร้างการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงของผู้ป่วย การรู้พื้นฐานผู้ป่วย ค้นหาปัญหาในการใช้ยา สอบถามการใช้ยาเดิม ดังข้อมูล “ต้องเอายามาอธิบายให้เห็น บางครั้งหมอปรับความแรง ซ้อมันเหมือนกันนะ แต่เม็ดยาขนาดไม่เท่ากัน ห้ามไปกินซ้อนกัน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

4. ปัญหา อุปสรรคของพยาบาลใหม่ พบว่ามีความรู้ด้านการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยอายุไม่เพียงพอ ขาดทักษะการสอนที่เฉพาะกับผู้ป่วยสูงอายุ สอนเหมือนผู้ป่วยทั่วไป ไม่เข้าใจในรูปแบบวิธีการสอน ผู้ป่วยสูงอายุ ไม่มีความมั่นใจในการให้ข้อมูล ดังข้อมูล “หนูก็เกร็ง ๆ เวลาไปอธิบายยาคนไข้ แล้วถูกญาติถามข้อมูลยาทีละเอียด ก็ตอบไม่ได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

5. บทบาทของพยาบาลใหม่ที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มยาที่สำคัญยาที่มีความเสี่ยงสูง และภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา เทคนิคการสอนผู้สูงอายุโดยการสอนซ้ำ ๆ และการทำให้ดู สอนให้ผู้ป่วยฝึกอ่านฉลากหน้าซองยา อธิบายชัดเจน และการให้ผู้ป่วยทวนซ้ำ เพื่อตรวจสอบความเข้าใจของผู้ป่วย ใช้เทคนิคในการสื่อสารที่ง่ายต่อการเข้าใจ และให้คู่มือการใช้ยาที่สำคัญแก่ผู้ป่วย ดังข้อมูล “เราก็สอนน้อง ตอนที่น้องจะไปถ่ายทอมน้องต้องมีแพทเทิร์น (Pattern [รูปแบบ]) ให้เขา ต้องมีคู่มือ เหมือนเป็นเมนู (Menu) เลยว่าต้องแนะนำอะไร 1, 2, 3...” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาคู่มือและรูปแบบการสอน

จากผลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 บุคลากรร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเอกสารวิชาการ แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัย นำสู่การพัฒนาเนื้อหาของคู่มือประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการใช้ยา ปัญหาการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มยาที่ใช้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ วิธีการสื่อสารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุ และบทบาทพยาบาลในการสร้างความรอบรู้ด้านยาให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ผลการประเมินโดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของคู่มือการสอนงาน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน พบว่า คู่มือมีความถูกต้องตามหลักวิชาการและการใช้ภาษา และได้รับข้อเสนอแนะปรับปรุงในบางประเด็น ได้แก่ การปรับภาษาให้ง่ายต่อการเข้าใจ และควรเพิ่มภาพประกอบ ที่สื่อให้เข้าใจเนื้อหาและมองเห็นภาพได้ชัดเจน ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และได้คู่มือการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุสำหรับพยาบาลใหม่ และชุดเนื้อหาการสอนเรื่องยาผู้ป่วยสูงอายุ ชื่อ ELDER MED model ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ELDER MED model

องค์ประกอบ	ความหมาย
E: Environment	การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ เลือกช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการเรียนรู้
L: Learning elderly competency	เรียนรู้ เข้าใจข้อจำกัด ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ความสัมพันธ์ด้านร่างกายที่มีผลต่อการใช้ยา
D: Disease	ความรู้เรื่องโรคที่ผู้ป่วยเป็น และกลุ่มยาที่ใช้รักษา

องค์ประกอบ	ความหมาย
E: Evaluation	การประเมินปัญหาในการใช้ยาของผู้สูงอายุ การซักประวัติการใช้ยา ความรู้เบื้องต้นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการบริหารยาด้วยตนเอง
R: Respect	การเคารพในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยสูงอายุ การให้เกียรติ การใช้คำสรรพนามเรียกผู้ป่วย เช่น คุณ
M: Medication	การใช้ยาตามหลัก 5 R ถูกคน ถูกชนิดยา ถูกขนาดยา ถูกทาง และถูกเวลา
E: Exchange	การแลกเปลี่ยนข้อมูล ให้ผู้ป่วยทวนซ้ำหลังจากการให้ข้อมูลด้านยา โดยมีการสื่อสารชัดเจน
D: Decision making	การตัดสินใจในการจัดการอาการได้ถูกต้องเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา

ระยะที่ 3 การปฏิบัติในการสอนงานตามแนวทาง PPCE

ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่เป็นพยาบาลใหม่ในระยนี้ ทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 23.80 ปี ส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 85) มีประสบการณ์ทำงานในโรงพยาบาลน้อยกว่า 1 ปี (ร้อยละ 60) ประสบการณ์ การอบรมเกี่ยวกับการบริหารยา 1 ครั้ง (ร้อยละ 55) ไม่เคยเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย สูงอายุ (ร้อยละ 80) ไม่เคยเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ (ร้อยละ 35) และประเมิน ความสามารถในการสอน และให้คำแนะนำการใช้ยาแก่ผู้ป่วยสูงอายุของตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 75)

ผู้วิจัยนำคู่มือการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุสำหรับพยาบาลใหม่และชุดเนื้อหาการสอนเรื่องยาผู้สูงอายุ ชื่อ ELDER MED model ที่พัฒนาในระยะที่ 2 มาใช้ในการปฏิบัติการสอนงานแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย ตาม แนวทาง PPCE ดังนี้

ระยะเตรียมความพร้อมด้านสอน ผู้สอนงานเตรียมความพร้อมในการสอนงาน เตรียมสื่อการสอน ประกอบด้วย เอกสารการสอนอิเล็กทรอนิกส์ (Power Point) คลิปวิดีโอ และตัวอย่างสถานการณ์

ระยะวางแผนการสอน ร่วมกันวางแผน การจัดการเรียนรู้ให้แก่พยาบาลใหม่

ระยะปฏิบัติการสอน ประกอบด้วย การประชุมปรึกษาร่วมกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเรื่องการใช้ ยาในผู้สูงอายุกับพยาบาลใหม่ ตามกรอบ ELDER MED model และการฝึกใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach back method)

ระยะประเมินผล (Evaluating phase [E]) พยาบาลใหม่นำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปสอน ผู้ป่วยสูงอายุตามกรอบ ELDER MED model โดยหลังการสอนแต่ละครั้งผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการสะท้อนคิด และปรับปรุงรูปแบบการสอน ก่อนนำไปใช้สอนครั้งต่อไป โดยสอนสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์

ระยะที่ 4 การประเมินผลการสอนงาน

การประเมินความพึงพอใจ พบว่า ในภาพรวมผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการ ปฏิบัติการสอนงานตามรูปแบบ PPCE ในระดับพึงพอใจมาก ($M = 4.49$, $SD = 0.55$) โดยด้านเนื้อหาการ สอนงานมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($M = 4.63$, $SD = 0.49$) รองลงมาคือด้านผู้สอน

งานอยู่ในระดับพึงพอใจมากที่สุด ($M = 4.53$, $SD = 0.56$) ส่วนด้านกระบวนการสอนงานมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด อยู่ในระดับพึงพอใจมาก ($M = 4.33$, $SD = 0.59$)

ความมั่นใจต่อการสอนงาน พบว่า ความมั่นใจในการให้ความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุของพยาบาลใหม่หลังการสอนงานตามแนวทาง PPCE สูงกว่าก่อนสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 15.158$, $P < .001$, $df = 19$, $d = .57$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบความมั่นใจของพยาบาลใหม่ก่อนและหลังการสอนงานตามแนวทาง PPCE

ตัวแปร	หลังการสอนงาน		ก่อนการสอนงาน		<i>t</i>	<i>P value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ความมั่นใจของพยาบาลใหม่ต่อการสอนงาน	4.22	0.55	3.65	0.76	15.158	0.000*

หมายเหตุ. $n = 20$, $*p < .001$

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทาง PPCE เพื่อเสริมความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ เรียงลำดับตามวัตถุประสงค์การวิจัยในด้านการพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ และการประเมินความพึงพอใจและความมั่นใจต่อการสอนงาน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ การพัฒนารูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทาง PPCE เกี่ยวกับความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

รูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีระยะการพัฒนา 4 ระยะ คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ เป็นการค้นหาปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัดของพยาบาลใหม่ในการให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้ป่วยสูงอายุ ปัญหาที่พบจากการใช้ยาของผู้สูงอายุ การหาวิธีการสอนงานพยาบาลใหม่เกี่ยวกับยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ 2) ระยะพัฒนาคู่มือความรู้เรื่องยาสำหรับพยาบาลใหม่ตามกรอบ ELDER MED model ประกอบด้วยเนื้อหาและสื่อที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์ ร่วมกับการทบทวนเอกสารวิชาการ ที่มีความครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้เรื่องยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุโดยเฉพาะ 3) ระยะการปฏิบัติการสอนงานโดยใช้รูปแบบ PPCE และ 4) สรุปและปรับปรุงรูปแบบการสอน

รูปแบบการสอนงานที่พัฒนาขึ้นนี้มีการดำเนินการเป็นขั้นตอนชัดเจนทำให้ผู้สอนงานมีการบริหารจัดการการสอนอย่างเป็นระบบ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้รับการสอนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งเป็นไปตามกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่กำหนดให้การประเมินความต้องการการพัฒนา (Need assessment) เป็นขั้นตอนแรกของการพัฒนา เพราะจะทำให้การกำหนดเป้าหมายการสอนงานสอดคล้องกับความต้องการการพัฒนาของผู้ถูกสอนงาน การเข้ามามีส่วนร่วมเป็นการสร้างแรงจูงใจและทำให้เกิดความร่วมมือ (Marquis & Huston, 2017) ในงานวิจัยนี้ศึกษาจากอายุรแพทย์ เกศษกร และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเรื่องยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ได้ข้อมูลที่จะมาพัฒนาแนวทางชัดเจน สอดคล้องกับ

การศึกษาของวรรณชนก จันทุม, สมปรารถนา ดาผา, เหมียญทอง วงศ์สุดตา, และสุกัลลักษณ์ กระแสร์ (2563) ที่พบว่า ในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ ได้มีการศึกษาข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องหลายกลุ่ม ทั้งในส่วนของผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานที่เป็นพยาบาลใหม่ และสอดคล้องกับการศึกษาของยุพิน เรื่อง พิธิฐ และกรณีการ สุวรรณโคต (2558) ที่ใช้ขั้นตอนการศึกษาสถานการณ์ และวิเคราะห์ความจำเป็นในการพัฒนาเป็นขั้นตอนแรกในการพัฒนาระบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉพาะทาง แห่งหนึ่ง ทำให้ได้ประเด็นสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมการสอนงานต่อไป

การศึกษาสถานการณ์จากผู้เชี่ยวชาญโดยตรงทำให้เข้าใจข้อจำกัดของผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มขึ้น เนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคร่วมหลายอย่าง ต้องใช้ยาหลายชนิดในการรักษา จึงจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่องระยะยาว และอาจเกิดผลกระทบบจากการใช้ยา ซึ่งสาเหตุที่สำคัญจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย ความสามารถด้านการรับรู้ ความคิด ความจำ และการมองเห็นลดลง (พ่องพรรณ อรุณแสง, 2555) ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการใช้ยาผิด และเกิดปัญหาการใช้ยาได้ (จิรียา กนิพันธุ์ และคณะ, 2564) ปัจจัยดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเรียนรู้เรื่องยา นอกจากนี้การศึกษาศถานการณ์ที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการ สร้างความรอบรู้ด้านยาให้ผู้สูงอายุจากพยาบาลใหม่ที่ปฏิบัติหน้าที่โดยตรงทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาพัฒนา รูปแบบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน (2560) ที่ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยตรง ทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ

ในส่วนของคู่มือสอนงานพยาบาลใหม่เกี่ยวกับการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วยเนื้อหา การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการใช้ยา พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ยาในผู้สูงอายุ ปัญหาการใช้ยาใน ผู้สูงอายุ ข้อจำกัดในการใช้ยาของผู้สูงอายุ กลุ่มยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุ ความรอบรู้เรื่องยา การสื่อสารกับ ผู้สูงอายุเพื่อการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ และแนวทางในการสร้างความรอบรู้ด้านยาให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุ ตามกรอบ ELDER MED model ได้แก่ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับการเรียนรู้ของผู้ป่วยสูงอายุ การเข้าใจข้อจำกัดของผู้สูงอายุ ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ โรคที่ผู้ป่วยสูงอายุเป็น การประเมิน ปัญหาการใช้ยาของผู้สูงอายุ การเคารพให้เกียรติผู้สูงอายุ การใช้ยาให้ถูกต้องตามหลัก 5 R การสื่อสารที่ดี การให้ผู้ป่วยทวนซ้ำหลังให้ข้อมูลยาและการตัดสินใจในการจัดการเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาเนื้อหา ดังกล่าวสอดคล้องกับข้อจำกัดการเรียนรู้เรื่องยาของผู้สูงอายุตามที่พ่องพรรณ อรุณแสง (2555) อธิบายว่า เกิดจากความเสื่อมของร่างกายตามวัย การรับรู้ ความคิด ความจำ และการมองเห็นลดลง

สำหรับรูปแบบการสอนงานที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับองค์ประกอบเชิงกระบวนการของการสอน งานตามแนวทาง PPCE ของธัญพร ชื่นกลิ่น และวัชรรา เล่าเรียนดี (2555) ซึ่งประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะการเตรียมการ เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนการสอนงาน 2) ระยะการวางแผน เป็นการวางแผน ร่วมกันระหว่างผู้สอนงานและผู้รับการสอนงาน 3) ระยะการปฏิบัติการสอน และ 4) ระยะการประเมิน ผลการสอน เพื่อประเมินการเรียนรู้ของผู้รับการสอนงาน รูปแบบการสอนงานนี้เป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบพัฒนามาจากแนวคิดการคิดอย่างมีวิจารณญาณและ

การจัดการการเรียนรู้ มีการนำไปใช้การสอนงานหลายกลุ่มทั้งในส่วนของวิชาชีพการพยาบาลและมีใช้วิชาชีพการพยาบาล เช่น การศึกษาของยุพิน เรื่องพิสิฐ และกรณีการ สุวรรณโคตร (2558) ที่นำแนวคิดนี้ไปใช้ในการพัฒนาระบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่าประสิทธิภาพการทำงานของผู้นับปฏิบัติงานพยาบาลใหม่หลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้รูปแบบนี้ได้มีการนำไปใช้ในวิชาชีพอื่น เช่น การศึกษาของวรพล วิหุลม (2564) ที่นำไปใช้ในการพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการโค้ชและการดูแลให้คำปรึกษาสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ และผู้เข้าร่วมการวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยหลังการเรียนการสอนสูงกว่าก่อนการจัดการเรียนการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00

การประเมินความพึงพอใจและความมั่นใจต่อการนำรูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทาง PPCE ที่พัฒนาขึ้นไปในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตามการรับรู้ของพยาบาลใหม่

1. ความพึงพอใจต่อการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทาง PPCE เพื่อเสริมความรอบรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ โดยประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการสอนงานใน 3 ด้าน คือ ด้านผู้สอนงาน และด้านเนื้อหาการสอนงานอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านขั้นตอนการสอนงานอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการสอนงานที่พัฒนาขึ้น ในการวิจัยครั้งนี้ ได้จัดทำคู่มือการใช้ยาในผู้ป่วยสูงอายุสำหรับพยาบาลและชุดเนื้อหา ELDER MED model ที่มีเนื้อหาการสอนที่ครอบคลุมตั้งแต่การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเตรียมความพร้อมในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การเรียนรู้ข้อจำกัดต่างๆ ของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สอนได้วางแผนและออกแบบการสอนที่เหมาะสม ความรู้เรื่องโรคและยาที่ใช้รวมถึงการจัดการอาการแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้งมีการใช้รูปแบบการเรียนรู้ที่หลากหลายที่เหมาะสมกับพยาบาลใหม่ เช่น การใช้สื่อการสอนที่ทันสมัย คลิปวิดีโอ กรณีศึกษา โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีการเรียนรู้ด้วยตนเองร่วมกับการสอนงานตามแนวทาง PPCE จึงส่งผลให้พยาบาลใหม่มีความพึงพอใจด้านผู้สอนงาน และเนื้อหาการสอนในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษาของยุพิน เรื่องพิสิฐ และกรณีการ สุวรรณโคตร (2558) ที่พัฒนารูปแบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ระดับความพึงพอใจหลังการใช้ระบบการสอนงานอยู่ในระดับมากที่สุด และสูงกว่าก่อนการใช้ระบบการสอนงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการศึกษาของธัญพร ชื่นกลิ่น และวัชรวิภา เล่าเรียนดี (2555) ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการโค้ช เพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาล ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการโค้ช PPCE ส่งเสริมการพัฒนสมรรถนะการสอนงาน โดยหลังการทดลองผู้ทำหน้าที่สอนงานมีความสามารถในการสอนงานอยู่ในระดับสูงมาก นักศึกษาพยาบาลมีทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณเพิ่มมากขึ้น จะเห็นได้ว่าการสอนงานช่วยให้เกิดความพึงพอใจในงานมากขึ้น

2. ความมั่นใจต่อการนำรูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทาง PPCE เมื่อเปรียบเทียบความมั่นใจของพยาบาลใหม่หลังใช้รูปแบบการสอนงานตามแนวทาง PPCE พบว่าพยาบาลใหม่มีคะแนนความมั่นใจในการสอนความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) บุคคลที่มีความมั่นใจในตัวเอง เชื่อกันว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอในการทำงานให้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤตยา แดงสุวรรณ และคณะ (2558) ที่ศึกษาเรื่องการสอนพยาบาลใหม่ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ และพบว่าการสอนงานอย่างเป็นระบบช่วยให้พยาบาลใหม่มีความเชื่อมั่น และมีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน มีความสุขในงาน และมีความภูมิใจในงาน ซึ่งช่วยให้พยาบาลใหม่ต้องการทำงานในหน่วยงานต่อไป ดังนั้นการสอนงานจึงมีส่วนสำคัญในการสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงานเป็นอย่างมาก

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการสอนงานพยาบาลใหม่ตามแนวทาง PPCE เกี่ยวกับความรู้ด้านยาสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วยกิจกรรม เนื้อหาที่พัฒนาจากผู้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ผู้สอนงานควรมีการบริหารจัดการด้านการสอนอย่างเป็นระบบ ผู้สอนงานใช้เทคนิคการสอนในการกระตุ้นให้ผู้รับการสอนงานแต่ละคนได้ค้นพบศักยภาพของตนเอง มีการตั้งเป้าหมายการเรียนรู้ร่วมกัน และแนวทางในการพัฒนาตนเอง เพื่อนำความรู้ ทักษะไปใช้ในการสอนผู้ป่วยต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการนำไปใช้

เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการพัฒนาบุคลากร ควรสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพที่ได้รับมอบหมายเป็นพยาบาลผู้สอนงาน นำรูปแบบการสอนงานตามแนวทาง PPCE ไปสอนงานพยาบาลใหม่ ซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในการทำงาน ทำให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย

1. ทำการวิจัยแบบทดลองเพื่อเปรียบเทียบผลการสอนโดยใช้รูปแบบการสอนงานตามแนวทาง PPCE กับรูปแบบปกติ
2. ควรนำรูปแบบการสอนงานตามแนวทาง PPCE ไปทดลองใช้ในการสอนงานในเรื่องอื่นๆ ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกคน ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และผู้เกี่ยวข้องที่ทำให้การสนับสนุนในการทำวิจัย ขอพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่สนับสนุนงบประมาณบางส่วนในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา แดงสุวรรณ, ขวัญพร ฟองสุวรรณ, และกฤษฎิ์ กมลมาตยกุล. (2558). การสอนงานพยาบาลใหม่ ความท้าทายของงานอุบัติเหตุนอกและฉุกเฉิน: กรณีศึกษาโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(2), 35-44.
- กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา, และสำลี สาสีกุล. (2562). บทบาทพยาบาลในการป้องกันและการจัดการกับการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 31-39.
- จริยาภรณ์พันธุ์, หาดหยด ปาริชาติ, และลลิต สิริทรัพย์จันทน์. (2564). การส่งเสริมการใช้ยาอย่างปลอดภัยในผู้สูงอายุ: แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*, 4(1), 17-32.
- ชัยพร ชื่นกลิ่น, และวัชรวิภา เล่าเรียนดี. (2555). การพัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาสมรรถนะการจัดการเรียนรู้ของอาจารย์พยาบาลที่ส่งเสริมทักษะการคิดอย่างมีวิจารณญาณของนักศึกษาพยาบาลในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 4(1), 112-129.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2553). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ประกายรุ่ง ดันทัพไทย, และชนิษฐา วรชงชัย. (2563). ผลของโปรแกรมการสอนงานพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายและลดอัตราการเกิดความคลาดเคลื่อนในการบริหารยาที่มีความเสี่ยงสูง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 59-68.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2555). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้*. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- พิชญากร ศรีปะโคม. (2557). การพัฒนาวิชาชีพพยาบาล: การพัฒนาภาวะผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 1-8.
- ยุพิน เรืองพิลิตฐ์, และกรรณิการ์ สุวรรณโคต. (2558). การพัฒนาระบบการสอนงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. *วารสารเกื้อการุณย์*, 22(2), 122-139.
- วรพล วิแหลม. (2564). รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่เน้นการโค้ชและการดูแลให้คำปรึกษาสำหรับบุคลากรสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *วารสารธรรมศาสตร์*, 40(2), 98-115.
- วรรณชนก จันทชุม, สมปรารถนา ดาผา, เจริญทอง วงศ์สุดดา, และศุภลักษณ์ กระแสร์. (2563). การพัฒนารูปแบบการสอนงานในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลพี่เลี้ยง โรงพยาบาลกรุงเทพขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 38(1), 157-166.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2564). *แผนยุทธศาสตร์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2565-2569*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สุมลา พรหมมา. (2559). รูปแบบการพัฒนาทักษะการโค้ชของผู้นำทางการพยาบาล. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์*, 11(2), 353-368.
- สุวิมลรัตน์ รอบรู้เจน. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 9(3), 57-65.
- อนุชา ไทวงษ์, และบุญพิชชา จิตตภักดิ์. (2564). พยาบาลวิชาชีพ Generation Z ในระบบสุขภาพประเทศไทย: กลวิธีที่ท้าทายในการบริหารสำหรับผู้บริหารการพยาบาล. *วารสารแพทยธานี*, 48(1), 199-209.
- อภิรดี นันทสุวัฒน์. (2560). *ภาวะผู้นำและการจัดการทางการพยาบาล*. เชียงใหม่: สยามพิมพ์นานาชาติ.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley.
- Marquis, B., & Huston, C.J. (2017). *Leadership roles and management functions in nursing: Theory & Application* (5th ed.). Philadelphia, P.A: Lippincott.
- Robbins S. P., & Coulter M. (2005). *Management* (8th ed.). Upper Saddle River: Prentice Hall.

การดัดแปลงเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมและการตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา ของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

เบญญาภา พรหมพุก, Ph.D.^{1*}

(วันที่ส่งบทความ: 9 กรกฎาคม 2565; วันที่แก้ไข: 11 ตุลาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 22 ตุลาคม 2565)

บทคัดย่อ

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการอาการและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้บรรลุตามเป้าหมาย อย่างไรก็ตามยังไม่พบเครื่องมือวิจัยที่มีความจำเพาะในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก การศึกษานี้เป็นการดัดแปลงเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมและตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาเพื่อดัดแปลงและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่เหมาะสมในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกในผู้สูงอายุ ประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ 116 คน มีขั้นตอนคือ 1) ขออนุญาตแปลและดัดแปลงแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง 2) แปลเครื่องมือวิจัยต้นฉบับ ตรวจสอบการแปล และตรวจสอบความเทียบเท่าทางวัฒนธรรม 3) ดัดแปลงเครื่องมือวิจัย 4) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา 5) ทดลองใช้ 6) ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจและเชิงยืนยัน และ 7) ทดสอบความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ผลการศึกษาพบว่า แบบวัดฉบับดัดแปลงชื่อว่าแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก มี 6 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 10 ระดับ มีความเทียบเท่ากันเชิงวัฒนธรรม มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ = .97 มีความตรงเชิงโครงสร้างโดยผลการวิเคราะห์พบว่า องค์ประกอบเชิงสำรวจ มี 2 องค์ประกอบ คือ การจัดการอาการและอารมณ์และกิจกรรมทางกาย ซึ่งสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนสะสมได้ร้อยละ 98.65 ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันได้โมเดลองค์ประกอบสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ซึ่งมีค่าสถิติไคสแควร์ = 14.86 ค่าไคสแควร์สัมพัทธ์ = 1.86 องศาอิสระ = 8 ($p = .53$) ค่าดัชนีวัดระดับความกลมกลืน = .98 ค่าเฉลี่ยของความคลาดเคลื่อน = .045 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับ = .96 ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพสามารถนำแบบวัดนี้ไปใช้กับผู้ป่วยแผนกกระดูกและข้อได้

คำสำคัญ: แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง, ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก, การแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรม, การดัดแปลงเครื่องมือวิจัย, การตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประสานงานบรรณกิจ: เบญญาภา พรหมพุก, อีเมล: tbtenya@gmail.com

Cross-Cultural Adaptation and Psychometric Properties of an Instrument to Measure the Self-efficacy of Older Persons After Hip Surgery

Benyapa Prompuk, Ph.D.^{1*}

(Received: July 9th, 2022; Revised: October 11st, 2022; Accepted: October 22nd, 2022)

Abstract

Self-efficacy is essential for symptom management and performing physical activities to achieve post-operative goals. Nevertheless, there is not an instrument for assessing postoperative self-efficacy in older persons after hip surgery in the Thai context. Therefore, this cross-cultural adaptation and psychometric properties study aimed to modify and evaluate an instrument to be suitable for measuring post-operative hip self-efficacy of older persons in Thailand. The participants were 116 older persons who underwent hip surgery. The development process included; 1) requesting permission to translate and modify the Self-Efficacy for Managing Chronic Disease Scale; 2) instrument translation, translation review, and verifying cross-cultural equivalence; 3) instrument modification; 4) evaluation of content validity; 5) conducting a pilot study; 6) evaluation of construct validity using exploratory and confirmatory factor analysis; and 7) assessment of the instrument's reliability using Cronbach's alpha coefficient. The results found that the modified instrument, the Post-Operative Hip Self-Efficacy Scale (PHOSE), was comprised of six items with a 10-level rating scale and was cross-culturally equivalent. The scale's content validity (S-CVI/Ave) was 0.97 and the construct validity's exploratory factor analysis (EFA) revealed two components: 1) symptom and emotional management and 2) physical activity. These components explained 98.65% of the total variance. The confirmatory factor analysis (CFA) demonstrated that the confirmatory model fitted well with the empirical data with a likelihood ratio chi-square (CMIN) = 14.86, CMIN/DF = 1.86, degree of freedom (*df*) = 8, *p* = .53, goodness of fit index (GFI) = .98, and root mean residual (RMR) = .045. Additionally, the Cronbach's alpha of the PHOSE was .96. Healthcare providers can use this scale to assess self-efficacy among orthopedic patients who have has hip surgery.

Keywords: self-efficacy scale, older persons with post-operative hip, cross-cultural translation of an instrument, instrument modification, psychometric properties

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

* Corresponding author: Benyapa Prompuk, E-mail: tbtbenya@gmail.com

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุในไทยเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2593 (World Health Organization [WHO], 2015) สถิติผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 สูงถึงประมาณ 12 ล้านกว่าคน และในจังหวัดพิษณุโลก มีผู้สูงอายุมากถึง 174,465 คน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกและข้อสะโพก และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จากปี 2561 ถึง 2563 เพิ่มขึ้นร้อยละ 37 และได้รับการผ่าตัดสะโพกร้อยละ 24 (โรงพยาบาลพุทธชินราช, 2563) การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดกระดูกสะโพก อาจมีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ได้แก่ ปวดแผลติดเชื้อ มีการทำลายหลอดเลือดบริเวณหัวกระดูกต้นขาหรือภาวะเลือดคั่งอุดตันจากลิ่มเลือด เกิดการเลื่อนหลุดของข้อสะโพกเทียม และผลการผ่าตัดมีโอกาสดังกล่าวสูงในผู้สูงอายุที่มีกระดูกพรุนร่วมด้วย ทำให้ระยะเวลาอนในโรงพยาบาลนานขึ้น มีความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงและเสียชีวิตได้ (อาซิส อุณนะนันท์, 2562; Enge Júnior et al., 2020) นอกจากนี้ในระยะยาว อาจเกิดภาวะกระดูกอ่อนงอกผิดปกติบริเวณที่ติดกับข้อเทียม (Heterotopic ossification) หรือการสึกหรอของวัสดุข้อเทียม (Wear of polyethylene liner) ซึ่งเกิดขึ้นบ่อยและส่งผลให้เกิดความพิการได้เช่นกัน (Enge Júnior et al., 2020) ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติตัวหรือไม่ถูกต้องอาจทำให้ไม่สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวและไม่สามารถฟื้นฟูร่างกายหลังการรักษาได้จึงเกิดการเสียชีวิตหรือทุพพลภาพได้

การดูแลผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดสะโพกมีความคล้ายกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเนื่องจากผู้สูงอายุมีการเชื่อมติดของเนื้อเยื่อต่าง ๆ ซ้ำกว่าบุคคลทั่วไป ขณะที่บุคคลทั่วไปมีระยะเวลาของการหายของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน มีการเชื่อมติดดี และสามารถเดินลงน้ำหนักได้เต็มที่ประมาณ 12 – 16 สัปดาห์ (American college of surgeons, 2019) แต่ผู้สูงอายุจะใช้ระยะเวลายาวนานกว่าและเพิ่มขึ้นตามอายุ โดยอาจใช้เวลานานถึง 12 - 24 สัปดาห์ (Borgiani et al., 2019; Clark, Nakamura, Miclau, & Marcucio, 2019) ในระยะเวลานี้ผู้สูงอายุควรมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการฝึกปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนและส่งเสริมการเชื่อมติดของกระดูกให้สำเร็จ เพราะการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นสิ่งสำคัญในการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลในการจัดการหรือการทำการกิจกรรมต่าง ๆ ตามแผนการปฏิบัติได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Bandura, 1982) และการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงในทางบวกมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติจัดการตนเองในผู้ป่วย นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการปรับปรุงภาวะสุขภาพ (Lorig & Holman, 2003) ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดกระดูกสะโพก และการรับรู้ความสามารถของตนเองจะสามารถจัดการกับอาการ อารมณ์ และพฤติกรรมทางกายหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกตามแผนปฏิบัติให้บรรลุเป้าหมายตามที่กำหนดไว้จึงควรมีการพัฒนาแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จำเพาะในผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีเครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ใช้เฉพาะโรคหรืออาการ เช่น แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคไทรอยด์ การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จำนวน 20 ข้อ คำถามครอบคลุมด้าน การแก้ไขปัญหา การจัดการอารมณ์ การดูแลตนเอง และการเป็นหุ้นส่วน (Song, 2009) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลสุขภาพทางเพศ จำนวน 30 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็น 10 ช่วงคะแนน ตั้งแต่ร้อยละ 0 – 100 (ศิริพร ชูเดจิจิน, ประไพพิศ สิงหเสน, และสุภารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล, 2560) แบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 22 ข้อ (ปริยากร วังศรี, 2559) และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง (Self-Efficacy for Managing Chronic Diseases 6-item Scale) ของ Lorig, Sobel, Ritter, Laurent, & Hobbs (2001) และ ศูนย์การศึกษาวิจัยผู้ป่วยสแตนฟอร์ด (Stanford Patient Education Research Center, 2007) ซึ่งมีจำนวน 6 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นคะแนน 1 ถึง 10 เครื่องมือมีความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายในเท่ากับ .91 แต่แบบประเมินนี้ยังไม่ได้วิเคราะห์องค์ประกอบ หรือทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง (Lorig et al., 2001; Stanford Patient Education Research Center, 2007) เป็นแบบวัดที่น่าเชื่อถือและเหมาะสมกับผู้สูงอายุหลังการผ่าตัดสะโพก เพราะแบบวัดได้รับการพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองหลายแบบวัด มีความสอดคล้องภายในสูง มีการใช้อย่างแพร่หลาย และมีข้อคำถามที่ครอบคลุมหลายด้าน เช่น ด้านการควบคุมอาการ การทำหน้าที่ตามบทบาท การจัดการหรือการควบคุมอารมณ์ และการพบแพทย์ โดยมีจำนวนข้อคำถามน้อยจึงช่วยลดภาระหนักในการทำแบบประเมินให้กับผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติการจัดการอาการหรือปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ในช่วงเวลาที่รอการเชื่อมติดของเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และการเชื่อมติดกระดูกที่อาจยาวนานถึง 3- 6 เดือน (Borgiani et al., 2019; Clark, et al., 2019) เช่นเดียวกับระยะเวลาการรักษาผู้เป็นโรคเรื้อรัง แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีแบบประเมินหรือแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุโดยเฉพาะระยะหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดัดแปลงเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมและตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของเครื่องมือวิจัยในเรื่อง ความตรงเชิงเนื้อหา ความตรงเชิงโครงสร้าง ด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ เพื่อจัดกลุ่มและยืนยันองค์ประกอบหรือปัจจัย และทดสอบความเชื่อมั่นเพื่อนำแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ในการวิจัยข้ามวัฒนธรรมที่มีความจำเพาะเหมาะสมกับผู้สูงอายุไทยในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกได้อย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อดัดแปลงเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมและตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาของแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการดัดแปลงเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรม (Cross-cultural adaptation) และตรวจสอบคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยา (Psychometric property) ของแบบวัดฉบับดัดแปลง มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคนที่ได้รับการรักษาในแผนกกระดูกและข้อของโรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 841 คน ในระหว่างวันที่ 27 ตุลาคม 2564 ถึง – 30 กรกฎาคม 2565

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกจากประชากรแบบเจาะจงโดยมีเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ป่วยวัยสูงอายุที่ได้รับการรักษาในแผนกกระดูกและข้อ อยู่ในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก มีความรู้สึกลึกตัวดี คะแนน Glasgow coma scale = 15/15 สื่อสารรู้เรื่อง อ่านออกและเขียนได้ ไม่มีอาการของโรคสมองเสื่อมหรือปัญหาสุขภาพจิตที่เป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่มีระดับความรู้สึกลดลง และอยู่ในภาวะช็อคจากการสูญเสียเลือดหลังผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 116 คน มีวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สรุปจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

ขั้นตอนการวิจัย	วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
การทดลองใช้ (Pilot study)	ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามวิธีการทดลองใช้เครื่องมือวิจัยของ Templeton and Coates (2001)	6
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis [EFA])	ขนาดตัวอย่างที่เป็นที่ยอมรับคือ จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 10 คน ต่อจำนวนตัวแปรสังเกตหรือข้อคำถาม 1 ข้อ และขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำคือ 50 คน สำหรับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่แนะนำคือ ข้อคำถาม 1 ข้อ ต่อขนาดตัวอย่าง 20 คน หรือใช้ขนาดตัวอย่างขนาดใหญ่ 300 คน เพื่อการผ่อนคลายในการวิเคราะห์ข้อมูล (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้อัตราส่วนของจำนวนผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกต่อข้อคำถาม = 18.33:1 (110:6)	110
การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis [CFA])	ขนาดตัวอย่างเป็น 10–20 เท่าของจำนวนตัวแปรสังเกต (กัลยา วาณิชขันธ์, 2564) อัตราส่วนที่แนะนำคือ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 5-10: 1 ข้อคำถาม และสามารถเพิ่มขึ้นเป็น 300 คน ได้ซึ่งช่วยเพิ่มโอกาสเกิด Fitted model (Devellis, 2012) ในการศึกษาครั้งนี้ใช้อัตราส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 18.33 เท่า ของจำนวนตัวแปร สังเกตได้หรือข้อคำถาม (18.33:1)	110 (กลุ่มเดียวกับ EFA)
ทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability)	ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่แนะนำ 30 คน หากใช้น้อยกว่า 30 คน ควรกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ Power analysis (Bujang, Omar, & Baharum, 2018)	30 (กลุ่มเดียวกับ EFA)

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือวิจัยเพื่อนำไปใช้ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมภาพเสมือนจริงในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก และได้รับการรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางจริยธรรมวิจัยในคน จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ใบรับรอง 098/64 วันที่รับรอง 25 ตุลาคม 2564 ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ หลักคุณประโยชน์และความเสี่ยง และหลักความยุติธรรมตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย มีการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างในแผนกผู้ป่วยกระดูกและข้อของโรงพยาบาลเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์เครื่องมือวิจัย และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล และให้ผู้สูงอายุที่ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา ความรุนแรงของอาการปวด และยาที่ใช้ระงับอาการปวดหลังผ่าตัด เป็นต้น

2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นด้วยวิธีการแปลและดัดแปลงเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมจากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง (Lorig et al., 2001; Stanford Patient Education Research Center, 2007) ประกอบด้วยคำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับเรื่องความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการจัดการอาการต่าง ๆ การจัดการอารมณ์ การทำงานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 10 ระดับ มีคะแนนตั้งแต่ 1 (*ไม่มีความมั่นใจเลย*) ถึง 10 (*มีความมั่นใจมากที่สุด*) มีค่าความเชื่อมั่นด้วยการหาความสอดคล้องภายในเท่ากับ .91 แต่ยังไม่ได้ทดสอบความตรงเชิงโครงสร้าง หรือวิเคราะห์องค์ประกอบ ดังนั้นในการศึกษานี้จึงมีขั้นตอนการดัดแปลงแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง ดังนี้

2.1 ขออนุญาตแปลและดัดแปลงแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง (Self-Efficacy for Managing Chronic Diseases 6-item Scale) ของ Lorig et al. (2001) และ ศูนย์การศึกษาวิจัยผู้ป่วยสแตนฟอร์ด (Stanford Patient Education Research Center, 2007) ซึ่ง Lorig เป็นอดีตผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาวิจัยผู้ป่วยสแตนฟอร์ด มหาวิทยาลัยสแตนฟอร์ด ประเทศสหรัฐอเมริกาทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และได้รับอนุญาตเรียบร้อยแล้ว รวมทั้งได้รับอนุญาตให้มีการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยและแนะนำให้เผยแพร่แบบวัดเป็นภาษาอังกฤษร่วมภาษาไทยเพื่อการแบ่งปันกับผู้อื่นโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและอ้างอิงแหล่งของแบบวัดได้ถูกต้อง

2.2 แปลแบบวัดต้นฉบับและการตรวจสอบการแปล การแปลย้อนกลับ และการตรวจสอบความเทียบเท่าทางวัฒนธรรม โดยผู้วิจัยแปลแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเรื้อรังที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษไปเป็นฉบับภาษาไทย ซึ่งเป็นการแปลแบบทางเดียว (Forward

translation; สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562) ผู้วิจัยผ่านการเรียนและอบรมเรื่องการพัฒนาเครื่องมือวิจัยในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2565 มีประสบการณ์ศึกษาและทำวิจัยเกี่ยวกับมโนทัศน์การรับรู้ความสามารถของตนเองหรือสมรรถนะแห่งตน มีความรู้ภาษาอังกฤษ มีประสบการณ์แปลและดัดแปลงเครื่องมือข้ามวัฒนธรรมเป็นอย่างดี (Prompuk, Lertwatthanawilat, Wonghongkul, Sucamvang, & Bunmaprasert, 2018) เนื่องจากการแปลแบบทางเดียวจึงเพิ่มการตรวจสอบความถูกต้องของการแปลเป็นภาษาไทย (Translation review; สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญมโนทัศน์การรับรู้ความสามารถของตนเอง 1 คน ซึ่งเป็นผู้มีความรู้ภาษาอังกฤษดีมากและมีประสบการณ์ใช้ชีวิตในวัฒนธรรมของอเมริกาหลายปีและอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลผู้สูงอายุและการพัฒนาเครื่องมือวิจัย 1 คน เพื่อให้การแปลมีความถูกต้องและมีคุณภาพมากขึ้น

การแปลย้อนกลับ (Back-translation) จากแบบวัดฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วกลับไปเป็นภาษาอังกฤษ โดยผู้เชี่ยวชาญในภาษาอังกฤษและภาษาไทยเป็นอย่างดี 2 คน โดยมีการแปลอย่างเป็นอิสระต่อกัน และไม่ได้อ่านแบบวัดต้นฉบับมาก่อนเพื่อลดความอคติ ช่วยให้มีคุณภาพในการแปลมากขึ้นและเปรียบเทียบกับแบบวัดชุดแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ กับแบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562; Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993)

การตรวจสอบความเทียบเท่าทางวัฒนธรรม (Verifying cross-cultural equivalence) ของแบบวัดฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยและแบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน ได้แก่ แพทย์เฉพาะทางกระดูกและข้อ 2 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลศัลยศาสตร์และทฤษฎีการพยาบาล 1 คน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ทฤษฎีการพยาบาลและการพัฒนาเครื่องมือวิจัย 1 คน และพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลกระดูกและข้อ 2 คน ตรวจสอบความเทียบเท่ากันเชิงวัฒนธรรม ได้แก่ ความเทียบเท่าด้านแนวคิด (Conceptual equivalence) ความเทียบเท่าด้านความหมาย (Semantic equivalence) ความเทียบเท่าด้านสำนวน (Idiomatic equivalence) และ ความเท่าเทียมประสบการณ์ (Experiential equivalence; Guillemin et al., 1993) ผลการตรวจสอบพบว่า มีความเทียบเท่าทางวัฒนธรรมและเหมาะสมกับบริบทวัฒนธรรมไทยดี

2.3 การดัดแปลงเครื่องมือวิจัย (Modification of an instrument) คือ การปรับโครงสร้างหรือรูปแบบ การดัดแปลงหรือตัดข้อความที่ไม่เหมาะสมออก และการสร้างข้อความใหม่ (Guillemin et al., 1993) หลังจากแปลข้ามวัฒนธรรมเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยดัดแปลงข้อความของแบบวัดฉบับที่แปลเป็นภาษาไทย โดยตัดคำว่า “ที่มารบกวนสิ่งที่ท่านต้องการทำซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคของท่าน” ใน 6 ข้อคำถามออก และเปลี่ยนเป็นข้อความที่เข้าใจง่ายและมีความจำเพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีการดัดแปลงข้ามวัฒนธรรม ฉบับแปลเป็นภาษาไทย มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน (ชุดเดียวกับผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความเที่ยงแท้ทางวัฒนธรรม) จากนั้นผู้วิจัยแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ คำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหารายข้อ (Item-level content validity index [I-CVI]) และโดยรวมทั้งฉบับ (Scale-level content validity Index [S-CVI/Ave]; สัจจิรา เทียนสวัสดิ์, 2562)

2. การทดลองใช้ (Pilot study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกจำนวน 6 คน ในหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง หลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ตรวจสอบความเข้าใจข้อคำถามตรงตามที่ต้องการวัด ความยาก-ง่ายของการเลือกคำตอบ และความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะจากกลุ่มตัวอย่าง (Templeton & Coates, 2001)

3. ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยวิธี EFA และ CFA (Guillemin et al., 1993; Templeton & Coates, 2001)

4. ทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายในด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient; Templeton & Coates, 2001)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตแล้วจึงเข้าพบหัวหน้าแผนกและหัวหน้าหอผู้ป่วยกระดูกและข้อ เพื่อชี้แจงโครงการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างตามเอกสารชี้แจงการวิจัย แล้วดำเนินการดังนี้

1. ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติตามเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก

2. รับสมัครกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยชี้แจง อธิบายวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และการวิเคราะห์ข้อมูลและการเผยแพร่ผลงานวิจัย แล้วสอบถามความสมัครใจ และให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัยในแบบฟอร์ม โดยอาสาสมัครสามารถปฏิเสธหรือออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

3. ทดลองใช้แบบวัด (Pilot study) ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกจำนวน 6 คน เก็บข้อมูลเมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถตอบคำถามตามแบบวัดได้ โดยผู้วิจัยอ่านแบบวัดให้ฟังทีละข้อ

4. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างและความเชื่อมั่นของแบบวัด โดยนำเครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ไปสอบถามผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบวัดทีละข้อ พร้อมทั้งอธิบายเพิ่มเติมหากผู้สูงอายุมีข้อสงสัย และให้ผู้สูงอายุตอบคำถามตามความคิดเห็นของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลในแบบวัด แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองสำหรับผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก วิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยหาค่า I-CVI และ S-CVI/Ave วิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างโดยวิธี EFA และ CFA และวิเคราะห์ความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกจำนวน 116 คน อายุเฉลี่ย 70.26 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี) 65 ราย (ร้อยละ 56.03) เป็นเพศหญิงมากที่สุด 106 ราย (ร้อยละ 91.38) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ 72 ราย (ร้อยละ 62.07) นับถือศาสนาพุทธ 111 ราย (ร้อยละ 95.69) และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา 86 ราย (ร้อยละ 74.14) กลุ่มตัวอย่างจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งมีระดับความปวดอยู่ในระดับมาก 52 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.83 ได้รับยาฉีดยาระงับอาการปวดชนิดมอร์ฟิน 114 ราย (ร้อยละ 98.28) ผลของการแปลเครื่องมือวิจัยต้นฉบับ ตรวจสอบการแปล ตรวจสอบความเทียบเท่าทางวัฒนธรรม และการดัดแปลงเครื่องมือวิจัย

แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง (Lorig et al., 2001; Stanford Patient Education Research Center, 2007) มีข้อคำถาม 6 ข้อ ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยและตรวจสอบผลการแปล การแปลย้อนกลับ ตรวจสอบความเทียบเท่าทางวัฒนธรรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว และดัดแปลงข้อคำถามของเครื่องมือวิจัย ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลของการแปลเครื่องมือวิจัยต้นฉบับ ตรวจสอบการแปล ตรวจสอบความเทียบเท่าทางวัฒนธรรม การดัดแปลงเครื่องมือวิจัย

แบบวัดต้นฉบับ	การแปลข้อคำถามเป็นภาษาไทย	การดัดแปลงข้อคำถาม
1. How confident do you feel that you can keep the fatigue caused by your disease from interfering with the things you want to do?	1. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจเพียงใดในความสามารถของตนเองในการจัดการความเหนื่อยล้าที่มารบกวนสิ่งที่ท่านต้องการทำซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคของท่าน	S1: ท่านมีความรู้สึกมั่นใจในการจัดการอาการอ่อนเพลียหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก เพียงใด
2. How confident do you feel that you can keep the physical discomfort or pain of your disease from interfering with the things you want to do?	2. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจเพียงใดในความสามารถของตนเองในการจัดการความไม่สบายทางกายหรืออาการปวดที่มารบกวนสิ่งที่ท่านต้องการทำซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคของท่าน	S2: ท่านมีความรู้สึกมั่นใจในการจัดการอาการปวดหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก เพียงใด

แบบวัดค้นฉบับ	การแปลข้อคำถามเป็นภาษาไทย	การดัดแปลงข้อคำถาม
3. How confident do you feel that you can keep the emotional distress caused by your disease from interfering with the things you want to do?	3. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจเพียงใดในความสามารถของตนเองในการจัดการความทุกข์ทางอารมณ์ที่มารบกวนสิ่งที่ท่านต้องการทำซึ่งมีสาเหตุมาจากโรคของท่าน	S3. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจกับการจัดการอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกเพียงใด
4. How confident do you feel that you can keep any other symptoms or health problems you have from interfering with the things you want to do?	4. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจเพียงใดในความสามารถของตนเองในการจัดการอาการแสดงอื่น ๆ หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่มารบกวนสิ่งที่ท่านต้องการทำ	S4. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจในการจัดการอาการแสดงอื่น ๆ หรือ ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ของท่านที่มีอยู่หลังผ่าตัดกระดูกสะโพก เพียงใด
5. How confident do you feel that you can the different tasks and activities needed to manage your health condition so as to reduce your need to see a doctor?	5. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจเพียงใดในความสามารถของตนเองที่จะทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่จำเป็นในการจัดการภาวะสุขภาพของท่านเพื่อที่จะลดความจำเป็นในการไปพบแพทย์	S5. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจที่จะทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดกระดูกสะโพกเพื่อลดความจำเป็นในการไปพบแพทย์เพียงใด
6. How confident do you feel that you can do things other than just taking medication to reduce how much your illness affects your everyday life?	6. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจเพียงใดในความสามารถของตนเองในการกระทำสิ่งอื่น ๆ แทนการรับประทานยาเพื่อลดความเจ็บป่วยของท่านซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของท่าน	S6. ท่านมีความรู้สึกมั่นใจในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกอย่างต่อเนื่องเพื่อแทนการรับประทานยาแก้ปวดเพียงใด

ตัวเลือกคำตอบของทุกข้อคำถาม เป็นแบบมาตรประมาณค่า 10 ระดับ คือ



ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา

แบบวัดฉบับแปลเป็นภาษาไทย ได้ค่า I-CVI อยู่ในช่วง .83 - 1.00 และค่า S-CVI/Ave เท่ากับ .97 ผู้วิจัยตั้งชื่อแบบวัดฉบับแปลเป็นภาษาไทย คือ “แบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก” (The Post-Operative Hip Self-Efficacy Scale [PHOSE])

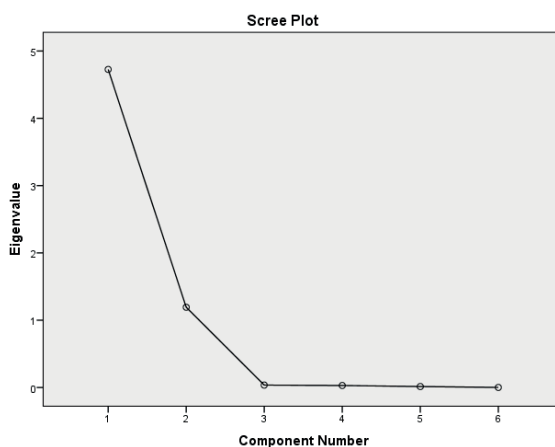
ผลการทดลองใช้แบบวัด

พบว่า ผู้สูงอายุหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกเข้าใจข้อคำถามของ PHOSE ทั้ง 6 ข้อ ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตามแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองประมาณ 5 - 7 นาที

ผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้าง

ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น พบว่า การทดสอบความเหมาะสมของข้อมูลตัวอย่างที่จะนำมาวิเคราะห์ (Kaiser-Meyer-Olkin [KMO]) = .83 แสดงว่า ข้อมูลมีความเพียงพอและเหมาะสมในระดับดี และค่าสถิติ Bartlett's test of Sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\chi^2(15) = 1374.78, p < .001$) แสดงว่าความสัมพันธ์ของตัวแปรหรือข้อคำถามเป็นเส้นตรง (Linearity) ดังนั้นข้อมูลเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น สามารถวิเคราะห์องค์ประกอบต่อไปได้ ดังนี้

1. กราฟแสดงจำนวนองค์ประกอบ (Scree plot) พบว่า จุดหักศอกของภาพ Scree plot องค์ประกอบที่ 1 มีค่าไอเกน (Eigenvalues) มากกว่า 4 องค์ประกอบที่ 2 มีค่าไอเกนมากกว่า 1 และองค์ประกอบที่ 3 มีค่าไอเกนลดลงอย่างรวดเร็วและค่าน้อยกว่า 1 ดังนั้นแบบวัดนี้จึงมีจำนวน 2 องค์ประกอบ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กราฟแสดงจำนวนองค์ประกอบของ PHOSE

2. ผล EFA พบว่า PHOSE มี 2 องค์ประกอบ คือ องค์ประกอบที่ 1 ได้แก่ ข้อคำถามที่ S1 - S4 ผู้วิจัยตั้งชื่อเป็น “การจัดการอาการและอารมณ์” (Symptom and emotional management [SEM]) และองค์ประกอบที่ 2 ได้แก่ ข้อคำถามที่ S5 - S6 ผู้วิจัยตั้งชื่อเป็น “กิจกรรมทางกาย” (Physical activity [(PA]) ค่าไอเกน 1.19 - 4.73 และรวม 2 องค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 98.65 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผล EFA ของ PHOSE

Item Number	Component 1	Component 2	Communality value
	Factor loading	Factor loading	
Dimension 1: SEM			
S1	0.96		0.98
S2	0.96		0.99
S3	0.95		0.98
S4	0.95		0.97
Dimension 2: PA			
S5		0.96	0.99
S6		0.96	0.99
Eigenvalues	4.73	1.19	
Variance Explained	78.78	19.88	
Accumulated variance explained	78.78	98.78	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization. a. Rotation converged in 3 iterations.

3. ผล CFA โดยใช้โปรแกรม Analysis of Moment Structures (AMOS) พบว่า โมเดลองค์ประกอบที่สร้างขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดี ยังคงมี 2 องค์ประกอบเช่นเดิม โดยค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกข้อคำถามมีค่าสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผล CFA ของโมเดล PHOSE

องค์ประกอบ (Subscales)	ข้อคำถาม (Item)	ค่าน้ำหนักองค์ประกอบ (Factor loading)
การจัดการอาการและอารมณ์ (SEM)	S1	.91
	S2	.97
	S3	.98
	S4	.85
กิจกรรมทางกาย (PA)	S5	.97
	S6	.99

CMIN = 14.86, GFI = .98, CMIN/DF = 1.86, $df = 8$, $p = .53$, RMR = .045

ผลวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น

วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการประมาณค่าความสอดคล้องภายใน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบากรายด้านและโดยรวมทั้งฉบับอยู่ในระดับดีเยี่ยม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของ PHOSE สำหรับผู้สูงอายุ

Subscale	M	Variance	SD	Number of variables	Cronbach's alpha
การจัดการอาการและอารมณ์ (SEM)	22.80	90.89	9.53	4	.96
กิจกรรมทางกาย (PA)	14.90	32.16	5.67	2	.97
โดยรวมทั้งฉบับ (Total scale)	37.70	176.28	13.27	6	.96

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการพัฒนาเครื่องมือวิจัยโดยการแปลและดัดแปลงเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมโดยผู้วิจัย จากแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการโรคเรื้อรัง (Lorig et al., 2001; Stanford Patient Education Research Center, 2007) เพื่อใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรม ผลที่ได้คือ PHOSE ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม มีรูปแบบมาตรฐานค่าที่มีตัวเล็กดั้งแต่ 1 (ไม่มีความมั่นใจเลย) ถึง 10 (มีความมั่นใจมากที่สุด) ผู้วิจัยแปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษมาเป็นภาษาไทยเพื่อนำไปใช้ในงานวิจัยข้ามวัฒนธรรมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย ผลการตรวจสอบความเที่ยบเท่ากันเชิงวัฒนธรรมและความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 คน พบว่า มีความเที่ยบเท่ากันเชิงวัฒนธรรม โดยมีความเที่ยบเท่าด้านแนวคิด ด้านความหมาย ด้านสำนวน และด้านประสบการณ์ แสดงว่าสามารถนำแบบวัดนี้มาใช้ในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Guillemin et al. (1993) กล่าวว่า การแปลเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมควรตรวจสอบความเที่ยบเท่าทางวัฒนธรรมของเครื่องมือวิจัยต้นฉบับและเครื่องมือวิจัยฉบับแปล ได้แก่ ความเที่ยบเท่าด้านความหมาย สำนวน ประสบการณ์ และแนวคิด จึงจะเป็นเครื่องมือวิจัยที่ไม่มีข้อจำกัดทางวัฒนธรรมสามารถนำไปใช้ในวัฒนธรรมที่แตกต่างได้เช่นเดียวกับเกณฑ์การประเมินความเที่ยบเท่ากันของเครื่องมือวิจัยข้ามวัฒนธรรมประกอบด้วย ความสมมูลหรือความเที่ยบเท่าด้านเนื้อหา ด้านความหมาย ด้านเทคนิค ด้านเกณฑ์ และด้านแนวคิด (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562) ดังนั้น PHOSE จึงเป็นเครื่องมือวิจัยที่ไม่มีข้อจำกัดทางวัฒนธรรม และมีคุณภาพดีสำหรับการนำไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ต่างวัฒนธรรมได้

ความตรงเชิงเนื้อหา

จากผลการศึกษาพบว่า ค่า I-CVI ของ PHOSE อยู่ระหว่าง .83 - 1.00 แสดงให้เห็นว่า ข้อคำถามทุกข้อมีความตรงเชิงเนื้อหาหรือสอดคล้องกับหลักการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 คน แต่ละรายข้อต้องมีจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิน้อยน้อย 5 คน ที่เห็นด้วยตรงกัน ค่า I-CVI อย่างน้อย .80 จึงจะมีความตรงเชิงเนื้อหา และผลการศึกษา พบว่า ค่า S-CVI/Ave เท่ากับ .97 แสดงว่า

PHOSE เป็นแบบวัดที่มีคุณภาพดี ซึ่งความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับเป็นสัดส่วนเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำสัดส่วนของข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิประเมินว่าเห็นด้วยในระดับ 3 หรือ 4 มารวมกันแล้วหารด้วยจำนวนผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด โดยกำหนดเกณฑ์ขั้นต่ำที่ยอมรับได้ที่ระดับ .80 (สุจิตรา เทียนสวัสดิ์, 2562) นอกจากนี้ Polit and Beck (2020) ได้กำหนดเกณฑ์ความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับที่แสดงถึงการมีคุณภาพคืออยู่ที่ระดับ .90 ดังนั้นแบบวัดนี้จึงมีความตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับอยู่ในระดับดี

ความตรงเชิงโครงสร้าง

จากผลการทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธี EFA พบว่า PHOSE มี 2 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การจัดการอาการและอารมณ์ และ 2) กิจกรรมทางกาย มีค่าไอเกน 1.19 และ 4.73 ตามลำดับ องค์ประกอบทั้งหมดสามารถอธิบายความแปรปรวนสะสมได้มากถึงร้อยละ 98.65 ผล CFA พบว่า CMIN = 14.86, $df = 8$, $p = 0.53$, GFI = .98, RMR = .045 และยังคงมี 2 องค์ประกอบเหมือนการวิเคราะห์ EFA โดยองค์ประกอบที่ 1 การจัดการอาการและอารมณ์ มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .85 – .98 และองค์ประกอบที่ 2 กิจกรรมทางกาย มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบเท่ากับ .97 - .99 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของทุกข้อคำถามในแต่ละองค์ประกอบมีค่าสูงมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าโมเดลองค์ประกอบของ PHOSE ในผู้สูงอายุที่ดัดแปลงนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อยู่ในระดับดี ซึ่งเกณฑ์การพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบที่ยอมรับได้ควรมีค่าตั้งแต่ .5 ขึ้นไป และค่าเท่ากับหรือมากกว่า .7 จะเป็นข้อบ่งชี้ว่าโมเดลมีความตรงเชิงโครงสร้างที่แข็งแกร่ง การพิจารณาค่า GFI $\geq .95$ เป็นค่าที่ได้ผ่านการยอมรับและอยู่ในระดับดี และค่า RMR ที่ยอมรับได้ควรมีค่าน้อยกว่า .08 (Hair et al., 2019) ดังนั้น PHOSE เป็นแบบวัดที่มีความตรงเชิงโครงสร้างสามารถนำไปใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุได้

PHOSE เป็นแบบวัดที่มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การจัดการอาการและอารมณ์ (ข้อ S1 - S4) ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการจัดการอาการอ่อนเพลีย การจัดการอาการปวด การจัดการอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง และการจัดการอาการแสดงอื่น ๆ หรือปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ของผู้สูงอายุที่มีอยู่หลังผ่าตัดกระดูกสะโพก และ 2) กิจกรรมทางกาย (ข้อ S5 - S6) ประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำงานหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ หลังผ่าตัดกระดูกสะโพกเพื่อลดความจำเป็นในการไปพบแพทย์และการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกอย่างต่อเนื่องเพื่อแทนการรับประทานยาแก้ปวด PHOSE ยังคงมีแนวคิดที่มีความตรงตามเนื้อหากับแบบวัดต้นฉบับที่มีข้อคำถามเกี่ยวกับมิติของการควบคุมอาการ การทำหน้าที่ตามบทบาท การจัดการหรือควบคุมอารมณ์ และการพบแพทย์ (Lorig et al., 2001; Stanford Patient Education Research Center, 2007) ดังนั้นแบบวัดนี้จึงมีความตรงเชิงโครงสร้างกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบบวัดต้นฉบับสามารถนำไปใช้ประเมินในผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกได้

ความเชื่อมั่น

จากผลการทดสอบความสอดคล้องภายใน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค รายด้านการจัดการอาการและอารมณ์เท่ากับ .96 ส่วนด้านกิจกรรมทางกายเท่ากับ .97 และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคโดยรวมทั้งฉบับเท่ากับ .96 แสดงให้เห็นว่า PHOSE มีคุณสมบัติของเครื่องมือวัดที่มีความแม่นยำ และคงเส้นคงวาในการวัดซ้ำ ๆ ประเมินผลก็ครั้งได้ค่าเหมือนเดิม จึงมีความน่าเชื่อถือในระดับดีเยี่ยม สอดคล้องกับค่าครอนบาคแอลฟาระดับพอใช้ = .67 - .80 ระดับดี = .81 - .90 ระดับดีมาก = .91 - .94 และระดับดีเยี่ยม > .94 (Mohamad, Sulaiman, Sern, & Salleh, 2015) ดังนั้น PHOSE มีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีเยี่ยม การนำไปใช้ประเมินในผู้ป่วยซ้ำ ๆ ก็จะได้ค่าที่แม่นยำและมีความคงที่

สรุปผลการวิจัย

PHOSE จำนวน 6 ข้อคำถาม ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหรือด้าน คือ การจัดการอาการและอารมณ์ และกิจกรรมทางกาย เป็นแบบวัดที่มีคุณภาพดีเยี่ยมและมีความจำเพาะเหมาะสมในการประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาทั้งรายข้อและโดยรวม การทดลองใช้ความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีวิเคราะห์องค์ประกอบ และความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดีเยี่ยม จึงเป็นแบบวัดที่มีคุณภาพดี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางสุขภาพหรือพยาบาลนำแบบวัดนี้ไปใช้ประเมินการรับรู้ความสามารถในตนเองในผู้ป่วยที่มีปัญหากระดูกสะโพกและได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดโดยเฉพาะในผู้ป่วยวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ประเมินคุณสมบัติการวัดทางจิตวิทยาด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การตรวจความตรงตามเกณฑ์ โดยนำแบบวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองหลังผ่าตัดกระดูกสะโพกทดสอบความตรงตามสภาพกับเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้เป็นเกณฑ์ หรือศึกษาการนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้แก้ไขปัญหาหรือเปรียบเทียบระหว่างประเทศที่ใช้เครื่องมือชนิดเดียวกัน เพื่อให้เครื่องมือวิจัยมีคุณภาพที่ดีและน่าเชื่อถือยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ราชคฤห์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ที่ให้ทุนวิจัย ผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). *สถิติผู้สูงอายุ ประเทศไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน มกราคม 2565*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>
- กัลยา วาณิชย์บัญชา. (2564). *การวิเคราะห์สมการโครงสร้าง (SEM) ด้วย AMOS*. กรุงเทพฯ: สามลดา.
- โรงพยาบาลพุทธชินราช. (2563). *รายงานผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์ประจำปี. พิษณุโลก: โรงพยาบาลพุทธชินราช.*
- ปริญกร วังศรี. (2559). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมในการควบคุมภาวะไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ)*. มหาวิทยาลัยคริสเตียน, นครปฐม.
- สุจิตรา เทียนสวัสดิ์. (2562). *การพัฒนาเครื่องมือวิจัยสำหรับการวิจัยทางการพยาบาล*. เชียงใหม่: บริษัท สยามพิมพ์นานาชาติ จำกัด.
- ศิริพร ชุตเจือจัน, ประไพพิศ สิงหเสน, และสุภารัตน์ วุฒิสักดิ์ไพศาล. (2560). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการเสริมสร้างทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมสุขภาพทางเพศของนักเรียน. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลภาคและสาธารณสุขภาคใต้*, 4(2), 268-280.
- อาศิส อุณนันทน์. (2562). *ตำรากระดูกข้อสะโพกหักในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี เอ ลีฟวิ่ง จำกัด.
- American college of surgeons. (2019). *PHTLS prehospital trauma life support* (9th ed.). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Bujang, M. A., Omar, E. D., & Baharum, N. K. (2018). A review of sample size determination for Cronbach's alpha test: A simple guide for researchers. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 25(6), 85-99.
- Borgiani, E., Figge, C., Kruck, B., Willie, B., Duda, G. N., & Checa, S. (2019). Age-related changes in the mechanical regulation of bone healing are explained by altered cellular mechanoreponse. *Journal of Bone and Mineral Research*. 34(10), 1923-1937.
- Clark, D., Nakamura, M., Miclau, T., & Marcucio, R. (2019). Effect of aging on fracture healing. *Current Osteoporosis Reports*, 15(6), 601-608.
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale development theory and applications* (3rd ed). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Enge Júnior, D. J., Castro, A. D. A., Fonseca, E. K. U. N., Baptista, E., Padial, M. B., & Rosemberg, L. A. (2020). Main complications of hip arthroplasty: A pictorial essay. *Radiologia Brasileira*, 53(1), 56-62.

- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.
- Hair, Jr., J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis* (8th ed.). Andover, Hampshire, UK: Cengage Learning.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Lorig, K. R., Sobel, D. S., Ritter, P. L., Laurent, D., & Hobbs, M. (2001). Effect of a self-management program on patients with chronic disease. *Effective Clinical Practice*, 4(6), 256-262.
- Mohamad, M. M., Sulaiman, N. L., Sern, L. C., & Salleh, K. M. (2015). Measurement of the validity and reliability of research instruments. *Procedia-Social and Behavioral Science*, 204, 164-171.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2020). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Promptuk, B., Lertwatthanawilat, W., Wonghongkul, T., Sucamvang, K., & Bunmaprasert, T. (2018). Self-management among adults with chronic low back pain: A causal model. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(3), 223-236.
- Stanford Patient Education Research Center. (2007). *Chronic disease self-management program questionnaire code book*. Palo Alto, CA: Stanford University.
- Song, Y., (2009). *The formation and test of hemodialysis self-management instrument* (Unpublished master's thesis). Kaohsiung Medical University, Kaohsiung.
- Templeton, H. R. M., & Coates, V. E. (2001). Adaptation of an instrument to measure the informational needs of men with prostate cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3), 357-364.
- World Health Organization (WHO). (2015). *World report on aging and health*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

เพ็ญแข คิชฐบรรจง, พย.ม.¹

นงนภัทร รุ่งเนย, ค.ค.^{1*}

อัจฉรา สุขสำราญ, วท.ม.¹

ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 13 สิงหาคม 2565; วันที่แก้ไข: 6 พฤศจิกายน 2565; วันที่ตอบรับ: 9 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

อุบัติการณ์การติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 (โรคโควิด-19) ในเด็กวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียนจึงเป็นประเด็นสำคัญ การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 200 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้ซึ่งมีค่าความยากเท่ากับ .21-.84 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ .20-.32 และแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัยพบว่า ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ทักษะการจัดการตนเอง และเกรดเฉลี่ยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้ ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($R^2 = .383, p < .05$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($Beta = 0.375, p < .05$) รองลงมา คือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($Beta = 0.250, p < .05$) หน่วยบริการสุขภาพและโรงเรียนควรร่วมกันพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศและทักษะการจัดการตนเองของนักเรียนชั้นประถมศึกษาเพื่อให้ นักเรียนสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคโควิด-19, นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

¹ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: นงนภัทร รุ่งเนย, อีเมล: nongnaphat@pckpb.ac.th

Factors Predicting COVID-19 Preventive Behaviors Among Intermediate School Students

Penkhae Dittabunjong, M.N.S.¹

Nongnaphat Rungnoei, Ph.D.^{1}*

Achara Suksamran, M.S.¹

Chatthong Jarupisitphaibun, M.N.S.²

(Received: August 13rd, 2022; Revised: November 6th, 2022; Accepted: November 9th, 2022)

Abstract

The incidence of coronavirus disease of 2019 (COVID-19) infection among school-age children is rising. Preventing the spread of COVID-19 in schools is very important. This predictive research aimed to study the factors which predict COVID-19 preventive behavior among intermediate school students Phetchaburi Province, Thailand. The study participants were 200 students studying at an extra-large primary school in Phetchaburi Province. Participants were selected by stratified random sampling. The research instruments consisted of a knowledge quiz (the difficulty value = .21-.84, and the power of discrimination = .20-.32), a health literacy questionnaire, and a COVID-19 prevention behavior questionnaire. The last two instruments' Cronbach's alpha coefficients were .79 and .83, respectively. Descriptive statistics and multiple regressions were used to analyze the data. The results revealed that decision-making skills, media and information literacy skills, self-management skills, and grade point average could jointly predict COVID-19 prevention behaviors among the intermediate school students accounted for 38.3% of the variance with a statistical significance at the .05 level. ($R^2 = .383$, $p < .05$) The most influential variable was decision-making skills ($Beta = 0.375$, $p < .05$), followed by media and information literacy skills ($Beta = 0.250$, $p < .05$). Health service units and schools should work together to develop health literacy in the areas of knowledge and understanding, decision-making skills, media and information literacy skills, and self-management skills among primary school students in order to effectively prevent the spread of COVID-19.

Keywords: health literacy, preventive behavior, COVID-19, intermediate school student

¹ Lecturer, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

* Corresponding author: Nongnaphat Rungnoei, E-mail: nongnaphat@pckpb.ac.th

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (Coronavirus disease of 2019 [COVID-19]) เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วทั่วโลก (Pandemic) พบได้ทุกช่วงวัย และส่งผลให้เกิดปัญหาต่ออวัยวะหลายระบบโดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจซึ่งอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (Ciotti et al., 2020) การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อโรงเรียนทั่วโลก ต้องหยุดการเรียนการสอนและปรับเปลี่ยนวิธีการเรียนการสอนเป็นรูปแบบออนไลน์ (Online; Hyde, 2020) ข้อมูลการแพร่ระบาดในประเทศไทยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 ถึงวันที่ 11 กรกฎาคม 2565 พบว่า มีผู้ติดเชื้อสะสม 4,554,976 คน และเสียชีวิต 30,958 คน (World Health Organization [WHO], 2022) และมีแนวโน้มการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียน เพิ่มขึ้นเมื่อเปิดภาคเรียน กระทรวงศึกษาธิการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้กำหนดแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยให้จัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ร่วมกับการเรียน onsite (Onsite) ตามบริบทในแต่ละพื้นที่ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียน และการปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนดังกล่าวส่งผลต่อเด็กในโรงเรียนทั้งในด้านสุขภาพและพัฒนาการ

การติดเชื้อในเด็กซึ่งเป็นวัยที่อยู่ระหว่างการเจริญเติบโต มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเองน้อย อาจส่งผลกระทบต่อการปรับตัว การเจริญเติบโตและพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การที่เด็กต้องแยกจากบิดามารดาและขาดเรียนในขณะที่รับการรักษา จะทำให้เกิดความเครียด ส่งผลต่อการพัฒนาสติปัญญาและการเรียนรู้ของเด็กได้ (พิมสิริ ภูศิริ, นภัสวรรณ นามบุญศรี, และเต็มฤทัย ภูประดิษฐ์, 2565; Phelps & Sperry, 2020) การเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์พบปัญหา คือ นักเรียนไม่สามารถเข้าถึงการเรียนการสอนได้ เนื่องจากปัญหาด้านงบประมาณของผู้ปกครอง ความรู้และทักษะด้านเทคโนโลยี รวมทั้งขาดวัสดุอุปกรณ์ และนักเรียนขาดปฏิสัมพันธ์กับครู และเพื่อนนักเรียนด้วยกัน ส่งผลต่อคุณภาพการเรียนรู้ ทำให้สมรรถนะที่จำเป็นของนักเรียนน้อยกว่าการเรียนการสอนในห้องเรียน และส่งผลกระทบในทุกมิติของภาวะสุขภาพ เช่น ภาวะอ้วน น้ำหนักเกิน เหนื่อยล้า ความเครียด เป็นต้น (จิราภรณ์ อ่อนชาพิ้ว และสุชาดา นันทะไชย, 2564; วราพรรณ วงษ์จันทร์ และปณณวิษณุ ปิยะอร่ามวงศ์, 2564; Onyema et al., 2020) กล่าวได้ว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิดส่งผลกระทบทั้งด้านการจัดการเรียนการสอน ภาวะสุขภาพ การปรับตัว รวมทั้งการเจริญเติบโตและพัฒนาการของนักเรียน

การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียนจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องวางแผนเตรียมการอย่างเป็นระบบจากการศึกษาสถานการณ์โควิด-19 ในเด็กไทยอายุ 0-18 ปีที่มีการระบาดระลอกใหม่ ตั้งแต่วันที่ 2 มกราคม 2564-18 พฤษภาคม 2565 มีเด็กติดเชื้อสะสม 647,518 คน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และจังหวัดเพชรบุรีพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคโควิด-19 อายุ 6-12 ปี เท่ากับ 1,092 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2564) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของเด็กนักเรียนนับเป็นแนวทางหนึ่งในการป้องกันโรคเพราะความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นความสามารถในการเรียนรู้และสื่อสารของบุคคล ความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อ

ส่งเสริมและรักษาภาวะสุขภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง (Nutbeam, 2008) มีการศึกษาวิจัยพบว่า การที่เด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้สามารถพัฒนาทักษะและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ (Bröder et al., 2017) ดังนั้น การส่งเสริมให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 และสามารถนำความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตนไปใช้ในการป้องกันการติดเชื้อ จะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ คาดว่าจะส่งผลให้อุบัติการณ์การติดเชื้อโรคโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนลดลง และลดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจสังคมของครอบครัว โรงเรียน ชุมชน และประเทศ

การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ และผลการเรียน (จิรนนท์ ช่วยศรีนวล, ปุณณพัฒน์ ไชยมล, และสมเกียรติยศ วรเดช, 2563) และปาจรา โพธิ์หัง (2564) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ และระดับการศึกษา 2) บริบทด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และสิทธิการรักษาพยาบาล และ 3) บริบทด้านสังคม ได้แก่ การมีผู้ดูแล และการเข้าร่วมกิจกรรม การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 มีหลายประการ ได้แก่ ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 (นิสากร เขาวรัตน์, ศรีธรมังคเมณี, และพัชรินทร์ วิหคหาญ, 2565) ความรู้ เจตคติ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ แรงสนับสนุนทางสังคม (นงนภัทร รุ่งเนย, เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, ภคพร กลิ่นหอม, ศิริพร ครุฑทากศ, และนภาพรณ เกตุทอง, 2565; Kim & Kim, 2020; Shen, Min, Lu, & Chu, 2021) อายุและความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคโควิด-19 (จินตภา เบญจมาศ และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ, 2564; Gautam et al., 2021) ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนในโรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษาโดยตรง

จากปัญหาและผลกระทบของการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเด็กวัยเรียนซึ่งส่งผลทั้งด้านสุขภาพ การเรียนรู้ของนักเรียน เศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว โรงเรียน ชุมชน สังคม และประเทศ ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์ผู้สอนในวิทยาลัยพยาบาลสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในโรงเรียน จึงสนใจศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของนักเรียนในโรงเรียนระดับชั้นประถมศึกษา เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนชั้นประถมศึกษาสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างถูกต้อง ช่วยลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จากบ้านสู่โรงเรียน หรือจากโรงเรียนสู่ชุมชน หรือสังคมได้เพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

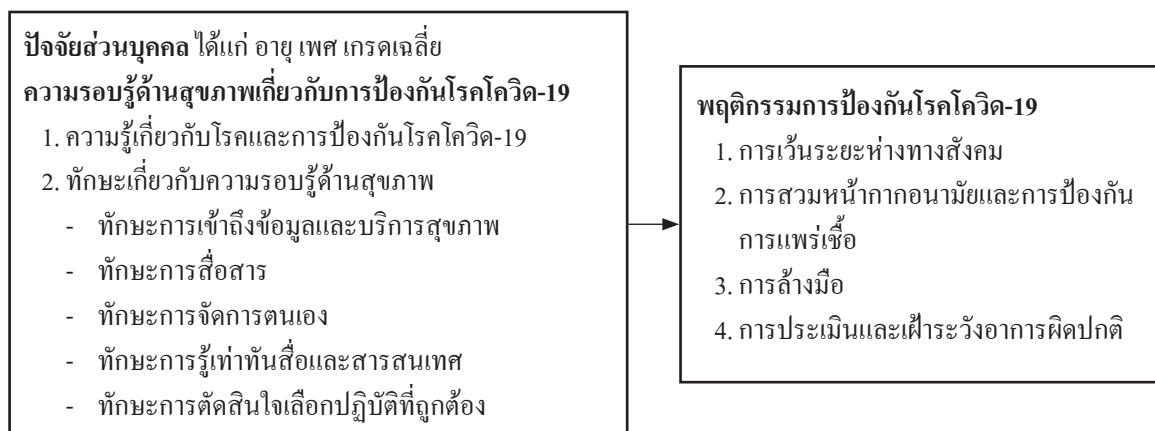
1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายจำแนกรายชั้นปี

3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

4. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) และแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 (WHO, 2020) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-19 พบว่า พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 เกี่ยวข้องปัจจัยหลายประการทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ได้แก่ อายุ เพศ ผลการเรียนรู้ หรือเกรดเฉลี่ย ดังนั้น การศึกษาวิจัยครั้งนี้เลือกตัวแปรทำนาย คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ เกรดเฉลี่ย และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมกราคม 2565 มีรายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย (ชั้นประถมศึกษาปีที่ [ป.] 4-6) ของโรงเรียนประถมศึกษาขนาดใหญ่พิเศษแห่งหนึ่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน (สพฐ.) เขต 1 กระทรวงศึกษาธิการ จำนวน 1,156 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากโปรแกรม G* Power Version 3.1 9.7 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Medium effect size) = .15 ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 อำนาจ

การทดสอบ (Power of Test $[1-\beta]$) เท่ากับ .99 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 174 คน และเพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามไม่ครบถ้วน ได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 200 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) ตามชั้นปี แล้วสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากรายชื่อจากนักเรียนในแต่ละห้อง กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครวิจัย (Inclusion criteria) คือ เป็นนักเรียนชั้น ป.4-6 ที่ลงทะเบียนเรียนภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ สงสัยว่ามีการติดเชื้อหรือยืนยันการตรวจว่าพบการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งนักเรียนจำเป็นต้องหยุดเรียน ไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ตามเวลาที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ 2/2565 ลงวันที่ 10 มกราคม 2565 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงผู้ปกครองและนักเรียนผ่านระบบออนไลน์ อธิบายวัตถุประสงค์ วิธดำเนินการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความยินยอม แล้วให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้ปกครองและนักเรียนสามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทันทีที่ต้องการโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล การรายงานผลการวิจัยไม่ระบุชื่อ และรายงานผลสรุปในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ข้อคำถาม 6 ข้อ เกี่ยวกับเพศ อายุ ชั้นปีที่เรียน เกรดเฉลี่ย การพักอาศัย และสุขภาพ
2. แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาตอนปลายของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2558) ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ มีค่าความเชื่อมั่นรายด้านเท่ากับ .70 ถึง .79 โดยผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามในส่วนของแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและแบบสอบถามด้านทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องให้สอดคล้องกับโรคโควิด-19 รวมจำนวนข้อคำถาม 45 ข้อ ดังนี้

2.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 เป็นแบบทดสอบปรนัย 4 ตัวเลือกตอบ จำนวน 20 ข้อ มีข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 การให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Best & Kahn, 2006) คือ ระดับดี คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (คะแนนเฉลี่ย 16-20 คะแนน) ระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 60-79 (คะแนนเฉลี่ย 12-15.99 คะแนน) และระดับต้องปรับปรุง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่า 12 คะแนน)

2.2 แบบวัดทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 5 ข้อ 2) ทักษะการสื่อสาร 5 ข้อ 3) ทักษะ

การจัดการตนเองด้านสุขภาพ 5 ข้อ 4) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ 5 ข้อ และ 5) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามใช้มาตราวัดประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 5 (ทุกครั้ง)

3. แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ นงนัทธ รุ่งเนย และคณะ (2565) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .81 ร่วมกับการศึกษาจาก แนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2020) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การเว้นระยะห่างทางสังคม 4 ข้อ 2) การสวมหน้ากากอนามัยและการป้องกันการแพร่เชื้อ 4 ข้อ 3) การล้างมือ 4 ข้อ และ 4) การประเมินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ 3 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามใช้ มาตราวัดประมาณค่า 5 ระดับ โดยผู้วิจัยปรับเฉพาะสรรพนามให้เหมาะสมกับเด็กวัยเรียน จาก “ท่าน” เป็น “หนู” ไม่ได้ปรับเนื้อหาข้อคำถาม มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 (ไม่เคยปฏิบัติ) ถึง 5 (ปฏิบัติบ่อยมากที่สุด)

แบบวัดทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีการแปลผลจากคะแนนเฉลี่ย (Mean [M]) เพื่อแบ่งระดับตามแนวคิดของ Best & Kahn (2006) ดังนี้ ระดับดีมาก ($M = 4.51-5.00$) ระดับมาก ($M = 3.51-4.50$) ระดับปานกลาง ($M = 2.51-3.50$) ระดับน้อย ($M = 1.51-2.50$) และระดับน้อยมาก ($M = 1.00-1.50$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 แบบวัด ทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ตรวจสอบ คุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและโรคโควิด-19 จำนวน 3 ท่าน นำมาหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item objective congruence [IOC]) ผลการคำนวณอยู่ระหว่าง .67-1.00

2. การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคและการ ป้องกันโรคโควิด-19 แบบวัดทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม กรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับ นักเรียนประถมศึกษาตอนปลายที่โรงเรียนระดับประถมศึกษาแห่งหนึ่งในจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติ เหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดย แบบวัดความรู้ เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 คำนวณด้วยสูตร Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความยาก เท่ากับ .21 - .84 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ .20 - .32 ซึ่งแบบทดสอบที่มีค่าความยากตั้งแต่ .20-.90 และค่าอำนาจจำแนกตั้งแต่ .20 ขึ้นไป ค่าเข้าใกล้ 1.00 แสดงว่ามีอำนาจจำแนกดีมาก (Boopathiraj & Chellamani, 2013) ส่วนแบบวัดทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรม กรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .79 และ .83 ตามลำดับ ซึ่งถือว่า อยู่ในระดับที่ยอมรับได้คือ มากกว่าหรือเท่ากับ .70 ถึง .80 และอยู่ในระดับดีมาก คือ มากกว่า .80 -.90 (Harkness, Arthur, & McKelvie, 2013)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากผู้วิจัยทำหนังสือหรือบันทึกขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลถึงผู้อำนวยการสถานศึกษาและขอความร่วมมือในการวิจัยจากครูประจำชั้น ผู้ปกครอง และนักเรียน เมื่อผู้ปกครองและนักเรียนลงนามให้ความยินยอมก่อนเก็บข้อมูลแล้ว ได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. เตรียมผู้ช่วยวิจัย คือ นักศึกษาพยาบาล โดยชี้แจงเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย แนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล และมอบหมายให้นักศึกษาพยาบาลแจกแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่างคนละ 2-3 ชุด โดยเข้าพบครูประจำชั้นและนักเรียนแต่ละห้องเรียน ตามวันเวลาที่ครูประจำชั้นและนักเรียนสะดวกในเดือนมกราคม 2565

2. เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยชี้แจงนักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้คำแนะนำในการตอบแบบวัดความรู้และแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที และรับคืนด้วยตนเอง

3. มอบหมายให้ผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามก่อนวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยคำนวณค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พร้อมทั้งเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนแต่ละชั้นปีโดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และทดสอบความแตกต่างรายคู่โดยใช้ Scheffe test ซึ่งผ่านการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว คือ ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ (Normality) จากการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05 และความแปรปรวนของทุกกลุ่มเท่ากัน (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบเพิ่มตัวแปรเป็นลำดับขั้น (Stepwise multiple regression) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 หลังจากผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Hair et al., 2019) ได้แก่

- 1) ตัวแปรอิสระทุกตัวอยู่ในระดับอันตรภาคขั้นขึ้นไป
- 2) ข้อมูลมีการกระจายแบบปกติ จากการทดสอบโดยใช้ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า .05
- 3) ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (Linearity) พิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot
- 4) ค่าความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) และไม่มีข้อมูล Outliers จากกราฟ Scatter Plot มีค่าความคลาดเคลื่อนเปลี่ยนแปลงในช่วงแคบ มีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตรอยู่ระหว่าง ± 2

5) ไม่มีความสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระสูง (Multicollinearity) พิจารณาจากค่า Tolerance มากกว่า 0 เข้าใกล้ 1 และค่า Variance inflation factor (VIF) น้อยกว่า 10 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กับตัวแปรอื่นน้อย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ค่า Tolerance เท่ากับ .679 - .979 และค่า VIF อยู่ใน ช่วง 1.050 -1.473 ซึ่งหมายความว่าตัวแปรมีความเป็นอิสระต่อกัน

6) ความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (Autocorrelation) คำนวณค่า Durbin-Watson ได้ เท่ากับ 2.07 แสดงว่าตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์ในตัวเอง (ค่าที่ยอมรับได้ คือ 1.5-2.5)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง 200 คน ได้รับแบบวัดความรู้และแบบสอบถามที่สมบูรณ์ครบถ้วนคืนจำนวน 200 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 51.5) อายุเฉลี่ย 10.95 ปี ($SD = 0.77$) โดยเป็นนักเรียนชั้น ป.5 มากที่สุด (ร้อยละ 35.5) ส่วนใหญ่เกรดเฉลี่ยมากกว่าหรือเท่ากับ 3.50 (ร้อยละ 64) พักอาศัยร่วมกับบิดามารดา (ร้อยละ 89.5) และมีภาวะสุขภาพแข็งแรง (ร้อยละ 94)

ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า คะแนนเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ($M = 11.75$, $SD = 2.27$) โดยนักเรียนชั้น ป.6 มีคะแนนความรู้สูงสุด ($M = 12.45$, $SD = 2.22$) รองลงมาคือ ชั้น ป.5 ($M = 11.65$, $SD = 2.15$) และต่ำสุด คือ ชั้น ป.4 ($M = 11.07$, $SD = 2.28$) เมื่อพิจารณาตามระดับคะแนนเฉลี่ย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.5) มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ รองลงมา คือ ระดับต้องปรับปรุง (ร้อยละ 42.5) และระดับดี (ร้อยละ 4) ทักษะเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพบว่า ในภาพรวมค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมาก คือ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($M = 4.26$, $SD = 0.61$) และทักษะด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ทักษะการสื่อสาร ($M = 3.04$, $SD = 0.60$) ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบว่า นักเรียนทั้งสามชั้นปีมีคะแนนความรู้แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ.05 ($F(2, 197) = 6.39$, $p < .01$) และมีทักษะเพียงด้านเดียวที่แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 คือ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($F(2, 197) = 3.79$, $p = .02$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวของความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายจำแนกตามระดับชั้นปี

ความรู้ด้านสุขภาพ	แหล่งความแปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19	ระหว่างกลุ่ม	62.50	2	31.25	6.39	<.01*
	ภายในกลุ่ม	963.00	197	4.89		
2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	1.13	2	0.57	1.28	.28
	ภายในกลุ่ม	87.18	197	0.44		

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	แหล่งความ แปรปรวน	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig
3. ทักษะการสื่อสาร	ระหว่างกลุ่ม	0.69	2	0.34	0.95	.39
	ภายในกลุ่ม	71.60	197	0.36		
4. ทักษะการจัดการตนเองด้านสุขภาพ	ระหว่างกลุ่ม	0.42	2	0.21	0.32	.73
	ภายในกลุ่ม	129.68	197	0.66		
5. ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	ระหว่างกลุ่ม	1.22	2	0.61	0.72	.49
	ภายในกลุ่ม	167.76	197	0.85		
6. ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	ระหว่างกลุ่ม	2.72	2	1.36	3.79	.02*
	ภายในกลุ่ม	70.48	197	0.36		

หมายเหตุ. $n = 200$, * $p < .05$

เมื่อทดสอบรายคู่โดยใช้ Scheffe test พบว่า คะแนนนักเรียนชั้น ป.6 สูงกว่าชั้น ป.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p < .01$) และนักเรียนชั้น ป.6 มีค่าเฉลี่ยทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องสูงกว่านักเรียนชั้น ป.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p = .025$)

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.99$, $SD = 0.63$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากทุกด้าน ในภาพรวมค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การสวมหน้ากากอนามัยและการป้องกันการแพร่เชื้อ ($M = 4.37$, $SD = 0.71$) รองลงมา คือ การล้างมือ ($M = 4.10$, $SD = 0.81$) ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การประเมินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ ($M = 3.58$, $SD = 1.04$) เมื่อพิจารณารายชั้นปีพบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สูงสุด คือ นักเรียนชั้น ป.6 ($M = 4.12$, $SD = 0.61$) รองลงมา คือ นักเรียนชั้น ป. 5 ($M = 3.94$, $SD = 0.65$) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ นักเรียนชั้น ป.4 ($M = 3.89$, $SD = 0.61$)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ทักษะการจัดการตนเอง และเกรดเฉลี่ยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้ร้อยละ 38.3 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($R^2 = .383$, $p < .05$) ตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุด ได้แก่ ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($Beta = 0.375$, $p < .05$) รองลงมา คือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ($Beta = 0.250$, $p < .05$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์หาคoefficientของปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19

ตัวแปร	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	p-value
	B	Std. Error	Beta		
ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (Decision)	0.389	0.061	0.375	6.385	<.001
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ (Media)	0.171	0.048	0.250	3.553	<.001
ทักษะการจัดการตนเอง (Management)	0.150	0.057	0.193	2.645	.009
เกรดเฉลี่ย (Grade point average)	0.184	0.061	0.117	2.061	.041
ค่าคงที่ (Constant)	0.628	0.412		1.524	.129

หมายเหตุ. $R = .619$, $R^2 = .383$, $F = 30.315$, $p < .05$

สามารถเขียนเป็นสมการทำนายพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (Z_{Behavior}) ในรูปคะแนนมาตรฐาน (Standardized score) ได้ดังนี้ $Z_{\text{Behavior}} = 0.375 Z_{\text{Decision}} + 0.250 Z_{\text{Media}} + 0.193 Z_{\text{Management}} + 0.117 Z_{\text{Grade point average}}$

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง โดยนักเรียนชั้น ป.6 มีความรู้มากกว่าชั้น ป.4 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากอายุและประสบการณ์มีผลต่อการพัฒนาด้านสติปัญญา ความรู้ การเรียนรู้ และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ (จิรนนท์ ช่วยศรีนวล และคณะ, 2563; ปาจร่า โพธิ์หัง, 2564) การที่นักเรียนกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดยังมีความรู้ต่ำ เนื่องจากองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ยังไม่มีรายวิชาที่สอนในหลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พ.ศ. 2551 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2562) แม้ว่าโรงเรียนได้ปรับสาระรายวิชาโดยเพิ่มเนื้อหาดังกล่าวในวิชาสุขศึกษาและจัดกิจกรรมให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 สำหรับนักเรียนแล้ว ทั้งในรูปแบบออนไลน์และออนไลน์ แต่ผลลัพธ์การเรียนรู้คือ ความรู้ยังอยู่ในระดับต้องปรับปรุง เนื่องจากปัจจัยหลายประการทั้งด้านความพร้อมของผู้สอน ผู้เรียน ผู้ปกครอง บรรยากาศการเรียนรู้ และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้ รูปแบบการเรียนรู้ (Learning style) ของนักเรียนและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ที่แตกต่างกัน (Jimola & Ofodu, 2021) แสดงให้เห็นว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ของนักเรียนมีทั้งปัจจัยด้านหลักสูตรและการเรียนการสอน ปัจจัยด้านผู้เรียน ผู้ปกครอง และสิ่งสนับสนุนการเรียนรู้

สำหรับทักษะเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง แม้ว่าโรงเรียนปรับรูปแบบการเรียนการสอนเป็นออนไลน์ดังได้กล่าวมาแล้ว นักเรียนที่มีภูมิลำเนาอยู่ในชนบทและครอบครัวมีฐานะทางเศรษฐกิจยากจน อาจขาดแคลนอุปกรณ์และสื่อการเรียนรู้ จึงประสบปัญหาในการ

เรียนรู้และเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้ (วราพรรณ วงษ์จันทร์ และปิ่นณวิษฐ์ ปิยะอร่ามวงศ์, 2564) ทำให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ Onyema et al. (2020) พบว่า ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของนักเรียน โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดในการใช้เทคโนโลยีและมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลน้อย

ผลการวิจัยต่างจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทย (ณัฐวรณ คำแสน, 2564; ดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564; นงนภัทร รุ่งเนย และคณะ, 2565) และต่างประเทศ (Alhazmi et al., 2020; Reuben, Danladi, Saleh, & Ejembi, 2021; Yue, Zhang, Cao, & Chen, 2021) พบว่า นักเรียนวัยรุ่น นักศึกษาและประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลางถึงดี ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยดังกล่าวเป็นวัยรุ่นและผู้ใหญ่ ซึ่งตามหลักของพัฒนาการและการเรียนรู้ บุคคลในวัยนี้ย่อมมีศักยภาพในการเรียนรู้และมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ได้ดีกว่าเด็กวัยเรียน (Mukhalalati & Taylor, 2019) ข้อค้นพบจึงแตกต่างกัน

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยสูงสุดของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 คือ การสวมหน้ากากอนามัยและการป้องกันการแพร่เชื้อ และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ การประเมินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาในเมืองอุฮัน ประเทศจีนพบว่า นักเรียนแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 โดยการสวมหน้ากากอนามัยมากที่สุด รองลงมาคือ การล้างมือ (Chen et al., 2020) สำหรับพฤติกรรมในด้านการประเมินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติมีคะแนนต่ำสุด เนื่องจากนักเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับต้องปรับปรุงถึงปานกลางจึงส่งผลต่อพฤติกรรมด้านการประเมินและเฝ้าระวังอาการผิดปกติต่าง ๆ ได้น้อย

เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ซึ่งกล่าวว่าระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวข้องกับความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล การสื่อสาร การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และการจัดการตนเองเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผู้ที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณ์ญาณจะทำให้ตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องได้ดี ผลการวิจัยพบว่า แม้ในกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความรู้ในระดับต้องปรับปรุงถึงพอใช้และทักษะเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกือบทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ถือว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) โดยมีทักษะการสื่อสารในระดับต่ำสุด แต่พบว่ามีทักษะการตัดสินใจปฏิบัติสิ่งที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างอยู่ในวัยเด็กอาจได้รับอิทธิพลที่มีผลต่อการตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องจากบุคคลใกล้ชิดที่เชื่อถือศรัทธา ได้แก่ บิดามารดา ครู ผู้ที่เคารพหรือชื่นชอบ เป็นต้น ประกอบกับการรณรงค์ของสื่อต่างๆ ในสังคมเน้นการป้องกันโรคอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะการสวมหน้ากากอนามัยและการล้างมือ ทำให้นักเรียนเคร่งครัดในการปฏิบัติกิจกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ดังนั้นในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของเด็กในวัยนี้ จึงควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กเป็นสำคัญ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณพบว่า ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากที่สุดในการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการวิจัยที่ผ่านมาพบว่าทักษะการตัดสินใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 (วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง, 2564) นอกจากนี้ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ทักษะการจัดการตนเอง และเกรดเฉลี่ยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ สอดคล้องกับการวิจัยของวรัญญา ไชยโคตร, รัตติยา พานิชพัฒน์, เกศิณี หาญจงสิทธิ์, ภกนิ ไชยช่วย, และอรุณราช บุรณะคงคาตรี (2564) พบว่า เกรดเฉลี่ยและความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะด้านทักษะการตัดสินใจเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคของนักเรียน การได้รับข้อมูลความรู้และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้องทั้งจากครู บิดามารดา และสื่อต่าง ๆ จะช่วยให้มีทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพ โดยต้องพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศให้นักเรียนสามารถทำความเข้าใจเนื้อหาของสื่อ ไตร่ตรองและตีความเนื้อหาได้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจและนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง (วราพรธณ วงษ์จันทร์ และปิ่นณวิชญ์ ปิยะอร่ามวงศ์, 2564) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งจะช่วยลดอุบัติการณ์การติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้เพิ่มขึ้น

สรุปผลการวิจัย

ข้อค้นพบจากการวิจัยพบว่า ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ทักษะการจัดการตนเอง และเกรดเฉลี่ยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายได้ ร้อยละ 38.3 โดยทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มากที่สุด รองลงมา คือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โรงเรียนควรทบทวนสาระรายวิชาในหลักสูตรให้มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคอาการแสดงของโรคโควิด-19 และแนวทางการประเมินอาการรวมทั้งเฝ้าระวังอาการผิดปกติเพิ่มขึ้น และควรร่วมมือกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 แก่นักเรียน ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 และเกิดความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้นักเรียนสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ถูกต้อง นอกจากนี้วิทยาลัยพยาบาลควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมบริการอนามัยโรงเรียนในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งเลือกใช้สื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับวัยเด็กเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของนักเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยต่อยอดในการพัฒนาโปรแกรมหรือรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการพัฒนาทักษะการตัดสินใจที่ถูกต้องและพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคโควิด-19 ในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น ในกรุงเทพมหานครและภูมิภาค. สืบค้นจาก <https://www.dcy.go.th/content/1639921002131/1653552555281>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการปฏิบัติสำหรับสถานศึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19. นนทบุรี: บริษัท คิว แอดเวอร์ไทซิง จำกัด.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับนักเรียนระดับประถมศึกษาตอนปลาย. สืบค้นจาก <http://www.hed.go.th/>
- จินตนา เบญจมาศ, และนาฏนภา หีบแก้ว ปัดชาสุวรรณ. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาโรงเรียนกาฬสินธุ์พิทยาสรรพ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 7(2), 98-115.
- จิรนนท์ ช่วยศรีนวล, ปุณณพัฒน์ ไชยเมตต์, และสมเกียรติยศ วรเดช. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพต่อการป้องกันโรคอ้วนของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลายในอำเภอลำลูกเกด จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 6(1), 22-34.
- จิราภรณ์ อ่อนชาพิว, และสุชาดา นันทะไชย. (2564). ปัญหาและความต้องการของการจัดการเรียนรู้ในช่วงสถานการณ์โควิด-19 โรงเรียนวัดด่านสำโรง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรปราการ เขต 1. Journal of Modern Learning Development, 6(4), 49-66.
- ครัญชนก พันธุ์สุมา, และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. ศรีนครินทร์เวชสาร, 36(5), 597-604.
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี, 4(1), 33-48.
- นางฉัตร รุ่งเนย, เพ็ญแข ดิษฐบรรจง, ภกพร กลิ่นหอม, ศิริพร ครุฑทาก, และนภาพรณี เกตุทอง. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมกาเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ของนักศึกษาพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์, 14(2), 17-37.

- นิสากร เขาวรัตน์, ศรีนิทร มังคะมณี, และพัชรินทร์ วิหคหาญ. (2565). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อโควิด-19 ของมารดาหลังคลอด. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 28(1), e258069.
- ปจรา โพธิ์หัง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ ป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารมหาวิทยาลัย บุรพา*, 29(3), 115-130.
- พิมสิริ ภูศิริ, นกัศวรณ นามบุญศรี, และเต็มฤทัย ภูประดิษฐ์. (2565). การติดเชื้อโควิด-19 ในเด็ก. *วารสาร การพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 4(1), e2688.
- วรัญญา ไชยโคตร, รัตติยาพานิพัฒน์, เกศินี หาญจรัสสิทธิ์, ภคิน ไชยช่วย, และอุรวิษ ฐนระคงคาตรี. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคซิฟิลีสนักเรียนอาชีวศึกษา. *วารสารสาธารณสุข และสุขภาพศึกษา*, 1(1), 17-31.
- วราพรรณ วงษ์จันทร์, และปิ่นณวิทย์ ปิยะอร่ามวงศ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเด็กวัยเรียน. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(4), 121-133.
- วิชัย เทียนถาวร, และณรงค์ใจเที่ยง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 126-137.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2564). *สถิติผู้ป่วยโรคโคโรนาไวรัส*. [เอกสารอัดสำเนา]
- Alhazmi, A., Ali, M. H. M., Mohieldin, A., Aziz, F., Osman, O. B., & Ahmed, W. A. (2020). Knowledge, attitudes and practices among people in Saudi Arabia regarding COVID-19: A cross-sectional study. *Journal of Public Health Research*, 9(3), jphr-2020.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2006). *Research in education* (10th ed.). Boston: Pearson Education.
- Boopathiraj, C., & Chellamani, K. (2013). Analysis of test items on difficulty level and discrimination index in the test for research in education. *International Journal of Social Science & Interdisciplinary Research*, 2(2), 189-193.
- Bröder, J., Okan, O., Bauer, U., Bruland, D., Schlupp, S., Bollweg, T. M., ... & Pinheiro, P. (2017). Health literacy in childhood and youth: a systematic review of definitions and models. *BMC public health*, 17(1), 1-25.
- Chen, X., Ran, L., Liu, Q., Hu, Q., Du, X., & Tan, X. (2020). Hand hygiene, mask-wearing behaviors and its associated factors during the COVID-19 epidemic: A cross-sectional study among primary school students in Wuhan, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8), 2893.
- Ciotti, M., Ciccozzi, M., Terrinoni, A., Jiang, W. C., Wang, C. B., & Bernardini, S. (2020). The COVID-19 pandemic. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 57(6), 365-388.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Gautam, V., Dileepan, S., Rustagi, N., Mittal, A., Patel, M., Shafi, S., . . . Raghav, P. (2021). Health literacy, preventive COVID 19 behaviour and adherence to chronic disease treatment during lockdown among patients registered at primary health facility in urban Jodhpur, Rajasthan. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 15(1), 205-211.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Boston: Cengage.
- Harkness, K., Arthur, H., & McKelvie, R. (2013). The measurement of uncertainty in caregivers of patients with heart failure. *Journal of Nursing Measurement*, 21(1), 23-42.
- Hyde, Z. (2020). COVID-19, children and schools: Overlooked and at risk. *Medical Journal of Australia*, 213(10), 444-446.
- Jimola, F. E., & Ofodu, G. O. (2021). Sustaining learning during COVID-19 seismic shift: The need to develop flexible pedagogy. *Interdisciplinary Journal of Education Research*, 3(1), 14-26.
- Kim, S., & Kim, S. (2020). Analysis of the impact of health beliefs and resource factors on preventive behaviors against the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8666.
- Mukhalalati, B. A., & Taylor, A. (2019). Adult learning theories in context: a quick guide for healthcare professional educators. *Journal of medical education and curricular development*, 6, 1-10.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Onyema, E. M., Eucheria, N. C., Obafemi, F. A., Sen, S., Atonye, F. G., Sharma, A., & Alsayed, A. O. (2020). Impact of Coronavirus pandemic on education. *Journal of Education and Practice*, 11(13), 108-121.
- Phelps, C., & Sperry, L. L. (2020). Children and the COVID-19 pandemic. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S73.
- Reuben, R. C., Danladi, M., Saleh, D. A., & Ejembi, P. E. (2021). Knowledge, attitudes and practices towards COVID-19: An epidemiological survey in North-Central Nigeria. *Journal of Community Health*, 46(3), 457-470.
- Shen, F., Min, C., Lu, Y., & Chu, Y. (2021). The effect of cognition and affect on preventive behaviors during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study in China. *BMC Public Health*, 21(1), 1-8.

- Yue, S., Zhang, J., Cao, M., & Chen, B. (2021). Knowledge, attitudes and practices of COVID-19 among urban and rural residents in China: A cross-sectional study. *Journal of Community Health, 46*(2), 286-291.
- World Health Organization (WHO). (2020). *Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332447/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.1-eng.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2022). *WHO coronavirus (COVID-19) dashboard*. Retrieved from <https://covid19.who.int/>

ผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาล ในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง

สุมาลี สุขไชย, พย.บ.^{1*}

วรางคณา คำยิ่ง, พย.ม.²

จินตนา วงศ์ยุทธจักร, พย.บ.²

ฉัตรทอง เวบสูงเนิน, พย.บ.²

(วันที่ส่งบทความ: 15 พฤศจิกายน 2565; วันที่แก้ไข: 7 ธันวาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 8 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การรักษาพยาบาลผู้ที่มีการบาดเจ็บที่สมองในระดับปานกลางถึงรุนแรงล่าช้าจะส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิต งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Traumatic Brain Injury [CNPG-TBI]) และศึกษาประสิทธิผลของ CNPG-TBI ต่อผลลัพธ์การพยาบาล และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้นโยบายดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรงจำนวน 100 คน (แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 50 คน) และพยาบาลวิชาชีพจำนวน 67 คน เครื่องมือในการวิจัยคือ 1) CNPG-TBI ซึ่งมีดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .89 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป 3) แบบบันทึกผลลัพธ์การพยาบาล และ 4) แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test ผลวิจัยพบว่า CNPG-TBI มีแนวทางการดูแล 2 ระยะ คือ การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล และการดูแลในโรงพยาบาล และเป็นแนวปฏิบัติที่มีคุณภาพสูงกว่าร้อยละ 60 ทุกด้าน ซึ่งอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ หลังการใช้นโยบายพบว่าวันนอนโรงพยาบาลและระยะเวลาในแผนกฉุกเฉินของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.01, p = .04$ และ $Z = -2.72, p = .007$, ตามลำดับ) และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.21, SD = 0.60$) โดยด้าน เนื้อหาที่มีความชัดเจน ($M = 3.13, SD = 0.67$) มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด จากผลการวิจัยดังกล่าวจึงควรดูแลผู้ที่มีการบาดเจ็บที่สมองด้วย CNPG-TBI ที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่อง และควรปรับปรุงเนื้อหาให้มีความชัดเจนมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง, แนวปฏิบัติการพยาบาล, ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

* ผู้ประพันธ์บทความ: สุมาลี สุขไชย, อีเมล: susukyai@hotmail.com

The Effects of Clinical Nursing Practice Guideline Development on Nursing Outcomes in Patients with Traumatic Brain Injury

Sumalee Sukyai, B.N.S.^{1}*

Warangkham Khamying, M.N.S.²

Chintana Wongyutthachak, B.N.S.²

Charthong Wabesoongnern, B.N.S.²

(Received: November 15th, 2022; Revised: December 7th, 2022; Accepted: December 8th, 2022)

Abstract

Delayed medical care for patients with moderate to severe traumatic brain injury (TBI) could consequently cause deformity and death. This study aimed to develop Clinical Nursing Practice Guidelines for Patients with Traumatic Brain Injury (CNPG-TBI) and examine the effects of the CNPG-TBI on nursing outcomes and the satisfaction of registered nurses (RNs) with the guidelines. The sample consisted of 100 persons with moderate to severe TBI, with 50 assigned to the experimental and 50 to the comparison group, and 67 RNs. The research instruments were composed of 1) the CNPG-TBI (Cronbach alpha coefficient of .89, 2) a demographic data form, 3) the nursing outcomes records, and 4) the satisfaction questionnaire (Cronbach alpha coefficient of .80). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-squared test, Fisher's exact test, and Mann–Whitney U test. The findings showed that 1) The CNPG-TBI consisted of 2 phases, including pre-hospital management and in-hospital management and that its quality was more than 60 percent for all domains which were acceptable. After implementing the CNPG-TBI, we found that the length of stay in the hospital and average time in the emergency room of patients in the experimental group were statistically significantly less than those in the comparison group ($Z = -2.01$, $p = .04$ and $Z = -2.72$, $p = .007$, respectively). In addition, the RNs had a high level of satisfaction with the guidelines ($M = 3.21$, $SD = 0.60$) level, although the lowest mean score was related to the having clear content aspect ($M = 3.13$, $SD = 0.67$). Based on the research results, the developed CNPG-TBI should be continue to be employed to care for TBI patients and while it is rewritten to further clarify the content.

Keywords: patients with traumatic brain injury, clinical nursing practice guideline, nursing outcomes

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital, Nakhon Ratchasima

² Registered Nurse, Professional Level, Maharat Nakhon Ratchasima Hospital

* Corresponding author: Sumalee Sukyai, Email: susukyai@hotmail.com

บทนำ

การบาดเจ็บที่สมองเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้ป่วย โดยส่วนใหญ่สัมพันธ์กับการเกิดอุบัติเหตุทางจราจร อุบัติการณ์ทั่วโลกพบผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางจราจรมากถึง 13.5 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2018) สำหรับประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุสูงที่สุดเป็นอันดับ 9 ของโลก และเป็นอันดับ 1 ในเอเชียและภูมิภาคอาเซียน (สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่ง, 2563) การบาดเจ็บที่สมอง เกิดจากแรงกระทำจากภายนอกขณะเกิดอุบัติเหตุ ทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง (Menon, Schwab, Wright, & Maas, 2010) ความรุนแรงของการบาดเจ็บสามารถจำแนกตามระดับความรู้สึกตัว โดยทั่วไปประเมินจากคะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) แบ่งเป็นระดับรุนแรงมาก ระดับรุนแรงปานกลาง และระดับรุนแรงน้อย โดยในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองตั้งแต่ระดับปานกลางถึงรุนแรงมาก ย่อมเกิดจากแรงกระทำที่ศีรษะ จนมีการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของสมองอย่างรวดเร็ว จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะภาวะการเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะ (Increase Intracranial Pressure [IICP]) ส่งผลให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงสมองลดลง (Wagner et al., 2021) ถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ โดยส่วนใหญ่มีสาเหตุจากภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะเพิ่มภายหลังการบาดเจ็บ หากประเมินพบอาการเปลี่ยนแปลงได้ล่าช้า ย่อมทำให้การเข้าถึงการดูแลรักษาล่าช้าและไม่เหมาะสม ส่งผลกระทบถึงการฟื้นตัวของผู้ป่วย จำนวนวันนอนในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น เกิดความพิการชั่วคราวหรือถาวร และอาจรุนแรงถึงขั้นทำให้เสียชีวิตได้ (สุภาสวรรค์ เลี่ยมสกุล และกัญญดา ประจุศิลป์, 2560) ด้วยอุบัติการณ์อุบัติเหตุทางจราจรที่ยังไม่มีแนวโน้มลดลง พยาธิสภาพการบาดเจ็บที่ซับซ้อน อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยสูง และคงเหลือภาวะทุพพลภาพ การบาดเจ็บที่สมองจึงเป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ที่ทำให้สูญเสียทั้งทรัพยากรบุคคลและเศรษฐกิจเป็นจำนวนมาก

โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ได้จัดตั้งศูนย์อุบัติเหตุรับส่งต่อผู้ป่วย มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยระบบประสาทที่ซับซ้อน จากสถิติโรงพยาบาลมีผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ระหว่าง พ.ศ. 2560 - 2564 จำนวน 738, 773, 766, 751 และ 690 ราย ตามลำดับ โดยมีอัตราการเสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 57.38 (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2564ข) ถึงแม้โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาจะได้นำแนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ (Clinical Practice Guideline for Trauma Brain Injury) ของราชวิทยาลัยศัลยแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2562 (นครชัย เฟื่อนปทุม และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล, 2562) มาใช้ แต่อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองยังมีอัตราสูง จากการทบทวนเวชระเบียนและประเมินปัญหาในหน่วยงาน (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, 2564ก) พบว่าแนวทางเวชปฏิบัติที่ใช้ในปัจจุบันยังไม่มีแนวทางการพยาบาลที่ชัดเจน อีกทั้งพบการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาทล่าช้า ตั้งแต่ในระยะแรกรับที่แผนกฉุกเฉินต่อเนื่องถึงหอผู้ป่วยใน ประกอบกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่ยังไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง (ร้อยละ 76.50) และมีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 76.47)

จากประเด็นปัญหาดังที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (Clinical Nursing Practice Guideline for Patients with Traumatic Brain Injury [CNPG-TBI]) จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับบูรณาการแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัย การแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1998) เพื่อกำหนดแนวทางการพยาบาลที่เป็นมาตรฐาน และเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วย จากการศึกษที่ผ่านมา พบว่า มีการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลมาดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ทั้งในประเทศและต่างประเทศเพิ่มมากขึ้น ผลการวิจัยส่วนใหญ่พบว่า แนวทางปฏิบัติการพยาบาลทำให้ผลลัพธ์ดีขึ้นในเรื่องของการลดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเสียชีวิต และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (แอน ไทยอุดม และนที ลุ่มนอก, 2561) การศึกษานี้ผู้วิจัยจึงพัฒนา CNPG-TBI เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้รวดเร็วและเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะที่ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับผ่าตัดสมองซ้ำ จนมีผลต่อการฟื้นตัวและจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย และศึกษาผลลัพธ์ของการใช้ CNPG-TBI ทั้งต่อผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ เพื่อเป็นข้อมูลในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

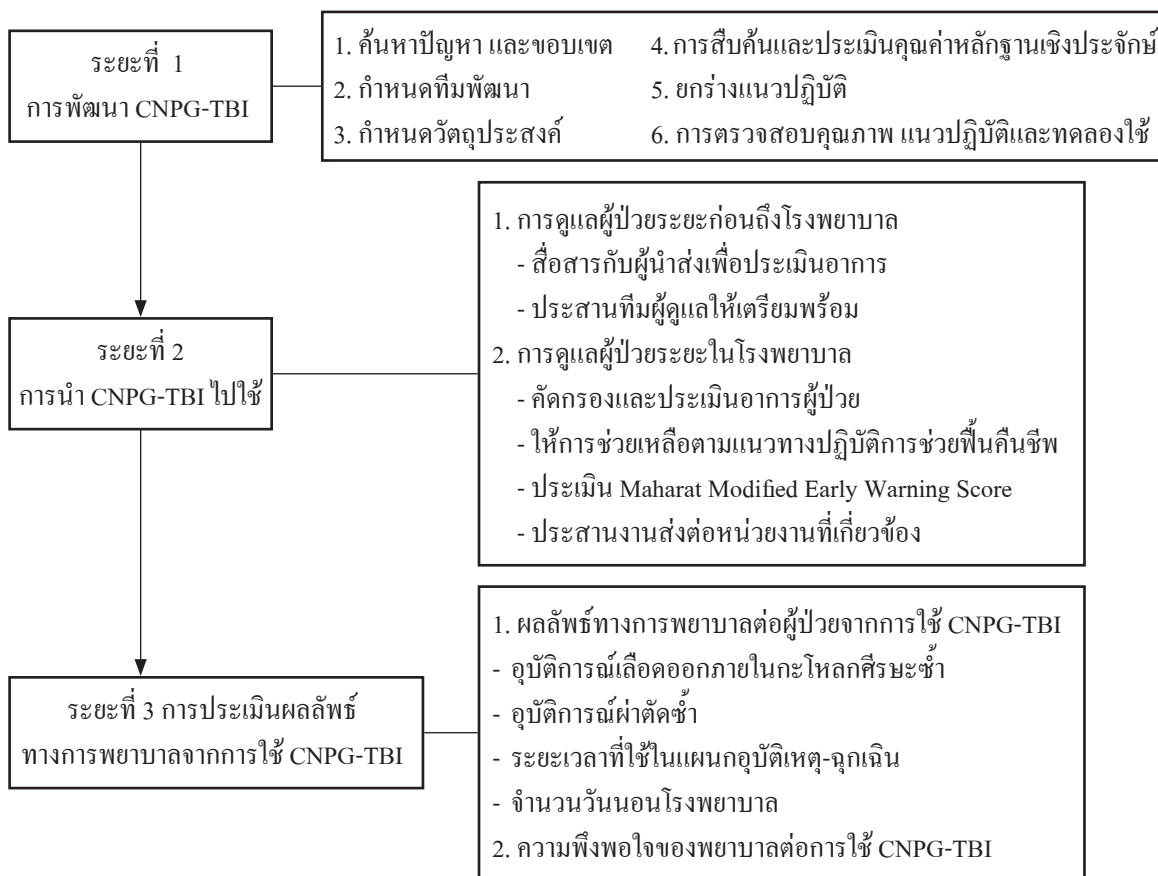
1. เพื่อพัฒนา CNPG-TBI
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยจากการใช้ CNPG-TBI
3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้ CNPG-TBI

สมมุติฐานการวิจัย

1. CNPG-TBI ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ
2. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลระหว่างผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตาม CNPG-TBI มีความแตกต่างกัน
3. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้ CNPG-TBI

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยพัฒนา CNPG-TBI จากการทบทวนวรรณกรรม บูรณาการร่วมกับกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัย การแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ซึ่งได้กำหนดกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนา CNPG-TBI ระยะที่ 2 การนำ CNPG-TBI ไปใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง และระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้ CNPG-TBI ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ 1) ทบทวนวรรณกรรมและพัฒนา CNPG-TBI ระหว่างเดือนเมษายน-สิงหาคม 2565 2) นำ CNPG-TBI ไปใช้ระหว่างเดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2565 และ 3) ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้ CNPG-TBI เมื่อสิ้นสุดการวิจัยในเดือนพฤศจิกายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่

1. ประชากรที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง เข้ารับการรักษาตั้งแต่แรกรับในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน ต่อเนื่องถึงแผนกผู้ป่วยใน ได้แก่ หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุหญิง-ชาย หรือหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากค่าอิทธิพล (Effect size) ในการศึกษาของ Awad, Ahmed, and Kandeel (2022) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยนี้ได้ค่าอิทธิพล เท่ากับ 0.59 ประมาณค่าขนาดอิทธิพลของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ .05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power analysis) เท่ากับ .80 (Polit & Hungler, 1987 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2563) ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 44 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเก็บข้อมูลโดย

ใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการพยาบาลตาม CNPG-TBI 50 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 50 คน รวมทั้งสิ้น 100 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระบบเดียวจากทุกสาเหตุ 2) มีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมองจำแนกโดยคะแนน GCS ในระดับปานกลาง (GCS = 9-12) ถึงระดับรุนแรง (GCS = 3-8 คะแนน) เกณฑ์การคัดออก คือ 1) ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่กลับมารักษซ้ำ 2) ผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะสมองตาย

2. ประชากรเป้าหมายที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์ในการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ปฏิบัติงานในหน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุหญิง-ชายและหอผู้ป่วยศัลยกรรมประสาทอุบัติเหตุ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ซึ่งได้ใช้ CNPG-TBI จำนวน 70 คน ในการศึกษา มีกลุ่มตัวอย่างถอนตัวจากงานวิจัย 3 คน เหลือ 67 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ใบรับรองเลขที่ 085/2022 ลงวันที่ 21 กรกฎาคม 2565 แล้วจึงดำเนินการขออนุญาตเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาต ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยโดยละเอียด เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยจะขออนุญาตจากผู้มีสิทธิยินยอมแทนผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยอิสระ โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลที่ได้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลที่ได้ในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ CNPG-TBI ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ บูรณาการร่วมกับแนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกตามแนวทางของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) กระบวนการพัฒนา มี 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนา CNPG-TBI

1) กำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหาจากการทบทวนวรรณกรรมและการสนทนากลุ่ม (Focus group) ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองของพยาบาลวิชาชีพของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบปัญหาว่า มีการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้ล่าช้า ขาดทักษะในการใช้เครื่องมือเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง กระบวนการดูแลผู้ป่วยยังขาดความต่อเนื่องในแต่ละหน่วยงาน บทบาทของพยาบาลวิชาชีพยังขาดความชัดเจนในแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ใช้ในปัจจุบัน

2) การกำหนดทีมพัฒนา CNPG-TBI จากบุคคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ประกอบด้วย ศัลยแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพจากหน่วยงานอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน

หอผู้ป่วยในกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยศัลยกรรม จัดตั้งเป็นคณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติการทางคลินิก จำนวน 10 คน

3) การกำหนดวัตถุประสงค์ของการพัฒนา CNPG-TBI คือ 1) เพื่อกำหนดแนวทางการพยาบาลให้เป็นมาตรฐาน และมีความต่อเนื่องของกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกรับที่แผนกฉุกเฉินจนถึงหอผู้ป่วย 2) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและพัฒนาทักษะของการประเมินอาการเพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลง

4) การสืบค้นและการประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนา CNPG-TBI โดยสืบค้นผ่านทางฐานข้อมูล PubMed, ScienceDirect, Wiley Library, Scopus และ Thai Journals Online โดยกำหนดเป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ตั้งแต่ ค.ศ. 2018 ถึง ค.ศ. 2022 มีการเผยแพร่ผลงานที่สามารถเข้าถึงได้ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษแบบฉบับเต็ม (Full text) ทำการศึกษาในผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีผลงานที่ผ่านเกณฑ์และนำมาประเมินระดับคุณภาพของงานวิจัยอ้างอิงจาก Joanna Briggs Institute (2015) จำนวน 10 เรื่อง พบว่าเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ระดับ 2a (การทบทวนงานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างเป็นระบบ) จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 2b (การทบทวนงานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มและงานวิจัยอื่นๆ ที่ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ต่ำกว่าอย่างเป็นระบบ) จำนวน 3 เรื่อง ระดับ 2d (งานวิจัยวัดก่อนและหลังการทดลอง/ศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม) จำนวน 1 เรื่อง ระดับ 3b (การทบทวนและเปรียบเทียบงานวิจัยไปข้างหน้ากับงานวิจัยที่มีระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ต่ำกว่าอย่างเป็นระบบ) จำนวน 1 เรื่อง และระดับ 4b (การวิจัยเชิงบรรยาย ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง) จำนวน 2 เรื่อง นำมาสังเคราะห์เนื้อหาเพื่อยกร่าง แนวปฏิบัติการพยาบาล

5) ยกร่างแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยสรุป ภายหลังจากทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จัดหมวดหมู่ของสาระสำคัญของ CNPG-TBI

6) การตรวจสอบคุณภาพของ CNPG-TBI โดยการตรวจสอบความเหมาะสม ความตรง ความถูกต้องของเนื้อหา และความชัดเจนของภาษา จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิก ผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล และตรวจสอบคุณภาพของ CNPG-TBI โดยใช้แบบประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (Appraisal of Guideline for Research and Evaluation II [AGREE II]) ฉบับภาษาไทย ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ (2556) เพื่อประเมินคุณภาพของ CNPG-TBI ในแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ ด้านการมีส่วนร่วม ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำ ด้านความชัดเจนของการนำเสนอ ด้านการนำไปใช้และด้านความเป็นอิสระของแนวปฏิบัติ โดยเกณฑ์การประเมินคุณภาพของแนวปฏิบัติควรมากกว่าร้อยละ 60 ทั้งรายด้านและโดยรวม ซึ่ง CNPG-TBI ที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับสามารถนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 การนำ CNPG-TBI ไปใช้ โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้จำนวน 10 คน จากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปปฏิบัติจริงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้ CNPG-TBI ด้วยการประเมินทั้งในเชิงโครงสร้าง กระบวนการของแนวปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงให้เกิดประสิทธิภาพในการที่จะนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย มีลักษณะให้เติมคำและมีตัวเลือกตอบ ประกอบด้วย เพศ ช่วงอายุ โรคประจำตัว สาเหตุการบาดเจ็บที่สมอง กลไกการบาดเจ็บ การวินิจฉัย ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง และการรักษา

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยจากการใช้ CNPG-TBI ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้รวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนของผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่างโดยการเติมคำและเลือกตอบ ประกอบด้วย การเกิดภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะซ้ำ (Re-bleeding) การผ่าตัดซ้ำ (Re-surgery) ระยะเวลาที่ใช้ในแผนกฉุกเฉิน (Emergency room [ER] definite time) และจำนวนวันนอนโรงพยาบาล (Hospital length of stay [H-LOS])

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้ CNPG-TBI ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกทั้งหมด มีจำนวน 5 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่พึงพอใจกับการใช้แนวปฏิบัติเลย) ถึง 4 (พึงพอใจต่อแนวปฏิบัติมากที่สุด) การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของรัตนศิริทาโต (2561) ดังนี้ พึงพอใจน้อยที่สุด ($M = 0.00-1.33$) พึงพอใจปานกลาง ($M = 1.34-2.60$) และพึงพอใจมากที่สุด ($M = 2.61-4.00$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของ CNPG-TBI โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน เพื่อประเมินความครอบคลุมเนื้อหา ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ กรอบแนวคิดและทฤษฎี จากนั้นนำเครื่องมือไปปรับปรุงแก้ไขให้ตรงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำมาทดลองกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา 10 คน หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้จริง ส่วนเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 ส่วน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน วิเคราะห์ค่าความตรงด้วยดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .89

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้ CNPG-TBI ไปทดลองใช้กับพยาบาลวิชาชีพลักษณะใกล้เคียงกับประชากรเป้าหมายจำนวน 10 คน แล้ววิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคได้เท่ากับ .71 และเมื่อนำเครื่องมือไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) เท่ากับ .80 ซึ่งค่าความเที่ยงระหว่าง .70-.90 สามารถประเมินได้ว่าเครื่องมืออยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับได้ (DeVellis, 2012 อ้างถึงใน รัตนศิริทาโต, 2561)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนของการวิจัยใน 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนา CNPG-TBI ผู้วิจัยทบทวนเวชระเบียนและประเมินปัญหาในหน่วยงาน จากนั้นพัฒนา CNPG-TBI จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง บูรณาการร่วมกับแนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกตามแนวทางของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) จนได้เป็น CNPG-TBI

ระยะที่ 2 การนำ CNPG-TBI ไปใช้ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยเข้าไปชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินการวิจัย ที่หน่วยงานผู้ป่วยอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน หอผู้ป่วยศัลยกรรมอุบัติเหตุชาย - หญิง หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบประสาท และขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูล

2) เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มเปรียบเทียบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้ และการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยซักถามข้อมูลทั่วไป และรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัย และการรักษาจากเวชระเบียน จากนั้นให้ได้รับการดูแลตามปกติระหว่างเดือน สิงหาคม 2565 – กันยายน 2565 จนครบ 50 คน

3) ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ด้วยการจัดประชุมเพื่ออธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ ชี้แจงและพัฒนาทักษะในการนำ CNPG-TBI ไปใช้ โดยเน้นบทบาทของพยาบาล และทักษะการประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพตามแนวปฏิบัติการพยาบาล และเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย

4) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองในกลุ่มทดลองตามเกณฑ์ที่กำหนด ขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมการวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยครั้งนี้ และการพิทักษ์สิทธิในการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยซักถามข้อมูลทั่วไป และรวบรวมข้อมูลการวินิจฉัย และการรักษาจากเวชระเบียน

5) จากนั้นพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการประชุมและพัฒนาทักษะให้การพยาบาลตาม CNPG-TBI กับกลุ่มทดลอง โดยมีหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย คอยกำกับและติดตามจนครบ 50 คน โดยเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองระหว่างเดือนตุลาคม 2565 – พฤศจิกายน 2565

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้ CNPG-TBI โดยในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วย ผู้วิจัยจะบันทึกผลลงในแบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยจากการใช้ CNPG-TBI ในวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือจนถึงสิ้นสุดระยะดำเนินการวิจัย และหลังจากใช้แนวปฏิบัติ ให้พยาบาลวิชาชีพที่เป็นประชากรเป้าหมายทำแบบสอบถามความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้ CNPG-TBI ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย แจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ แล้วเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดย เพศ สาเหตุการบาดเจ็บที่สมอง และการวินิจฉัย วิเคราะห์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-squared test) โรคประจำตัว กลไกการบาดเจ็บ และการรักษา วิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ส่วนช่วงอายุ และระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

2. ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยจากการใช้ CNPG-TBI แจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ แล้วตรวจสอบลักษณะการกระจายของข้อมูลพบว่าไม่เป็นโค้งปกติ จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบด้วยค่าสถิตินอนพารามेटริก โดยข้อมูลการเกิดภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะซ้ำวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square และการผ่าตัดซ้ำวิเคราะห์ด้วยสถิติ Fisher's exact test ส่วนข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และระยะเวลาในแผนกฉุกเฉิน วิเคราะห์ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

3. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้ CNPG-TBI นำมาหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วแปลผลระดับความพึงพอใจเทียบกับเกณฑ์

ผลการวิจัย

นำเสนอตามวัตถุประสงค์ ประกอบด้วย 1) ผลการพัฒนา CNPG-TBI 2) ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยจากการใช้ CNPG-TBI และ 3) ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้ CNPG-TBI ดังนี้

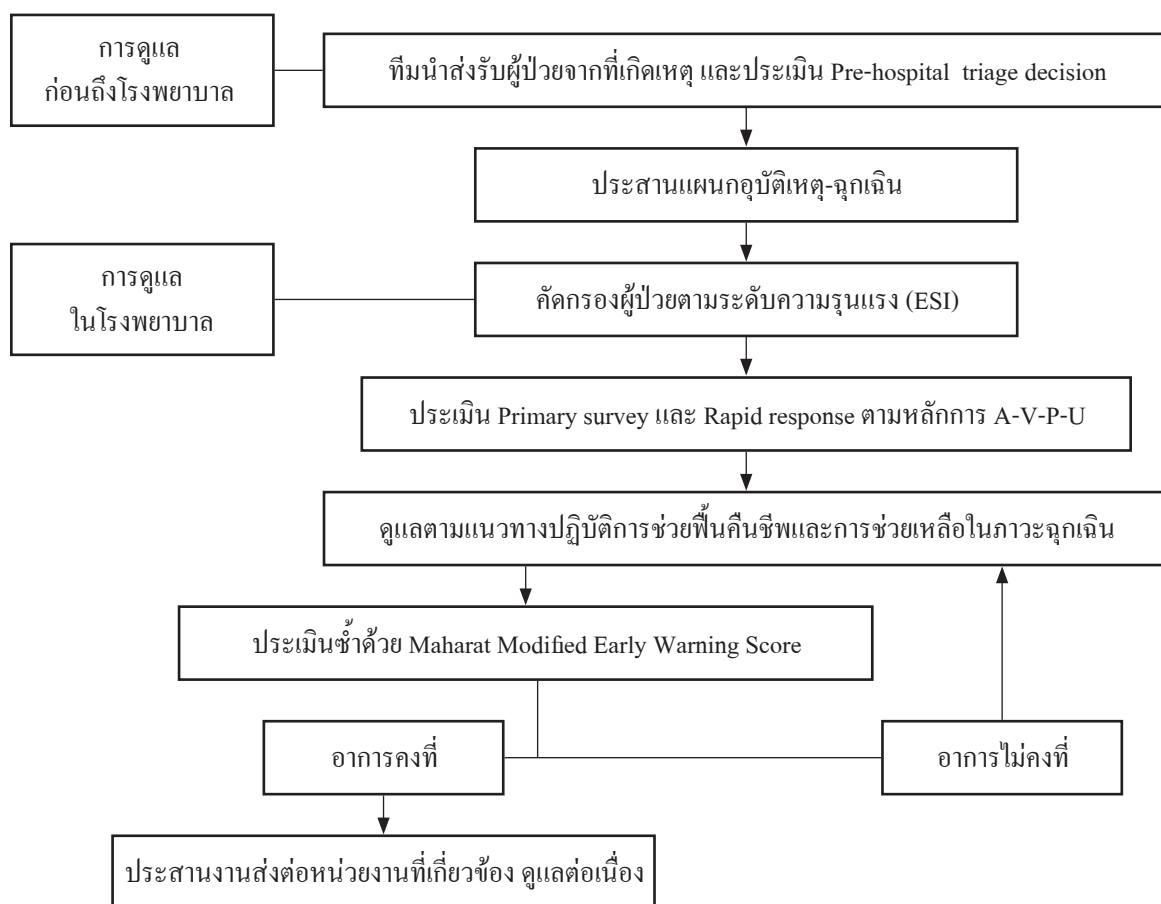
ผลของการพัฒนา CNPG-TBI

การทบทวนวรรณกรรม บูรณาการร่วมกับแนวคิดการพัฒนาแนวทางปฏิบัติทางคลินิกตามแนวทางของสภาวิชาชีพการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) ทำให้ได้ CNPG-TBI เมื่อประเมินคุณภาพด้วย AGREE II (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2556) พบว่า CNPG-TBI มีคุณภาพแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านขอบเขตและวัตถุประสงค์ได้ร้อยละ 95.83 ด้านการมีส่วนร่วมได้ร้อยละ 83.33 ด้านความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำได้ร้อยละ 82.29 ด้านความชัดเจนของการนำเสนอได้ร้อยละ 72.22 ด้านการนำไปใช้ได้ร้อยละ 73.95 และด้านความเป็นอิสระของแนวปฏิบัติได้ร้อยละ 85.41 นั่นคือ CNPG-TBI มีคุณภาพสูงกว่าร้อยละ 60 ทุกด้าน ซึ่งอยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ โดย CNPG-TBI แบ่งการดูแลออกเป็น 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 การดูแลผู้ป่วยระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) มีการสื่อสารกับผู้นำส่งระยะก่อนถึงโรงพยาบาล ด้วยการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการตามระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บเพื่อเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วน (Pre-hospital triage decision) โดยใช้เกณฑ์การประเมิน คือ ผู้ป่วยมีระดับ GCS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน ความดันโลหิตช่วงหัวใจบีบตัว (Systemic Blood Pressure [SBP]) น้อยกว่า 90 mmHg อัตราการหายใจน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาที หรือมากกว่า 29 ครั้งต่อนาที 2) ประสานแผนก

อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน (Team trauma alert) รับทราบ ก่อนนำผู้ป่วยส่งถึงห้องช่วยชีวิตฉุกเฉิน (Resuscitation room) เพื่อจัดเตรียมอุปกรณ์ และสำรองเลือดให้เหมาะสม

ระยะที่ 2 การดูแลผู้ป่วยระยะในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 1) คัดกรองผู้ป่วยเข้าตรวจตามระดับความรุนแรง (Emergency Severity Index [ESI]) 2) ประเมินความผิดปกติที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันสั้น (Primary survey) ด้วยการประเมินตามแนวทางปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน (Resuscitation) ได้แก่ การประเมินระบบทางเดินหายใจ (Airway with cervical spine control) การหายใจ (Breathing) และระบบไหลเวียนโลหิต (Circulation) ร่วมกับการประเมินการบาดเจ็บอย่างรวดเร็ว (Rapid response) โดยประเมินความรู้สึกตัว ตามหลักการ A-V-P-U มีระดับคือ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี (Alert [A]) ผู้ป่วยซึม ตอบสนองต่อเสียงเรียก (Verbal stimuli [V]) ผู้ป่วยหมดสติ แต่ตอบสนองความเจ็บปวด (Painful stimuli [P]) และไม่มีการตอบสนอง (Unresponsive [U]) 3) ดูแลตามแนวทางปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพและการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉิน 4) ประเมินซ้ำตาม Maharat Modified Early Warning Score (โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา, มปป.) และ 5) ประสานงานส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังแสดงตามแผนภูมิ ในภาพที่ 2



ภาพที่ 2 แผนภูมิแนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมอง (CNPG-TBI)

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยจากการใช้ CNPG-TBI

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติ Chi-square, Fisher's exact test และ Mann-Whitney U test พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
เพศ			.48 ⁿ
ชาย	25 (50)	40 (80)	
หญิง	25 (50)	10 (20)	
ช่วงอายุ (ปี)			.06 ⁿ
18-27	16 (32)	6 (12)	
28-37	1 (2)	8 (16)	
38-47	6 (12)	10 (20)	
48-57	5 (10)	12 (24)	
มากกว่า 58	22 (44)	14 (28)	
โรคประจำตัว			.35 ⁿ
ไม่มี	34 (68)	37 (74)	
เบาหวาน	3 (6)	2 (4)	
ความดันโลหิตสูง	4 (8)	5 (10)	
โรคหัวใจ	-	2 (4)	
อื่นๆ	9 (18)	4 (8)	
สาเหตุการบาดเจ็บที่สมอง			.64 ⁿ
อุบัติเหตุจราจร	32 (64)	27 (54)	
พลัดตกที่สูง หกล้ม	13 (26)	19 (38)	
จมน้ำ	2 (4)	-	
ถูกทำร้าย	3 (6)	4 (8)	
กลไกการบาดเจ็บ			.72 ⁿ
การบาดเจ็บจากวัตถุไม่มีคม	48 (96)	47 (94)	
การบาดเจ็บจากของมีคม	2 (4)	3 (6)	

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
การวินิจฉัย			.20 ⁿ
เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นนอก	22 (44)	15 (30)	
เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองชั้นกลาง	19 (20)	12 (24)	
เลือดคั่งภายในเนื้อสมอง	5 (10)	11 (22)	
เลือดออกเหนือเยื่อหุ้มสมองชั้นนอก	3 (6)	7 (14)	
บาดเจ็บที่สมองหลายตำแหน่ง	10 (20)	5 (10)	
ระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บที่สมอง			.89 ⁿ
ปานกลาง (GCS 9-12 คะแนน)	12 (24)	21 (42)	
รุนแรง (GCS 3-8 คะแนน)	38 (76)	29 (58)	
การรักษา			.78 ⁿ
การผ่าตัด	13 (74)	27 (54)	
รักษาตัวในหอผู้ป่วยหนัก	21 (42)	10 (20)	
รักษาตัวในหอผู้ป่วยสามัญ	29 (58)	49 (98)	
ส่งตัวรักษาต่อ	3 (6)	-	

หมายเหตุ. ⁿ กลุ่มละ 50, ⁿ Chi-squared test, ⁿ Fisher's exact test, ⁿ Mann-Whitney U test

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยจากการใช้ CNPG-TBI ด้วยการเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะซ้ำ ด้วยสถิติ Fisher's exact test และข้อมูลการผ่าตัดซ้ำด้วยสถิติ Chi-square พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอุบัติการณ์ไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบอุบัติการณ์การเกิดภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะซ้ำ และการผ่าตัดซ้ำ

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ	χ^2	df	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
ภาวะเลือดออกภายในกะโหลกศีรษะซ้ำ	2 (4)	-	-	-	1.00 ⁿ
การผ่าตัดซ้ำ	5 (10)	7 (14)	.90	1	.34 ⁿ

หมายเหตุ. ⁿ กลุ่มละ 50, ⁿ Chi-squared test, ⁿ Fisher's exact test

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยจากการใช้ CNPG-TBI ด้วยการเปรียบเทียบข้อมูลจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และระยะเวลาในแผนกฉุกเฉิน ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และระยะเวลาในแผนกฉุกเฉินของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบจำนวนวันนอนโรงพยาบาล และระยะเวลาในแผนกฉุกเฉิน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย	Mean Rank	Mann-Whitney U	Z	p-value
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล		958.00	-2.01	.040* ^u
กลุ่มทดลอง	44.66			
กลุ่มเปรียบเทียบ	56.34			
ระยะเวลาในแผนกฉุกเฉิน		855.50	-2.72	.007* ^u
กลุ่มทดลอง	42.61			
กลุ่มเปรียบเทียบ	58.39			

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 50, * $p < .05$, ^u Mann-Whitney U test

ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้ CNPG-TBI

การศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้ CNPG-TBI พบว่ามีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 3.21$, $SD = 0.60$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านประโยชน์ต่อหน่วยงาน ($M = 3.31$, $SD = 0.60$) รองลงมา คือ การเห็นด้วยกับการใช้แนวปฏิบัติ ($M = 3.25$, $SD = 0.65$) ด้านการนำไปปฏิบัติได้จริง ($M = 3.23$, $SD = 0.65$) ด้านความสะดวกง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ ($M = 3.14$, $SD = 0.70$) และด้านเนื้อหา มีความชัดเจน ($M = 3.13$, $SD = 0.67$) ตามลำดับ

อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลต่อผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมอง เรียงลำดับตามวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ การศึกษาผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วย และความพึงพอใจของพยาบาลจากการใช้ CNPG-TBI ดังรายละเอียดต่อไปนี้

CNPG-TBI ที่พัฒนาขึ้นมีคุณภาพ อยู่ในระดับเป็นที่ยอมรับ ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติมีความเข้มงวดและเป็นไปตามแนวทางของสภาวิชาชีพทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1998) กระบวนการพัฒนา CNPG-TBI ที่เริ่มตั้งแต่การกำหนดปัญหาและขนาดของปัญหา มีการกำหนดทีมผู้รับผิดชอบ และผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมกำหนดวัตถุประสงค์ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ดีที่สุด และมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาให้ข้อเสนอแนะ มีการนำไปทดลองใช้ก่อนนำไปปฏิบัติจริง การสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลจากองค์ความรู้ด้วยหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง ทำให้หน่วยงานบริการได้มีแนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ มีการศึกษาพบว่า การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยในการปรับปรุงคุณภาพ (พนิตนันท์ หนูชัยปลอด, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และ หทัยรัตน์ แสงจันทร์, 2557) ทำให้ได้แนวทางปฏิบัติที่เพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้รับบริการ (ทิพวรรณ บุญสนอง, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, และ ประณีต ส่องวัฒนา, 2555) และเพิ่มผลลัพธ์ทางการดูแล (Hollon et al., 2014) ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนา CNPG-TBI

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลต่อผู้ป่วยจากการใช้ CNPG-TB พบว่า อุบัติการณ์เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะซ้ำ อุบัติการณ์ผ่าตัดซ้ำ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มที่ได้รับ CNPG-TBI ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย เนื่องด้วยพยาธิสภาพของการบาดเจ็บที่สมองมีความซับซ้อน ผลการรักษาขึ้นอยู่กับตำแหน่งการบาดเจ็บและระดับความรุนแรง การที่ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บที่สมองในระดับความรุนแรงต่างกัน ย่อมส่งผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการบาดเจ็บ และทำให้ต้องได้รับการรักษาที่แตกต่างกัน (Cordoba, Frache, & Roldan, 2022) เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับความรุนแรงของการบาดเจ็บไม่แตกต่างกัน ทำให้ผลการศึกษาเปรียบเทียบอุบัติการณ์เลือดออกภายในกะโหลกศีรษะซ้ำ และผู้ป่วยต้องทำการผ่าตัดซ้ำไม่แตกต่างกัน

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลในเรื่องของระยะเวลาที่ใช้ในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและวันนอนโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ได้รับการดูแลตาม CNPG-TBI ใช้ระยะเวลาน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย เนื่องด้วยการพัฒนา CNPG-TBI ก่อให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ชัดเจน ลดกระบวนการที่ซ้ำซ้อน โดยเริ่มจากระยะก่อนถึงโรงพยาบาลด้วยการประสานงานตั้งแต่จุดเกิดเหตุ เพื่อเตรียมความพร้อม ต่อเนื่องถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ด้วยการประเมินและคัดกรองผู้ป่วยเข้าตรวจตามระดับความรุนแรง จากนั้นประเมินค้นหาความผิดปกติ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในเวลาอันสั้น ร่วมกับการประเมินการบาดเจ็บอย่างรวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินอย่างทันท่วงที จากนั้นจะประเมินซ้ำตามแบบประเมิน Maharat Modified Early Warning Score ก่อนที่จะประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อผู้ป่วยมีอาการคงที่ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของวินุสย์ เตชะโกศล (2557) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะระดับรุนแรงที่ใช้ระยะเวลาดังแต่แรกรับที่แผนกฉุกเฉินจนถึงเข้ารับการผ่าตัดน้อยกว่า 4 ชั่วโมง จะมีการฟื้นตัวได้ดีกว่าและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลน้อยกว่าและสอดคล้องกับการศึกษาของสรียา ทวีกุล (2561) ที่พัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะด้วยการพัฒนาความรู้ของพยาบาลในการประเมินอาการอย่างถูกต้องและรวดเร็ว ส่งผลให้พยาบาลสามารถตัดสินใจช่วยชีวิตและได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและรวดเร็วขึ้น ทำให้จำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองลดลง นั้นแสดงถึงผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลด้วยแนวทางการดูแลที่ชัดเจน ได้รับการประเมินอาการอย่างถูกต้อง เหมาะสม สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาได้รวดเร็ว ลดความล่าช้า และลดกระบวนการที่ซ้ำซ้อนในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน จะสามารถฟื้นตัวได้ดีกว่า จึงทำให้ระยะเวลานอนโรงพยาบาลลดลง

พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้ CNPG-TBI ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้ CNPG-TBI ระดับมากที่สุด ข้อค้นพบนี้เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจากการเน้นการมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติ จะพบแนวทางการแก้ปัญหาที่เป็นไปตามบริบทของหน่วยงาน เกิดความร่วมมือร่วมใจในการพัฒนางาน (อัมพร คำหล้า, วรรณดา วงศ์วัฒนฤกษ์, ศรีธัญญา จุฬาริ, จันทร์ทิรา เจริญชัย, และกิตติพงษ์ แก้วตา, 2560) ซึ่งตามแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติได้ให้ความสำคัญของการมี

ส่วนร่วมเป็นลำดับต้น ๆ ตั้งแต่ขั้นตอนการกำหนดปัญหา (Hollon et al., 2014) สอดคล้องกับการศึกษาของเสาวลักษณ์ ภูวนกุล, นพรัตน์ เรืองศรี, อรพรรณ มั่นตระกูล, และจารุภา คงรส (2560) ที่พัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองที่ต้องได้รับการผ่าตัด โดยเน้นที่การมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานและมีกระบวนการของการพัฒนาทักษะและให้ความรู้ของพยาบาลวิชาชีพเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง จึงทำให้พยาบาลวิชาชีพมีระดับพึงพอใจมาก

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการดูแลด้วย CNPG-TBI สามารถลดระยะเวลาในแผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉินและลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย และพยาบาลวิชาชีพพึงพอใจต่อการใช้ CNPG-TBI โดยสรุปแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้สามารถนำไปใช้ได้จริง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งในผู้รับบริการและผู้ให้บริการ แต่ทั้งนี้ควรมีการปรับปรุงคุณภาพในด้านเนื้อหาของ CNPG-TBI ให้ชัดเจนขึ้น

ข้อจำกัดของการวิจัยมีดังนี้ 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยนี้ เป็นการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ซึ่งเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางถึงรุนแรง และข้อมูลด้านอายุ ผู้วิจัยกำหนดเป็นช่วงของอายุ ทำให้ลักษณะข้อมูลไม่เป็นการกระจายแบบโค้งปกติ การนำไปใช้อาจไม่ครอบคลุมประชากรที่เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั้งหมด 2) พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลมีประสบการณ์และความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองแตกต่างกัน อีกทั้งมีการหมุนเวียนปฏิบัติงานในแต่ละช่วงเวลา ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนนี้ แต่ผู้วิจัยได้มีการประชุมชี้แจงการใช้ CNPG-TBI กับพยาบาลทุกท่าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน และสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรขยายผลของการนำแนวปฏิบัติไปใช้เชื่อมต่อกับหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ห้องอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน แผนกผ่าตัด และหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี
2. ควรมีการพัฒนา ทั้งในด้านความรู้ และฝึกทักษะตามแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง ให้กับพยาบาลผู้ปฏิบัติงานใหม่ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และควรมีการจัดอบรมแนวทางการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองให้ต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บที่สมองที่สร้างขึ้น ขอขอบคุณหัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ที่สนับสนุนและร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล รวมทั้งผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง ที่ให้ข้อมูลสำคัญในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- ทิพวรรณ บุญสนอง, หทัยรัตน์ แสงจันทร์, และประณิต ส่องวัฒนา. (2555). การพัฒนาและประเมินผลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยหลังผ่าตัดที่ได้รับบาดเจ็บปวดทางช่องเหนือเยื่อหุ้มสมอง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(2), 115-115.
- นครชัย เพื่อนปฐม, และธีรเดช ศรีกิจวิไลกุล. (2562). *แนวทางเวชปฏิบัติกรณีสมองบาดเจ็บ*. กรุงเทพฯ: พรอสเพอริตีพลัส.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราทร. (2563). ขนาดอิทธิพลการวิเคราะห์อำนาจการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมโดยใช้โปรแกรม G*Power. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พนิตนันท์ หนูชัยปลอด, วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, และหทัยรัตน์ แสงจันทร์. (2557). การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการจัดการความปวดจากแผลอุบัติเหตุ งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน. *พยาบาลสาร*, 41(5), 88-98.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2564ก). *ข้อมูลบุคลากร กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. นครราชสีมา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (2564ข). *สถิติผู้ป่วยโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา*. นครราชสีมา: ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา.
- โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา. (มปป.). *Maharat Modified Early Warning Score*. [เอกสารอัดสำเนา]
- วิบูลย์ เตชะโกศล. (2557). ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบทางด่วนพิเศษในผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 29(6), 524-529.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2556). *เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติสำหรับการวิจัยและการประเมินผล*. สืบค้นจาก <https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/09/Thai-AGREE-II.pdf>
- สรียา ทวีกุล. (2561). การพัฒนาระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะจากอุบัติเหตุทางถนนห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 14(3), 46-56.
- สำนักงานนโยบายและแผนการขนส่ง. (2563). *รายงานการวิเคราะห์สถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนของกระทรวงคมนาคม พ.ศ. 2562*. สืบค้นจาก https://www.otp.go.th/uploads/tiny_uploads/PDF/2563-06/25630601-Road Accident Ana 2562_Final.pdf.
- สุดาสวรรค์ เข้มมสกุล, และกัญญาดา ประจุศิลป์. (2560). การศึกษาตัวชี้วัดคุณภาพด้านผลลัพธ์การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยศัลยกรรมประสาท. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18(ฉบับพิเศษ), 147-154.

- เสาวลักษณ์ ภูวนกุล, นพรัตน์ เรืองศรี, อรพรรณ มั่นตระกูล, และจารุภา คงรส. (2560). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่ได้รับการผ่าตัดสมองโรงพยาบาลพิจิตร. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(6), 102-107.
- อัมพร คำหล้า, วรธดา วงศ์วัฒนฤกษ์, ศรัญญา จุฬาริ, จันทรีทิรา เจริญชัย, และกิตติพงษ์ แก้วตา. (2560). การพัฒนารูปแบบการดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ตำแหน่งผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดทำทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(2), 34-44.
- แอน ไทยอุดม, และนที ลุ่มนอก. (2561). การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลที่สร้างจากหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับผู้ป่วยสมองบาดเจ็บระดับปานกลางถึงรุนแรง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(3), 107-116.
- Awad, S. M., Ahmed, H. H., & Kandeel, N. (2022). Integration of evidence-based care bundle in traumatic brain injury patients' care. *American Journal of Nursing Research*, 10(1), 34-40.
- Cordoba, A., Frache, B., & Roldan, J. M. D. (2022). European aspects of guidelines used in traumatic brain injury. In R., Rajendram, V., Preedy, & C., Martin (Eds.), *Diagnosis and Treatment of Traumatic Brain Injury* (pp. 357-366). Philadelphia: Elsevier.
- Hollon, S. D., Areán, P. A., Craske, M. G., Crawford, K. A., Kivlahan, D. R., Magnavita, J. J., ... & Kurtzman, H. (2014). Development of clinical practice guidelines. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10(1), 213-241.
- Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Retrieved from http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/Reviewers-Manual_Methodology-for-JBI-Scoping-Reviews_2015_v2.pdf
- Menon, D. K., Schwab, K., Wright, D. W., & Maas, A. I. (2010). Position statement: definition of traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91(11), 1637-1640.
- National Health and Medical Research Council (NHMRC). (1998). *A guideline to the development, implementation and evaluation of clinical practice guideline*. Retrieved from https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/143696/nhmrc_clinprgde.pdf
- Wagner, A. K., Franzese, K., Weppner, J. L., Kwasnica, C., Galang, G. N., Edinger, J., & Linsenmeyer, M. (2021). Traumatic brain injury. In D.X. Cifu (Eds.), *Braddom's Physical Medicine and Rehabilitation* (pp. 916-953. e919). Philadelphia: Elsevier.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Global status report on road safety 2018: Summary*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277370/WHO-NMH-NVI-18.20-eng.pdf>

ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อการรับรู้การป้องกันโรค และการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี

ศิริรัตน์ เพี้ยขันทา, พย.บ.^{1*}

ดวงกมล ปิ่นเกลียว, พย.ม.²

ทิพย์ฉมพร เกษโกมล, ประ.ด.³

(วันที่ส่งบทความ: 31 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 21 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 22 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกช่วยให้สามารถค้นพบมะเร็งปากมดลูกได้ในระยะแรก ส่งผลให้ลดอัตราการตายได้ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อการรับรู้การป้องกันโรค และการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นหญิงอายุ 30-60 ปี จำนวน 50 คน คัดเลือกแบบเจาะจงโดยการจับสลากแบบไม่คืน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 25 คน เครื่องมือการวิจัยคือ 1) โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. และ 2) แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูก มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .91 และค่าความเชื่อมั่นมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .91 และ 3) แบบบันทึกการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบที ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มทดลอง ($M = 4.78$, $SD = 0.09$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 3.12$, $SD = 0.23$), $t(48) = 33.37$, $p < .001$, $d = 9.51$) และพบว่ากลุ่มทดลองมีผู้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกร้อยละ 96 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งมีร้อยละ 64 ดังนั้นโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. สามารถนำไปส่งเสริมสตรีในพื้นที่ที่มีอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่อไป

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, การมีส่วนร่วม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การรับรู้การป้องกันโรค, การคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

¹ นักศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

² รองศาสตราจารย์, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

³ รองศาสตราจารย์, กลุ่มงานอาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลตำรวจ

* ผู้ประพันธ์บทความ: ศิริรัตน์ เพี้ยขันทา, อีเมล: paw1984@hotmail.com

Effects of the Motivation Enhancing Program on Village Health Volunteers' Participation in Females' Cervical Cancer Screening Perceptions and Prevention

Sirirat Piakhanta, B.N.S.^{1*}

Duangkamol Pinchaleaw, M.N.S.²

Thipkhumporn Keskomon, Ph.D.³

(Received: May 31st, 2022; Revised: June 21st, 2022; Accepted: June 22nd, 2022)

Abstract

Cervical cancer screening helps detect cervical cancer in its early stages, resulting in decreased mortality rates. The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of the Motivation Enhancing Program with Participation of Public Health Volunteers (MEP) on the perceptions of the women about disease prevention and cervical cancer screening. The participants consisted of 50 women aged 30 to 60. Participants were purposively selected using the non-return lottery method and were divided into an experimental group and a control group consisting of 25 women each. The research instruments included: 1) MEP, 2) the Perception of Disease Prevention of Cervical Cancer Questionnaire (content validity index of .91 and Cronbach's alpha coefficient of .91), and 3) the report of the proportion of participants who decided to undergo cervical cancer screening. Data were analyzed using descriptive statistics and *t*-tests. The results revealed that, after attending the program, the perceived prevention of cervical cancer in the experimental group ($M = 4.78$, $SD = 0.09$) was significantly higher than in the control group ($M = 3.12$, $SD = 0.23$), $t(48) = 33.37$, $p < .001$, $d = 9.51$). It was also found that 96% of the women in the experimental group got screened for cervical cancer, which was significantly higher than in the control group (64%). Therefore, in the future, the motivation-enhancing program for village health volunteers can be used to encourage women to have cervical cancer screenings performed in areas with low cervical cancer screening rates.

Keywords: motivation, participation, village health volunteers', perception of disease prevention, cervical cancer screening

¹ Graduated student in Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Sukhothai Thammathirat Open University, Thailand

³ Associate Professor, Police Nursing College, Thailand

* Corresponding author: Sirirat Piakhanta, E-mail: paw1984@hotmail.com

บทนำ

มะเร็งปากมดลูกเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากกว่ามะเร็งชนิดอื่น อุบัติการณ์และอัตราการเสียชีวิตมีความสัมพันธ์กับเศรษฐกิจ สังคม ภูมิศาสตร์ ทัศนคติทางเพศ และปัจจัยทางวัฒนธรรม จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2014) พบว่า มีผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่มากกว่า 528,000 คน และเสียชีวิตมากกว่า 266,000 คน ซึ่งจากจำนวนนี้มี 231,000 คน อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง และมีเพียง 35,000 คน ที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้สูง ส่วนในประเทศไทยพบว่า อุบัติการณ์การเกิดมะเร็งปากมดลูกมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม แต่เป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของสตรีไทย โดยเสียชีวิตประมาณ 4,500 คนต่อปี ซึ่งจะพบมากในช่วงอายุ 30-60 ปี และอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 7 คนต่อวัน เป็น 14 คนต่อวัน คิดเป็นอัตราเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 100 (สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย, 2559) มะเร็งปากมดลูกส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ ความสัมพันธ์ในครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยสามารถลุกลามไปอวัยวะอื่นจนผู้ป่วยเสียชีวิต สมาชิกครอบครัวอาจวิตกกังวลกับอาการของผู้ป่วยจนทำให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยไม่สามารถทำงานหารายได้ เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของการรักษา ทั้งครอบครัวและรัฐบาลมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษา ผู้ป่วยจำนวนมาก (ชัยศ ชีรผกาวงศ์, 2564) จะเห็นได้ว่ามะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์สูง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัวและสร้างภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจแก่ประเทศชาติ

การตรวจคัดกรองทำให้สามารถตรวจพบความผิดปกติของเซลล์ที่ปากมดลูกได้ตั้งแต่วัยเริ่มแรก ก่อนเป็นมะเร็ง (กัญญารัตน์ อยู่เย็น, พูลสุขหิณกันนท์, จรรยา สันตยากร, และปกรณ์ ประจันบาน, 2555) แพทย์จึงสามารถวางแผนติดตามหรือรักษาได้ตั้งแต่วัยแรก ซึ่งจะช่วยลดอัตราการป่วยและเสียชีวิตลงได้ (ชูชัย สรขานี, 2560) แต่จากการศึกษาอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของประเทศไทย (คัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง ภายใน 5 ปี) ระหว่างปี พ.ศ. 2558 - พ.ศ. 2562 ในสตรีอายุ 30- 60 ปี พบว่า มีอัตราการคัดกรองเพียงร้อยละ 37.27 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ร้อยละ 80 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2562) ข้อมูลของจังหวัดบุรีรัมย์พบว่า มีอัตราการคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์เช่นกัน คือ ร้อยละ 54.66 และเมื่อศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คอนอระาง อำเภอนางรองที่จังหวัดบุรีรัมย์แม้จะพบอัตราการคัดกรองในระยะ 5 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น คือ ร้อยละ 5.19, 22.87, 32.50, 33.84 และ 32.54 ตามลำดับแต่เฉลี่ยได้เพียงร้อยละ 25.38 เท่านั้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์, 2562) ซึ่งเป็นอัตราการคัดกรองที่ต่ำกว่าอัตราเฉลี่ยของประเทศประมาณ 3 เท่า เซลล์ที่ปากมดลูกที่ไม่ได้รับการคัดกรองเหล่านี้อาจพัฒนาไปเป็นมะเร็งที่ลุกลามมากจนไม่สามารถรักษาได้

เหตุผลที่สตรีไม่ตรวจคัดกรองอาจเป็นเพราะรับรู้ว่ามีมะเร็งปากมดลูกไม่เป็นอันตรายหรือส่งผลกระทบต่อทั้งตนเองและครอบครัว หากสตรีได้รับข้อมูลและสื่อที่แสดงให้เห็นอันตรายอย่างเพียงพอ สตรีน่าจะปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคได้ดีขึ้น รวมถึงมารับการตรวจคัดกรองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) ที่เสนอแนวคิดว่า หากบุคคลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค

หรือสิ่งที่กำลังคุกคาม (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived probability) การรับรู้ผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว (Response efficacy) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำมากขึ้น จากแนวคิดดังกล่าวจึงอธิบายได้ว่าเมื่อสตรีรับรู้ว่ามีแรงปวกมดลูกมีความรุนแรง ตนเองมีโอกาสป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ จะเกิดความรู้สึกลัว และค้นหาวิธีที่จะทำให้ตนเองไม่อยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก รวมทั้งหากมีการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์และความสามารถของตนในการตอบสนองต่อการป้องกันโรค จะมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคตามคำแนะนำที่ได้รับ

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) ถูกนำมาใช้ส่งเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีพบว่า ได้ผลดีและสามารถเพิ่มอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกได้ เช่น ปรียานุช มณีโชติ, ประณีต ส่งวัฒนา, และสุรีย์พร กฤษเจริญ (2554) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบทพบว่า สตรีที่ได้รับการสอนแบบสร้างแรงจูงใจมีการรับรู้และมารับบริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากขึ้น ส่วน รัฐพล สาแก้ว, จงกลณี ธนาไสย์, และบัณฑิต วรรณประพันธ์ (2560) ได้ทดลองใช้โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปี พบว่า สตรีมีการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนองและความคาดหวังในความสามารถของตนเองสูงขึ้น นำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค รวมถึงเข้ารับบริการคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกมากกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้นการใช้แรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคเป็นแนวทางในการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกนั้น ทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ถึงผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเอง ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องและยั่งยืน

บุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่สื่อสารข้อมูลไปยังสตรีในทุกครัวเรือน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทเป็นผู้ดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัย และคุณภาพชีวิตของประชาชนในหมู่บ้านหรือชุมชนตามกลุ่มวัยแบบบูรณาการ สามารถประสานภาคีเครือข่ายในการพัฒนาและจัดการสุขภาพที่สอดคล้องเชื่อมโยงกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมการปฏิบัติได้จริง (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2561) ด้วยการเป็นผู้ให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้ อสม. ยังมีส่วนร่วมการวางแผน การตัดสินใจ การเผยแพร่ความรู้ รวมทั้งการเป็นแกนนำในการชักชวน ตลอดจนการประเมินผลการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) จากการศึกษาของวรวิญญา จิตรบรรทัด, ธมลวรรณ แก้วกระจก, และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ (2560) พบว่า อสม. มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก และมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก ซึ่งนับว่าเป็นหน้าที่สำคัญในการช่วยเรื่องการดูแลสุขภาพของบุคคลในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามะเร็งปากมดลูกมีอุบัติการณ์สูง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว และสร้างภาระทางการแพทย์และเศรษฐกิจแก่ประเทศชาติ

แต่อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนด และจำนวนประชากรสตรีอายุ 30-60 ปีเพิ่มขึ้นทุกปี ผู้วิจัยเห็นความสำคัญดังกล่าวจึงสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกด้วยการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การให้กำลังใจ การกระตุ้นเตือน การเยี่ยมบ้าน และการโน้มน้าวสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มารับการตรวจคัดกรอง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมป้องกันการโรคที่เหมาะสมและเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มมากขึ้น และสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันและคั่นหามะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

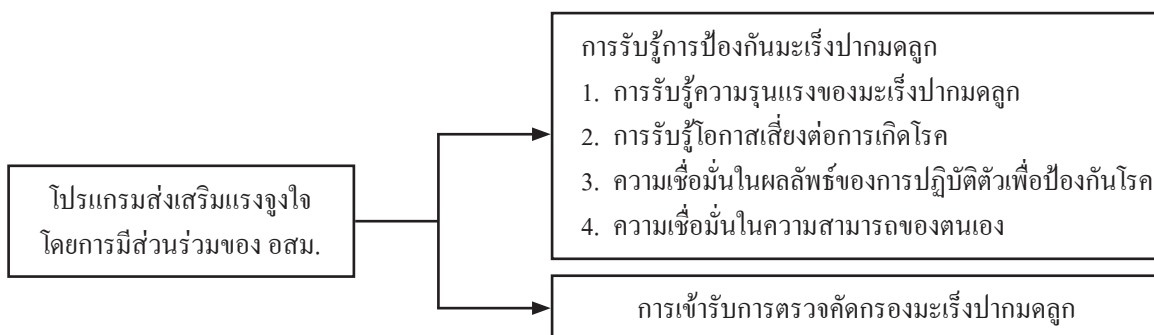
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระหว่างและภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อน และหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบร้อยละการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี อายุ 30-60 ปี ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
2. หลังการทดลอง ร้อยละของสตรีในกลุ่มทดลองมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. โดยประยุกต์ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger (1983) มี 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest - posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 12 มกราคม – 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 ในพื้นที่หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. คอนอะราง อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีชื่อในทะเบียนบ้าน อยู่ในเขตรับผิดชอบของ รพ.สต. คอนอะราง ที่ไม่มารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกในช่วงระยะเวลา 5 ปี (พ.ศ. 2558-2562) จำนวน 632 คน (คลังข้อมูลสุขภาพ [Health Data Center; HDC], 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอายุ 30-60 ปี อาศัยอยู่ในหมู่บ้านที่มีอัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำที่สุดเป็นกลุ่มทดลองและหมู่บ้านที่มีอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำรองลงมาเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยมีคุณสมบัติ ได้แก่ ไม่อยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยหรือป่วยเป็นมะเร็งทางนรีเวช สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย กำหนดขนาดและคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน ดังนี้

ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ Power analysis (Cohen, 1988) อ้างอิงการกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยของ นกัศวรณ โอภาส (2560) ที่พบว่า หลังทดลอง กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก ($M = 45.5$, $SD = 4.26$) สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ($M = 38.20$, $SD = 3.92$) คำนวณค่าขนาดอิทธิพลได้เท่ากับ 1.78 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลที่มีขนาดใหญ่ ดังนั้นในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power จึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .80 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 42 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือการถอนตัว (Drop out) ของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 20 รวมทั้งสิ้น 50 คน

การแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่คืน จำนวนกลุ่มละ 25 คน และเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการศึกษาครั้งนี้ คือ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส (จิน สังข์เมือง, ดร.ชนิ จิวหา, และธนัช กนกเทศ, 2558; นันทิดา จันทะวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนทราศิริ, และชาญวิทย์ ตรีเดช, 2560; บุญธิญา สุทธิโคตร และสมเดช พินิจสุนทร, 2557; อาทิตยา วัจนสินธุ์ และมะลิ จาริก, 2564) ระดับการศึกษา และความรู้เรื่องโรคมะเร็งปากมดลูก (นิสรีน สาเร๊ะ, ยุทธพงศ์ หลียา, และกัลยา ดันสกุล, 2562) ดังนั้นผู้วิจัยจึงจับคู่กลุ่มตัวอย่าง (Match paired) ในด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช (เลขที่ 1/2565 ลงวันที่ 10 มกราคม 2565) โดยแนะนำตัว ชี้แจง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการศึกษา และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ หรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับ ผู้วิจัยให้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) หลังสิ้นสุดการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มเปรียบเทียบได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงใจเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง โดยคำนึงถึงความสมัครใจของกลุ่มเปรียบเทียบเป็นสำคัญ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. โปรแกรมส่งเสริมแรงใจและการมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีแรงใจเพื่อป้องกันโรคของ Rogers (1983) โปรแกรมประกอบด้วย คู่มือการใช้โปรแกรมส่งเสริมแรงใจ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยการใช้การมีส่วนร่วมของ อสม. วิทยุทัศน์ และตัวแบบมีชีวิตที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การป้องกันมะเร็งปากมดลูก ซึ่งมีการเผยแพร่ออนไลน์บนเว็บไซต์ ยูทูป (Youtube) ทางช่อง RAMA channel เช่น วิทยุทัศน์ชุด Hope EP.13 มะเร็งปากมดลูก ตอน โชคดีที่เป็น มะเร็ง EP.14 มะเร็งปากมดลูก ตอน เปลี่ยน เป็นต้น

2. แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ เช่น อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น มีจำนวน 10 ข้อ และส่วนที่ 2 คำถามการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ของ นกัศวรรณ โอภาส (2560) โดยปรับข้อความที่ซ้ำซ้อนกันและตัดข้อความที่ไม่จำเป็นให้เหมาะสมกับงานวิจัย จำนวน 38 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวก 34 ข้อ และเชิงลบ 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ 1 (มีการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับน้อยที่สุด) ถึง 5 (มีการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับมากที่สุด) การให้คะแนนคำถามเชิงบวก หากตอบมีการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน จนถึงการตอบมีการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับมากที่สุด ได้ 5 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนนตรงข้ามกัน การแปลผลค่าเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกแบ่งเป็น 5 ระดับ (ชัชวาลย์เรืองประพันธ์, 2558) คือ มีการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกระดับมากที่สุด ($M = 4.21-5.00$) ระดับมาก ($M = 3.41-4.20$) ระดับปานกลาง ($M = 2.61-3.40$) ระดับน้อย ($M = 1.81-2.60$) และระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00-1.80$)

3. แบบบันทึกการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ใช้เพื่อติดตามการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะเป็นตารางประกอบด้วย ชื่อ-สกุล เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน วันที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง ผลการตรวจคัดกรอง วันที่แจ้งผลตรวจ และคำแนะนำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูก และแบบบันทึกการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งฉบับ (Content validity index for scale [S-CVI]) เท่ากับ .91 และแบบบันทึกการเข้ารับบริการการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และคู่มือการใช้โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

หาความเที่ยงของแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกจากกลุ่มสตรีอายุ 30-60 ปี ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงและอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .91

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุญาตและผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ ดังนี้

กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง ขั้นตอนก่อนการทดลอง ผู้วิจัยรับสมัคร อสม. เข้าร่วมโครงการ จำนวน 5 คน กำหนดคุณสมบัติ คือ เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 30-60 ปี เป็น อสม. ไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีประสบการณ์ในการผ่านการตรวจมะเร็งปากมดลูกมาแล้วอย่างน้อย 1 ครั้ง แล้วจัดอบรมวิชาการให้อสม. โดยผู้วิจัยเป็นผู้บรรยายความรู้ แล้วให้ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก หลังจากนั้นประเมินความรู้ของ อสม. โดยให้ตอบคำถามจนแน่ใจว่า อสม. สามารถนำความรู้ไปเผยแพร่แก่สตรีที่เป็นกลุ่มทดลองได้ และฝึกทักษะการพูดแก่ อสม. โดยให้ดูวีดิทัศน์เกี่ยวกับวิธีการพูดโน้มน้าวใจเพื่อให้ผู้อื่นปฏิบัติ ผู้วิจัยสรุปสาระสำคัญการพูดโน้มน้าวใจ ตอบประเด็นข้อสงสัย หลังจากนั้นเมื่อ อสม. มีความพร้อมให้จับคู่กันแสดงบทบาทสมมติฝึกกันเป็น อสม. และสตรีกลุ่มเสี่ยง แล้วฝึกการพูดโน้มน้าวใจให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ขั้นการทดลอง จัดกิจกรรมที่ศาลาประชาคมหมู่บ้านโนนพยอม ระยะเวลาในการทำกิจกรรมตามโปรแกรม 6 สัปดาห์ กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย 2 กิจกรรม คือ 1) ตอบแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกก่อนทดลอง แบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน และ 13 คน จัดกิจกรรมวันเดียวกัน แบ่งเป็นช่วงเช้าและช่วงบ่าย และ 2) สร้างการรับรู้ความรุนแรงและรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูก โดยการให้ชมวีดิทัศน์เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เพิ่มเติมให้ครอบคลุมเนื้อหา และทำกิจกรรมกลุ่ม โดยให้วิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของตนเองร่วมกับสมาชิกคนอื่น และร่วมกันหาแนวทางป้องกันโดยมี อสม. ร่วมอภิปรายกลุ่มและมอบเอกสารความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวและสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยให้ความรู้เกี่ยวกับผลดีของการตรวจ

คัดกรองมะเร็งปากมดลูก ผลเสียของการไม่ได้ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการแปลผลจากการตรวจคัดกรอง ให้ชมวีดิทัศน์ตัวอย่างแบบด้านล่าง เช่น มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อยแล้วทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูกให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคมะเร็งปากมดลูกการเตรียมตัวก่อนตรวจ ชมวีดิทัศน์ซึ่งเสนอวิธีการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยบรรยายการฝึกสอนคลายขณะตรวจ การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และให้ อสม. ที่เข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกประจำทุกปี ถ่ายทอดประสบการณ์ และการอภิปรายกลุ่ม

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมสร้างเสริมแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ด้วยการเยี่ยมบ้านโดยผู้วิจัย และ อสม. ผู้วิจัยเลือก อสม. ที่มีความใกล้ชิดกับสตรีกลุ่มตัวอย่างและรับผิดชอบดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ที่ตนเองรับผิดชอบติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้วิจัยเน้นย้ำถึงความรุนแรงของโรค และผลดีของการตรวจมะเร็งปากมดลูก โดยยกตัวอย่างตัวแบบในชุมชนที่เป็นมะเร็งปากมดลูกซึ่งไม่เข้ารับการตรวจคัดกรอง และตรวจพบมะเร็งในระยะลุกลามแล้วเสียชีวิต เพื่อให้สตรีกลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงอันตรายของโรค และตัดสินใจเข้ารับการตรวจคัดกรอง อสม. ประชาสัมพันธ์การให้บริการตรวจมะเร็งปากมดลูก เพื่อชักชวนให้สมาชิกมารับบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและให้คำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนวันตรวจ อธิบายขั้นตอนการตรวจ และทบทวนวิธีการผ่อนคลายขณะตรวจ กระตุ้นเตือน ให้มารับการตรวจ กรณีสตรีกลุ่มเสี่ยงมีปัญหาและอุปสรรคที่ไม่สามารถมารับการตรวจคัดกรองให้โทรศัพท์แจ้งแก่ อสม. เพื่อให้การช่วยเหลือ

สัปดาห์ที่ 4-5 กิจกรรมการให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสาย และ อสม. ไปชักชวนสตรีในชุมชนที่อยู่ในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนเอง รวมทั้งพุดจาโน้มน้าวสตรีที่ไม่แน่ใจว่าจะไปตรวจหรือไม่ให้เข้ารับการตรวจคัดกรองฯ เจ้าหน้าที่รพ.สต. ให้บริการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก โดยจัดทำทะเบียนสำหรับสตรีที่เข้ารับการตรวจคัดกรอง อสม. กระตุ้นเตือน และชักชวนให้สตรีกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทางโทรศัพท์ กรณีสตรีมีปัญหาการเดินทางมารับบริการ อสม. จะประสานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อจัดหาพาหนะรับ-ส่ง ติดตามผลการตรวจคัดกรองและบันทึกการมารับการตรวจของกลุ่มทดลองลงในแบบบันทึก และแจ้งผลให้ทราบทางโทรศัพท์ กรณีผลการคัดกรองผิดปกติจะประสานแพทย์เพื่อเข้ารับการรักษาทันที

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมประเมินผลหลังสิ้นสุดการทดลอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นต่อการเข้าร่วมโปรแกรม และการรับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ประเมินการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกโดยใช้แบบสอบถามชุดเดิม แจ้งผลการประเมินให้ทราบเป็นรายบุคคลผ่าน อสม. พร้อมทั้งเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 5 ปี หรือตรวจทุกปี

กิจกรรมสำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ สัปดาห์ที่ 1 ซึ่งแจ้งเกี่ยวกับโครงการวิจัย และตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูก สัปดาห์ที่ 2-5 ปฏิบัติตัวตามกิจวัตรประจำวันและสัปดาห์ที่ 6 ประเมินผลหลังการทดลองและปิดการวิจัยเมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะมีการเชิญมาเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของ อสม. เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลองตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ในด้านอายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และการได้รับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก แล้วใช้สถิติไคสแควร์ ทดสอบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน
2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที (t -test statistic) พบว่า มีการกระจายของประชากรทั้งสองกลุ่มแบบโค้งปกติโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ผู้วิจัยจึงเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มไม่อิสระต่อกัน (Paired t -test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มอิสระต่อกัน (Independent t -test)
3. เปรียบเทียบการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูกหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยการหาค่าร้อยละ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นสตรีอายุ 30 – 60 ปี จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน และกลุ่มทดลองซึ่งได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ 25 คน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 48.6 ปี ($SD = 6.69$) ส่วนมากจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 44) มีอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 60) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท (ร้อยละ 52) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 96) เคยกำเริบด้วยการทำหมัน (ร้อยละ 48) ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 92) ตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 92) ไม่เคยตรวจเลย (ร้อยละ 8) และเคยได้รับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 100) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีอายุเฉลี่ย 48.5 ปี ($SD = 6.92$) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 44) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 36) มีรายได้ครอบครัวต่อเดือน 10,001-15,000 บาท (ร้อยละ 32) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 96) เคยกำเริบด้วยการทำหมัน (ร้อยละ 40) ไม่มีญาติสายตรงเป็นมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 88) เคยตรวจมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 5 ปี (ร้อยละ 32) ไม่เคยตรวจเลย (ร้อยละ 68) เคยได้รับความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก (ร้อยละ 100)

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกอยู่ในระดับปานกลาง และมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นเป็นระดับมากที่สุด และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง			กลุ่มเปรียบเทียบ			df	t	p-value	d
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ				
ก่อนทดลอง	3.26	.21	ปานกลาง	3.18	.26	ปานกลาง	48	1.32	.192	0.34
หลังทดลอง	4.78	.09	มากที่สุด	3.12	.23	ปานกลาง	48	33.37	.000	9.51

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 25 คน

หลังการเข้าร่วมโปรแกรม สตรีในกลุ่มทดลองเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากถึงร้อยละ 96 ซึ่งมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีร้อยละ 64

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจ อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยของการรับรู้การป้องกันมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มทดลอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เป็นผลเนื่องมาจากการนำทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Roger (1983) มาประยุกต์ใช้ในโปรแกรม ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับรู้ถึงความอันตรายของมะเร็งปากมดลูกที่จะกระทบต่อชีวิต มีผลกระทบกับครอบครัว กระตุ้นให้สตรีรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงของตนเองที่จะป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก และการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรค สอดคล้องกับการศึกษาของ จูติมา โกศลวิตร, นิตยา เจริญยุทธ์, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์ (2560) ซึ่งศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก รพ.สต. ดงบัง อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ภายหลังการทดลอง สตรีกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก สูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้วิธีทัศน์เรื่อง “มะเร็งปากมดลูก” และวิธีทัศน์ตัวแบบด้านลบ มีพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดมะเร็งปากมดลูก คือ การสูบบุหรี่ การมีคู่นอนหลายคน และการเล่าประสบการณ์ของ อสม. เป็นกิจกรรมที่กระตุ้นให้สตรีรับรู้ถึงอันตรายจากมะเร็งปากมดลูก นอกจากนี้การวิเคราะห์โอกาสเสี่ยงของตน ทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในสถานะเสี่ยง ถ้าไม่ปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายอาจมีโอกาเสี่ยงต่อการเป็นโรคได้ การศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปีในเขต รพ.สต. หนองเหล็ก อำเภอสัขภูมิ จังหวัดสุรินทร์ (รัฐพลสาแก้วและคณะ, 2560) ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในประสิทธิผลการตอบสนอง และความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการป้องกัน

มะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ร่วมกับการให้ออส. แจกแผ่นพับความรู้ การกระตุ้นโดยส่งข้อความวิดิทัศน์ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (Line) เพื่อเน้นย้ำให้ตระหนักถึงอันตรายของมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับ Mackay (1992) ที่กล่าวว่าการใช้สื่อในการเผยแพร่ข่าวสารที่คุกคามต่อสุขภาพ ลักษณะข้อความที่ปรากฏ เช่น มีอันตรายถึงชีวิต จะทำให้เกิดความกลัว ส่งผลให้บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมได้

ร้อยละของสตรีในกลุ่มทดลองเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับ พัฒนจิตา จันทร์สุหรัย, ดวงกมล ปิ่นเจลิยว, และทิพย์ฉมพร เกษโกมล (2562) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมป้องกันและการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก อำเภอเมืองประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ พบว่า การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในโทรศัพท์มือถือเป็นช่องทางในการกระตุ้นโดยส่งข้อความ วิดิทัศน์ ให้กลุ่มตัวอย่างอย่างต่อเนื่อง กระตุ้นให้มีการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก สตรีที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจึงเข้ารับการตรวจคัดกรองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการแจ้งเตือนด้วยโทรศัพท์มือถือทั้งการโทรและการส่งข้อความจะส่งผลให้อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น (Tamuzi, Muyaya, Tshimwanga, & Zeng, 2017)

สตรีกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้ไม่มีการรับรู้ความรู้ แรง และโอกาสเสี่ยงของโรค ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกไม่ได้รับการส่งเสริม จึงไม่มีแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้มีการปฏิบัติในการป้องกันมะเร็งปากมดลูก สตรีในกลุ่มทดลองจึงเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาของ นกัสวรรณ โอภาส (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก พบว่า ร้อยละของการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ระเบียบ แคว้นคอนฉิม (2559) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า กลุ่มทดลองมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 97.15 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 45.71 จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงสามารถสนับสนุนได้ว่าการจัดโปรแกรมที่ส่งเสริมการรับรู้ความรู้ แรงของโรค และโอกาสเสี่ยงของโรค จะทำให้มีแรงจูงใจที่จะกระตุ้นให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้

การศึกษครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมของ ออส. สามารถทำให้สตรีที่ไม่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมากกว่า 5-10 ปีขึ้นไป เกิดความเชื่อว่า มะเร็งปากมดลูกนั้นมีความรุนแรง เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และตนเองมีโอกาสป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก หากมีพฤติกรรมในการป้องกันมะเร็งปากมดลูกตามคำแนะนำอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง จะช่วยให้ตนเองไม่ป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก และนำไปสู่การเข้ารับการตรวจมะเร็งปากมดลูกต่อไป

สรุปผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. ส่งผลให้การรับรู้การป้องกัน มะเร็งปากมดลูกภายในกลุ่มทดลองหลังการทดลองเพิ่มขึ้นและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ส่งผลให้สตรี เข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของ อสม. สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมสตรี ให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ที่มีอัตราการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกต่ำ
2. ควรให้ความรู้ อสม. เกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก และฝึกทักษะที่จำเป็น เช่น การพูดโน้มน้าวใจ การฝึกการผ่อนคลายขณะตรวจ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในกลุ่มสตรีที่มีประวัติเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งปากมดลูก หรือเคยมีประวัติ ปากมดลูกอักเสบ หรือความผิดปกติของเซลล์ปากมดลูก
2. ควรศึกษาแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่น ๆ เช่น สามี หรือสมาชิกในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการส่งเสริมแรงจูงใจเพื่อป้องกันมะเร็งปากมดลูก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช คณาจารย์ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. คอนอะราง อสม. ที่ให้การสนับสนุนอย่างดี และผู้เข้าร่วมวิจัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *หลักสูตรการอบรมฟื้นฟูความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข*. สืบค้นจาก <http://www.esanphc.net/vhv/files/MannualCurriculumRehabVHV2552.pdf>
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2561). *หลักสูตรฝึกอบรม อสม. นักจัดการสุขภาพชุมชนตามกลุ่มวัย ในตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนาวัฒน์ อยู่เย็น, พูลสุข หิงคานนท์, จรรยา สันตยากร, และปกรณ ประจันบาน. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี ตำบลคลองน้ำไหล อำเภอกลองลาน จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 6(2), 35-47.
- คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center [HDC]). (2564). *อัตราการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอายุ 30-60 ปี*. สืบค้นจาก <https://brm.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.

- ฉิน สังข์เมือง, ครรชนี จิวหา, และธนัช กนกเทศ. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจมะเร็งปากมดลูกของสตรีช่วงอายุ 30-60 ปี ตำบลทะนง อำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร. ใน *การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 2 “งานวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่น”* (หน้า 725-730). เพชรบูรณ์: มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์.
- ชูชัย ศรีขานี. (2560). *ตรวจมะเร็งปากมดลูกระดับชาติระยะ 2 หญิงไทยอายุ 30 - 60 ปี*. สืบค้นจาก <http://manager.co.th/QOL/viewNews.aspx?NewsID=9580000101413>
- ชัชวาลย์ เรืองประพันธ์. (2558). *สถิติพื้นฐาน* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ภาควิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ชญวลี ศรีสุโข. (2561). *คู่มือสุขภาพผู้หญิง*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- ชัยยศ ชีรผกาวงศ์. (2564). *มะเร็งปากมดลูก*. สืบค้นจาก <https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=943>
- จิตติมา โกศลวิตร, นิตยา เจริญยุทธ์, กัญญารัตน์ กันยะกาญจน์, และนฤมล บุญญนิवारวัฒน์. (2560). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคงบัง อำเภอมืองจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(3), 18-30.
- นันทิดา จันดีวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุคนธาศิริ, และชาญวิทย์ ตรีเดช. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเป้าหมาย อายุ 30-60 ปี อำเภอมืองจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 28(1), 63-79.
- นภัสวรรณ โอภาส. (2560). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกและการมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจเซลล์เยื่อบุปากมดลูกผิดปกติ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับนี้ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, ปทุมธานี.
- นีสรีน สารเระ, ยุทธพงศ์ หล้ายา, และกัลยา ต้นสกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีอำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส. ใน *การประชุมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10 มหาวิทยาลัยหาดใหญ่* (หน้า 1587-1599). สงขลา: มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.
- บุญธิญา สุทธิโคตร, และสมเดช พินิจสุนทร. (2557). ความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ต่อการเข้ารับบริการตรวจหาโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีอายุ 30-60 ปีในตำบลกุดจิก อำเภอมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 2(1), 45-52.
- ประนอม ปันทอง. (2552). *การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการคัดกรองมะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอบางไทร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับนี้ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.

ปริญญชมนิโชติ, ประณิต ส่งวัฒนา, และสุรีย์พร กฤษเจริญ. (2554). ผลของโปรแกรมการสอนแบบสร้างแรงจูงใจต่อการรับรู้เกี่ยวกับโรคและอัตราการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีไทยในชนบท. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 26(1), 9-16.

อาทิตยา วัจนสินธุ์, และมะลิ จาริก. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลนครชุม อำเภอหนองไผ่ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช*, 13(1), 100-113.

ระเบียบ แคว้นคอนจิม. (2559). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสตรีเพื่อป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรี อำเภอเวียงใหญ่ จังหวัดขอนแก่น (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้ออกพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย, เลย.

รัฐพล สาแก้ว, จงกลณี ชนาไสย์, และบัณฑิต วรรณประพันธ์. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมมารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีอายุ 30-60 ปีในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเหล็ก อำเภอสว่างภูมิ จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 23(1), 17-31.

วิญญา จิตรบรรทัด, ธมลวรรณ แก้วกระจก, และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. (2560). ความรู้ความเข้าใจทัศนคติและความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและความพึงพอใจของผู้สูงอายุในตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 23(1), 5-16.

สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2562). *นิยามตัวชี้วัด service plan สาขาโรคมะเร็ง ปี 2561-2565*. นนทบุรี: กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

สมาคมมะเร็งนรีเวชไทย. (2559). *มะเร็งปากมดลูก เพศฆาตร้าย กัวยีบเกล็ดตัว รู้ทัน ป้องกันได้*. สืบค้นจาก <https://www.ryt9.com/s/prg>

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์. (2562). *คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดสำหรับการควบคุมกำกับติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562*. บุรีรัมย์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis of the behavioral sciences*. New York: McGraw-Hill Book Company.

Mackay, B.C. (1992). *AIDS and Protection Motivation Theory (PMT): Effects of imagined scenarios on intent to use condoms*. Michigan: A Bell and Howell Information Company.

Rogers, R. W. (1983). Cognitive and physiological process in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. T. Cacioppo & R. E. Petty (Eds.), *Social psychophysiology: A sourcebook* (pp. 153-177). New York: Guilford.

Tamuzi, J. L., Muyaya, L. M., Tshimwanga, J. L., & Zeng, L. (2017). Effectiveness of mHealth to increase cervical cancer screening: Systematic review of interventions. *International Journal of Pulmonary & Respiratory Sciences*, 2(3), 555586.

<http://dx.doi.org/10.19080/IJOPRS.2017.02.555586>

World Health Organization (WHO). (2014). *Comprehensive cervical cancer control: A guide to essential practice* (2nd ed.). Geneva: WHO.

ปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ของบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

นุสรนา นามเดช, ค.ศ.¹

ดวงดาว อุบลเยี่ยม, Ph.D.^{1*}

นงการ รางแดง, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 20 สิงหาคม 2565; วันที่แก้ไข: 13 พฤศจิกายน 2565; วันที่ตอบรับ: 13 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยจิตเวชต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้นความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิจึงมีความสำคัญ การวิจัยเชิงสหสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จำนวน 197 คน เครื่องมือวิจัยมี 3 ส่วน คือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และ 3) แบบสอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช แบบสอบถามส่วนที่ 2 มี 3 ส่วนย่อย โดยส่วนที่ 2.1 (ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช) และ 2.2 (การตีตราผู้ป่วยจิตเวช) มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .92 และ .91 ตามลำดับ ส่วนส่วนที่ 2.3 (ความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต) มีข้อคำถามหนึ่งข้อจึงไม่ได้หาค่าความเชื่อมั่น และแบบสอบถามส่วนที่ 3 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เส้นทางปัจจัย ผลการวิจัย พบว่าการตีตราผู้ป่วยและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีอิทธิพลทางบวกต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .42, p < .001$ และ $\beta = .49, p < .001$ ตามลำดับ) ดังนั้นจึงควรมีการพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อลดการตีตราผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพ ส่งผลให้บุคลากรเหล่านี้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, ความมั่นใจ, ผู้ป่วยจิตเวช

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: ดวงดาว อุบลเยี่ยม, อีเมล: daungdao@bcns.ac.th

Factors Predicting Confidence among Primary Health Care Providers when Caring for Psychiatric Patients

Nusara Namdej, Ph.D.¹

Daungdao Ubolyaem, Ph.D.^{1*}

Nongkarn Rangdang, M.N.S.¹

(Received: August 20th, 2022; Revised: November 13rd, 2022; Accepted: November 13rd)

Abstract

Psychiatric patients need continuity of care to prevent readmission. Therefore, the confidence of the primary health care providers (PHPs) caring for psychiatric patients is important. This correlational research aimed to study the factors that predicted the confidence of the PHPs providing care for psychiatric patients. The participants were 197 health care providers working at sub-district health-promotion hospitals in Thailand. Three research instruments were used, specifically 1) a demographic data, 2) the Confidence in Caring for Psychiatric Patients, and 3) the Competence in Mental Illness Practice questionnaires. The second questionnaire, Confidence in Caring, had three sub-scales. The reliabilities (Cronbach's alpha coefficient [α]) of the confidence in caring for psychiatric patients and stigma sub-scales were .92 and .91 respectively, while the reliability of the familiarity with mental illness sub-scale was not tested because it consisted of only one question. The reliability of the third instrument was .96. Data was analyzed using descriptive statistics and path analysis. The results revealed that stigma and competence in mental illness practice had a significantly positive direct effect on the PHPs' confidence in caring for psychiatric patients ($\beta = .42$, $p < .001$ and $\beta = .49$, $p < .001$, respectively). Thus, PHPs should enhance their confidence in caring for psychiatric patients by developing their competencies related to mental illness practices, including knowledge, attitudes, practices, and promoting understanding about psychiatric patients to reduce the associated stigma. Consequently, doing this will help PHPs to be able to care for psychiatric patients more effectively.

Keywords: predicting factors, confidence, psychiatric patients

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

* Corresponding author: Daungdao Ubolyaem, E-mail: daungdao@bcns.ac.th

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยีในปัจจุบันส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว และสังคมอย่างมาก ทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนลดลง ชีวิตความเป็นอยู่ มีความซับซ้อนและเกิดปัญหาเพิ่มขึ้นในทุกช่วงวัย ทำให้บุคคลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล ซึมเศร้า และหวาดกลัว ซึ่งจะนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงได้ในอนาคต จากการสำรวจระบบสุขภาพจิตของคนไทยระดับชาติครั้งที่ 4 ปี พ.ศ.2556 พบว่า ปัญหาสุขภาพจิต โรคจิตเวช พฤติกรรมดื่มสุราและ เสพสารเสพติดยังคงเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ อีกทั้งช่องว่างการเข้าถึงบริการยังสูงมาก (พันธนา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ, 2560) แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 – 2580) กำหนด ประเด็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในงานสุขภาพจิต 4 ประเด็นได้แก่ 1) การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตลอดช่วงชีวิต 2) การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 3) การขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการ ทางกฎหมาย สังคมและสวัสดิการ และ 4) การพัฒนาวิชาการและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2562) ซึ่งต้องอาศัยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะ หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่นับว่าเป็นพลังที่สำคัญ ในการขับเคลื่อนกลไกของงานสุขภาพจิตสู่เป้าหมายของประเด็นยุทธศาสตร์ดังกล่าว

ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะหน่วยบริการปฐมภูมิ (Primary Care Unit [PCU]) และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีพันธกิจในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่อย่างเป็นองค์รวม ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตในทุกมิติ โดยเฉพาะการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หรือการเยี่ยมบ้าน และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมี 2 ลักษณะคือ 1) ผู้ป่วยที่อาการไม่มากสามารถดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิได้ และ 2) ผู้ป่วยที่ต้องส่งต่อไปรักษาเมื่ออาการ ดีขึ้นต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดคือ โรคจิตเภท รองลงมาได้แก่ การติดสุรา แอมเฟตามีน และสารเสพติดอื่นๆ (กรมสุขภาพจิต, 2565) นอกจากนี้ยังมี โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และโรคทางจิตเวชอื่นๆ ซึ่งโรคเหล่านี้มักเป็นเรื้อรังและมีอาการกำเริบซ้ำควรได้รับการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง สำหรับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การประเมินและให้การดูแลตามอาการที่พบ การเยี่ยมบ้านเพื่อฟื้นฟูสภาพความสามารถของผู้ป่วย การให้คำแนะนำ/ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลอาการและจัดการกับปัญหาที่พบด้วยตนเอง และการส่งต่อหรือขอคำปรึกษาตามระบบของพื้นที่ (ขจิรัตน์ ปริกเอโก, เบญจมาศ พฤษกานนท์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, ชาลิสา ตันสุเทพวิรวงศ์, และประณีต ชุ่มพุดรา, 2559) การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน นับเป็นภารกิจที่สำคัญประการหนึ่งของหน่วยบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้ ทักษะ และความเชื่อมั่นในความสามารถของบุคลากร ทางสุขภาพ มีความสำคัญต่อการปฏิบัติการรักษา ดูแล และให้การช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ (Spagnolo et al., 2018) บุคลากรที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพให้แก่ประชาชนในระบบบริการปฐมภูมิ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข และนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่ง

ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา ปริญญาตรี และปริญญาโท สาขาสาธารณสุขศาสตร์ หรือพยาบาล ศาสตร์ อาจไม่ได้ผ่านการศึกษาเฉพาะทาง หรือมีความเชี่ยวชาญทางด้านการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยตรง จึงอาจจะส่งผลต่อความมั่นใจหากต้องดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่รับผิดชอบ ซึ่งความมั่นใจ หมายถึง การที่บุคคลเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถที่จะทำสิ่งต่างๆ ได้สำเร็จ (Oxford University Press, 2022) ความสามารถที่จะนำความรู้ ทักษะที่มีอยู่ในตนเอง ไปแสดงออกเป็นการกระทำหรือพฤติกรรมได้ นับว่า เป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ และการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ผู้ที่มีความ มั่นใจต่ำมักจะลงเอยในความสามารถของตน ทำให้อาจจะหลีกเลี่ยงการร่วมทีมหรืออาสาทำงาน สำหรับการ ปฏิบัติงานทางการแพทย์นั้นความมั่นใจจะส่งผลโดยตรงกับคุณภาพการบริการสุขภาพ บุคลากรทางการ แพทย์ที่มีความมั่นใจจะสามารถวินิจฉัย และให้การรักษาหรือช่วยเหลือผู้ป่วยโดยปราศจากความลังเลได้ ดีกว่าบุคลากรที่ไม่มั่นใจ รวมถึงมีความพยายามให้การดูแลที่ดีที่สุดตามความสามารถ พยาบาลที่มีความ มั่นใจสูงจะสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์เร่งด่วนได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ให้การพยาบาลที่มี คุณภาพ และผู้ป่วยปลอดภัย (Arabani & Saleh, 2017)

ความมั่นใจมีความเป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาได้ตามวุฒิภาวะ ความเชื่อ ความเข้าใจ ในบทบาทหน้าที่ และการฝึกปฏิบัติให้มีสมรรถนะทางวิชาชีพตามที่คาดหวัง ผ่านกระบวนการส่งเสริม ให้มีประสบการณ์การปฏิบัติทางวิชาชีพ หากบุคลากรมีความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการด้าน สุขภาพจิต จะส่งผลให้มีความอดทนและพยายามที่จะมีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตให้บรรลุเป้าหมาย สอดคล้องกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy; Bandura, 1994) ซึ่งเชื่อว่า สิ่งที่จะ กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้น นั่นคือถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถอย่างไร ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา คนที่ มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถ จะมีความอดทนอดสาเห ไม่ท้อถอยและจะประสบความสำเร็จ การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความมั่นใจตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างที่จะตัดสินใจ ตนมีความมั่นใจ ระดับใดในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว การหาและให้ข้อมูลความ เจ็บป่วย การช่วยให้เข้าถึงสถานบริการทางจิตเวช และการประสานงานกับบุคลากรด้านสุขภาพจิต

นอกจากนี้แนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action [TRA]) เชื่อว่า การที่มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมใดๆ จะต้องมีความตั้งใจหรือเจตนาเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จจากการตัดสินใจ กระทำพฤติกรรมของตน ความตั้งใจหรือเจตนาของมนุษย์ขึ้นกับตัวกำหนด 2 ประการ คือ 1) ปัจจัยส่วน บุคคล และ 2) ปัจจัยทางสังคม (Fishbein, 2008) จากแนวคิดทฤษฎีทั้ง 2 แนวคิดดังกล่าว รวมทั้งจากการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตส่งผลให้มีทัศนคติที่ดี ลดการตีตราและมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Edgar & Connaughton, 2021; Lien et al., 2021) การมีทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจ (Ogawa & Nakatani, 2020) และ การตีตรามีความสัมพันธ์กับความมั่นใจหรือความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น (Bond, Jorm, Kitchener, & Reavley, 2015) ผู้วิจัยจึงคัดสรรปัจจัยที่น่าจะส่งผลให้บุคลากรทางสุขภาพมีความมั่นใจ ในการดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ การรับรู้ว่าคุณมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยความรู้

ทัศนคติและการปฏิบัติด้านการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช การตีตราผู้ป่วยและประสบการณ์ความคุ้นเคยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และศึกษาปัจจัยทำนายความมั่นใจของบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช เพื่อได้ข้อมูลที่จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพจิตชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

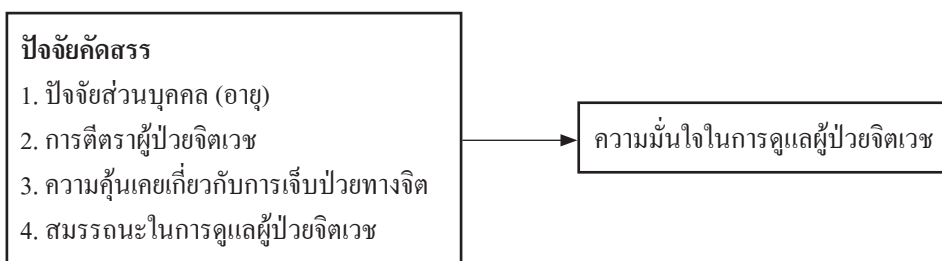
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านอายุ การตีตราผู้ป่วยจิตเวช ความคุ้นเคยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สามารถทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ

กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1994) และทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Fishbein, 2008) มาใช้เป็นแนวทางการกำหนดปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งเชื่อว่า สิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออกขึ้นอยู่กับความสามารถของตนเองในสถานการณ์นั้น นั่นคือ ถ้าบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองสามารถอย่างไร ก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา ซึ่งในการศึกษานี้คือการรับรู้สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของตน

นอกจากนี้ยังประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล ที่เชื่อว่า การที่มนุษย์จะแสดงพฤติกรรมใดๆ จะต้องมีความตั้งใจหรือเจตนาเพื่อให้บรรลุผลสำเร็จจากการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของตน ความตั้งใจหรือเจตนาของมนุษย์ขึ้นกับตัวกำหนด ได้แก่ เจตคติต่อพฤติกรรมหรือการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำ ในการศึกษานี้ ได้แก่ การตีตราผู้ป่วยจิตเวช และความคุ้นเคยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนตัวแปรทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ศาสนา จะมีผลต่อพฤติกรรมก็เมื่อตัวแปรนั้นมีอิทธิพลต่อเจตคติ ความคาดหวังทางสังคม ซึ่งในการศึกษานี้กำหนดตัวแปรด้านอายุ ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สรุปเป็นกรอบแนวคิดดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพ
ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ ที่ศึกษาปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดสระบุรี ระยะเวลาที่ศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2561 - มีนาคม พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นบุคลากรทางสุขภาพที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ใน 13 อำเภอ ของจังหวัดสระบุรี ได้แก่ PCU 7 แห่ง และ รพ.สต. 126 แห่ง ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 167 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 158 คน รวม 325 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี, 2561)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ กำหนดขนาดโดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 คนต่อ 1 ตัวแปร และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 15 (Gray, Grove, & Sutherland, 2017) เพื่อป้องกันความผิดพลาดในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการศึกษานี้มีตัวแปรทั้งหมด 5 ตัวแปร จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้จึงเท่ากับ 175 คน Kline (2016) แนะนำว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมควรมีจำนวน 200 คน ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนทั้งสิ้น 200 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากได้อำเภอที่ศึกษา จำนวน 7 อำเภอจาก 13 อำเภอ ได้แก่ อ.เมือง อ.เสาไห้ อ.แก่งคอย อ.หนองแค อ.บ้านหมอ อ.หนองโดน และ อ.พระพุทธบาท ซึ่งมี PCU จำนวน 5 แห่ง และ รพ.สต. จำนวน 80 แห่ง จากนั้นรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจาก 7 อำเภอให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบ 200 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นบุคลากรทางสุขภาพในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ หรือนักวิชาการสาธารณสุขที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิเสธการให้ข้อมูล หรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน เมื่อรวบรวมข้อมูลแล้วเสร็จ พบความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจำนวน 3 คน ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทั้งสิ้น 197 คน

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี (เลขที่ 1-003/2561) รับรองระหว่างวันที่ 12 มีนาคม 2561 – 12 มีนาคม 2562 ผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมข้อมูลโดยอธิบายและทำหนังสือชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตัดสินใจที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใดๆ พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่างว่าจะเก็บข้อมูลนี้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลอื่น เพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ได้รับผลกระทบจากการเข้าร่วมการวิจัย และผลของการวิจัยจะรายงานข้อมูลเป็นกลุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยทำนายความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรในระดับปฐมภูมิ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ประวัติการอบรม พัฒนาด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และประสบการณ์การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งคณะผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 9 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถาม เป็นแบบมาตรประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ มี 3 ด้าน ดังนี้

2.1 ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแบบสอบถามดังกล่าวดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชของ Kitchener and Jorm (2002) มีจำนวน 4 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4-20 แปลผล คือ ค่าคะแนนมากจะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าค่าคะแนนน้อย โดยไม่มีจุดตัดของคะแนน แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด ($M = 4.00 - 6.00$ คะแนน) ระดับน้อย ($M = 6.01 - 10.00$) ระดับปานกลาง ($M = 10.01 - 14.00$) ระดับมาก ($M = 14.01 - 18.00$) และระดับมากที่สุด ($M = 18.01 - 20.00$ คะแนน)

2.2 การตีตราผู้ป่วยจิตเวช ดัดแปลงมาจากแบบสอบถาม Social distance scale ของ Link, Phelan, Bresnahan, Stueve, and Pescosolido (1999) มีจำนวน 4 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 4-20 แปลผล คือ ค่าคะแนนมากจะมีการตีตราผู้ป่วยจิตเวชน้อยกว่าค่าคะแนนน้อย โดยไม่มีจุดตัดของคะแนน แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ ตีตราระดับสูงที่สุด ($M = 4.00 - 6.00$ คะแนน) ตีตราระดับสูง ($M = 6.01 - 10.00$) ตีตราระดับปานกลาง ($M = 10.01 - 14.00$) ตีตราระดับต่ำ ($M = 14.01 - 18.00$) และตีตราระดับต่ำที่สุด ($M = 18.01 - 20.00$ คะแนน)

2.3 ความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต เป็นแบบสอบถามที่ถามถึงการรับรู้ว่าคุณมีความคุ้นเคยกับการเจ็บป่วยทางจิตมากเพียงใด จำนวน 1 ข้อ ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 แปลผล ค่าคะแนนมากจะมีความคุ้นเคยมากกว่าค่าคะแนนน้อย โดยไม่มีจุดตัดของคะแนน แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00 - 1.50$ คะแนน) ระดับน้อย ($M = 1.51 - 2.50$ คะแนน) ระดับปานกลาง ($M = 2.51 - 3.50$ คะแนน) ระดับมาก ($M = 3.51 - 4.50$ คะแนน) และระดับมากที่สุด ($M = 4.51 - 5.00$ คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดัดแปลงมาจากแบบวัดสมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช ของสายสมร เกลยกิตติ, สรินทร เชี่ยวโสธร, และญาดา บุตรปัญญา (2560) ให้เหมาะสมกับบริบทของการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชในระดับปฐมภูมิ โดยแบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านความรู้ จำนวน 11 ข้อ ด้านทัศนคติ จำนวน 8 ข้อ และด้านการปฏิบัติ จำนวน 11 ข้อ รวม 30 ข้อ ซึ่งเป็นแบบประเมินตนเอง ค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 1-5 แปลผล ค่าคะแนนมาก จะมีสมรรถนะมากกว่าค่าคะแนนน้อย โดยไม่มีจุดตัดของคะแนน แบ่งคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ ระดับน้อยที่สุด ($M = 1.00 - 1.50$ คะแนน) ระดับน้อย ($M = 1.51 - 2.50$ คะแนน) ระดับปานกลาง ($M = 2.51 - 3.50$) ระดับมาก ($M = 3.51 - 4.50$) และระดับมากที่สุด ($M = 4.51 - 5.00$ คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ส่วนที่ 2) และแบบสอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ส่วนที่ 3) มาดัดแปลงให้เข้ากับบริบทของบุคลากรไทยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญการศึกษาทางการแพทย์สุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน นำมาปรับแก้ตามข้อเสนอแนะและนำไปทดลองใช้กับบุคลากรทางสุขภาพที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ส่วนที่ 2.1) การติดตามผู้ป่วยจิตเวช (ส่วนที่ 2.2) เท่ากับ .92 และ .91 ตามลำดับ ส่วนแบบสอบถามความคุ้นเคยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (ส่วนที่ 2.3) มีข้อคำถามเพียงหนึ่งข้อ จึงไม่สามารถหาค่าความเชื่อมั่นได้ และค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ส่วนที่ 3) เท่ากับ .96

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการ/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลโดยดำเนินการ ดังนี้

1. กรณีที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์การคัดเลือกลงหน้าและเดินทางไปเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองที่ รพ.สต. หรือ PCU ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัยและการรวบรวมข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง และชี้แจงด้วยเอกสาร ให้ลงนามเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ
2. กรณีที่ผู้วิจัยไม่สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ด้วยตนเอง จะมีการมอบให้ผู้ประสานงานซึ่งเป็นพยาบาลหรือนักวิชาการสาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีการชี้แจงเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การยินยอมเข้าร่วมวิจัย รวมถึงมีการทำความเข้าใจในข้อคำถามของแบบสอบถาม หลังจากนั้นส่งมอบแบบสอบถามให้ผู้ประสานงานเพื่อนำไปให้กลุ่มตัวอย่าง แล้วนัดวันเวลาไปรับแบบสอบถามกลับ
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน และความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัย ด้านอายุ การติดตามผู้ป่วยจิตเวช ความคุ้นเคยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนาย โดยการวิเคราะห์เส้นทางปัจจัย (Path analysis)

ผลการวิจัย

คณะผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างเดือนสิงหาคม 2561 - กุมภาพันธ์ 2562 ได้แบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 200 ชุด ภายหลังจากการตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามพบว่า มีปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วนจำนวน 3 ชุด จึงตัดแบบสอบถามดังกล่าวออก ดังนั้นจำนวนกลุ่มตัวอย่างจึงมีจำนวนทั้งสิ้น 197 คน ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 5 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90.36) ส่วนมากอายุ 41-50 ปี (ร้อยละ 48.22) รองลงมาอายุ 51-60 ปี (ร้อยละ 17.77) อายุเฉลี่ย 41.99 ปี ($SD = 8.85$) โดยอายุน้อยที่สุด 23 ปี และมากที่สุด 59 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 89.85) และระดับปริญญาโท (ร้อยละ 10.15) เป็นพยาบาลวิชาชีพ (ร้อยละ 78.17) และนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 21.83) ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลด้านสุขภาพจิต (ร้อยละ 85.79) และไม่มีประสบการณ์การทำงานในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวช (ร้อยละ 65.99)

ตอนที่ 2 สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา

สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย อายุ การติตราผู้ป่วยจิตเวช ความคุ้นเคยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สถิติเชิงพรรณนาของตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปร	Possible range	Actual range	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
อายุ	20-60	20-59	41.99	8.85	-
การติตราผู้ป่วยจิตเวช	4-20	6-20	14.50	3.01	ระดับต่ำ
ความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต	1-5	1-5	3.08	0.89	ปานกลาง
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	1-5	1.50-4.93	3.58	0.59	มาก
ด้านความรู้	1-5	1.09-5.00	3.21	0.70	ปานกลาง
ด้านทัศนคติ	1-5	1.38-5.00	4.21	0.68	มาก
ด้านการปฏิบัติ	1-5	1.36-5.00	3.49	0.70	ปานกลาง
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	4-20	4-20	13.90	3.18	ปานกลาง

หมายเหตุ. $n = 197$

ตอนที่ 3 ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ค่าผิดปกติ (Multivariate outlier) ผลการทดสอบพบว่า ค่าความเป็นไปได้ของ Mahalanobis distance ของตัวแปรมากกว่า .001 ทุกตัวแปร ดังนั้นจึงไม่พบค่าผิดปกติของตัวแปรในการศึกษา

3.2 ค่าการกระจายของข้อมูล (Multivariate Normality) ค่าความโค้งของตัวแปรจากการทดสอบพบว่า มีค่าเท่ากับ 26.269 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายที่ผิดปกติค่อนข้างมาก จึงวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เทคนิคบูทสแตรป (Bootstrap sample) ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นการสุ่มตัวอย่างซ้ำ (Resampling method) ช่วยแก้ปัญหาในเรื่องของการกระจายข้อมูลที่ผิดปกติ

3.3 ค่าความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) ผลการทดสอบพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไม่มีค่าใดเท่ากับ 0

3.4 ค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) ผลการทดสอบพบว่าค่า Tolerance $> .2$ และค่า Variance inflation factor (VIF) < 4 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นว่าตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน

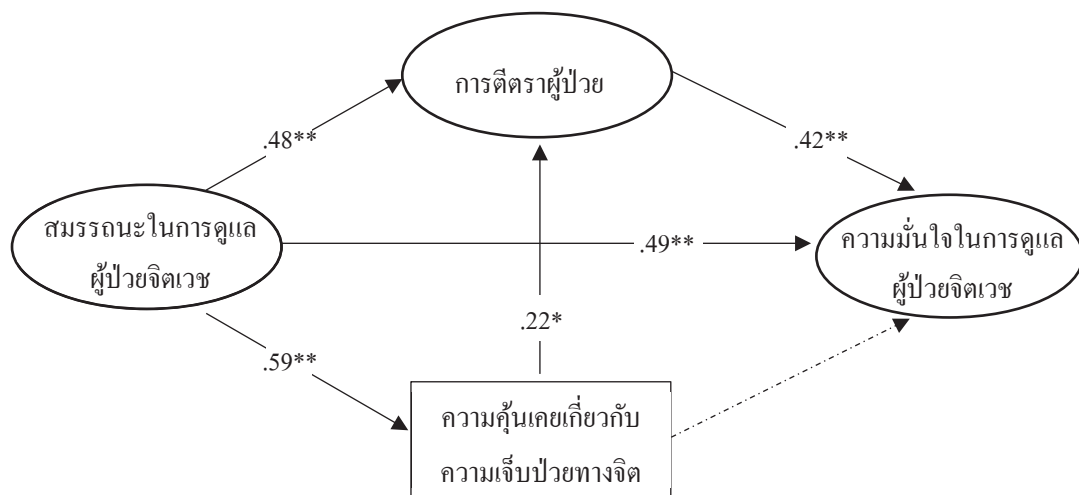
ตอนที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการตีตราผู้ป่วยและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีอิทธิพลทางบวกต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .42, p < .001$ และ $\beta = .49, p < .001$ ตามลำดับ) และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีอิทธิพลทางบวกต่อการตีตราผู้ป่วยจิตเวช และความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .48, p < .001$ และ $\beta = .59, p < .001$ ตามลำดับ) และความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตมีอิทธิพลทางบวกต่อการตีตราผู้ป่วยจิตเวช ($\beta = .22, p < .01$) โดยสามารถอธิบายความแปรปรวนความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ร้อยละ 71 ดังแสดงในตารางที่ 2 และภาพที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การตีตราผู้ป่วย และความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ตัวแปร	β	SE	p-values	R ²
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช				.71
การตีตราผู้ป่วย	.42	.08	.000**	
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	.49	.01	.000**	
การตีตราผู้ป่วย				.47
ความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต	.22	.06	.004*	
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	.48	.01	.000**	
ความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต				.29
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	.59	.01	.000**	

หมายเหตุ. $n = 197$, * $p < .01$, ** $p < .001$



หมายเหตุ. * $p < .01$, ** $p < .001$

ภาพที่ 2 แสดงปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพ
ในระบบบริการปฐมภูมิ

ตอนที่ 5 ผลการวิเคราะห์โมเดลปัจจัยเชิงยืนยันตัวแปรที่มีผลต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลหลังจากการปรับแก้โมเดลปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องทั้งหมดผ่านเกณฑ์การพิจารณา สรุปได้ว่าโมเดลแบบจำลองสมการโครงสร้างนี้มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในบริบทที่ศึกษา โมเดลหลังการปรับดังปรากฏในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนของโมเดลสมมติฐาน และโมเดลที่ได้รับการปรับโมเดล

ดัชนีความสอดคล้อง	ค่าดัชนีความสอดคล้อง	โมเดลสมมติฐาน	โมเดลที่ได้รับการปรับ
χ^2/df	$0 \leq \chi^2/df \leq 2$	3.36	1.71
CFI	$.90 \leq CFI \leq 1.00$	0.93	0.98
GFI	$.90 \leq GFI \leq 1.00$	0.87	0.94
AGFI	$.90 \leq AGFI \leq 1.00$	0.79	0.90
RMSEA	$0 \leq RMSEA \leq .08$	0.11	0.06

ปัจจัยด้านการตีตราผู้ป่วยและสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีอิทธิพลทางตรงกับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ($\beta = .42, p \leq .01$ และ $\beta = .49, p \leq .01$ ตามลำดับ) ส่วนความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตมีอิทธิพลทางตรงกับการตีตราผู้ป่วย ($\beta = .22, p \leq .01$) และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตมีอิทธิพลทางอ้อมต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชผ่านการตีตรา ($\beta = .26, p \leq .01$ และ $\beta = .09, p \leq .01$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสถิติเปรียบเทียบอิทธิพลระหว่างตัวแปรในโมเดลปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทางสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ

ตัวแปร	การตีตราผู้ป่วย			ความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต			ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย		
	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE
การตีตราผู้ป่วย	-	-	-	.22*	-	.22*	.42*	-	.42*
สมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช	.48*	.13*	.61*	.59*	-	.59*	.49*	.26*	.74*
ความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต	-	-	-	-	-	-	-	.09*	.09*

หมายเหตุ. DE = อิทธิพลทางตรง, IE = อิทธิพลทางอ้อม, TE = อิทธิพลรวม, * $p \leq .01$

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการตีตราผู้ป่วย สามารถทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ปัจจัยด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ จากผลการวิจัยพบว่า บุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ตนเองว่ามีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้ง 3 ด้านในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตส่งผลให้มีทัศนคติที่ดี และมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Edgar & Connaughton, 2021) และการมีทักษะปฏิบัติทางวิชาชีพเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคลากรมีความมั่นใจ (Ogawa & Nakatani, 2020) สำหรับปัจจัยด้านการตีตราผู้ป่วย เป็นทัศนคติเชิงลบที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเวช ว่าแตกต่างไปจากผู้อื่น วิกลจริต น่ากลัว ด้อยค่า ไม่น่าเชื่อถือ ไม่สามารถแสดงบทบาทหน้าที่หรืออยู่ร่วมกันในสังคมได้ ส่งผลต่อการหลีกเลี่ยงการช่วยเหลือผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การตีตรามีความสัมพันธ์กับความมั่นใจหรือความต้องการที่จะช่วยเหลือผู้อื่น ผู้ที่ตีตราผู้ป่วยจิตเวชต่ำจะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับสูง (Bond et al., 2015) บุคลากรทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิในการศึกษานี้มีการตีตราผู้ป่วยในระดับต่ำและรับรู้ว่าคุณสมบัติสมรรถนะด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับมากจึงส่งผลต่อความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีอิทธิพลทางอ้อมต่อความมั่นใจผ่านการตีตราผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในการศึกษานี้ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่พบว่า การที่มีความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตลดการตีตราผู้ป่วยลง (Lien et al., 2021) ปัจจัยด้านความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตส่งผลโดยอ้อมต่อความมั่นใจผ่านการตีตราผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งการมีความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตจะลดการตีตราผู้ป่วย ทำให้มีทัศนคติที่เหมาะสมและไม่ตัดสินผู้ป่วย ซึ่งจะนำไปสู่ความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ป่วย ในการศึกษานี้บุคลากรมีความคุ้นเคยต่อการเจ็บป่วยทางจิตเวชในระดับปานกลาง โดยบุคลากรส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด ไม่เคยผ่านการอบรมด้านการดูแลด้านสุขภาพจิต และส่วนมากไม่มีประสบการณ์การทำงานในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเวช การเคยมีประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความเข้าใจยังส่งผลให้บุคคลเกิดความมั่นใจยิ่งขึ้น มีการศึกษาของ Crawford and Burns (2020) พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีประสบการณ์คุ้นเคยกับผู้ป่วยจิตเวชโดยตรงจะสัมพันธ์กับความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช

ส่วนปัจจัยด้านอายุไม่มีอิทธิพลต่อความมั่นใจของบุคลากร ซึ่งบุคลากรในการศึกษานี้เกือบทั้งหมดมีอายุ 41-50 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 41.99 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ Ogawa and Nakatani (2020) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความมั่นใจของบุคลากรทางสุขภาพ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคล ด้านเพศ อายุ หรือบุคลิกภาพ แต่ขึ้นอยู่กับทักษะปฏิบัติ และการเรียนรู้จากผู้สอนงาน ซึ่งต่างจากความมั่นใจในตนเองของบุคคลทั่วไป

สรุปผลการวิจัย

ปัจจัยด้านสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการตีตราผู้ป่วยสามารถทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้โดยตรง นอกจากนั้นยังพบว่าปัจจัยด้านสมรรถนะในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช และปัจจัยด้านความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สามารถทำนายความมั่นใจได้โดยอ้อมผ่านการตีตราผู้ป่วย และปัจจัยด้านสมรรถนะในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช การตีตราผู้ป่วย และความคุ้นเคยเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต สามารถทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้ร้อยละ 71 ส่วนปัจจัยด้านอายุไม่สามารถทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยจะได้ข้อมูลปัจจัยทำนายความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการจัดการศึกษา เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ และหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น กรมสุขภาพจิต สามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ ในหน่วยบริการปฐมภูมิเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่งเสริมการลดการตีตราผู้ป่วย โดยการจัดอบรมให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้สามารถให้บริการด้านสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประชาชนได้รับการบริการดูแลสุขภาพจิต

บรรลุเป้าหมายตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติต่อไป ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาความมั่นใจและปัจจัยทำนายความมั่นใจในบุคลากรทางสุขภาพในสาขาหรือระบบบริการในระดับอื่นๆ เพราะความมั่นใจของบุคลากรส่งผลโดยตรงกับคุณภาพการบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2565). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2562). แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 – 2580). สืบค้นจาก <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/450>
- จักรรัตน์ ปริกเอโก, เบญจมาศ พฤทธกานนท์, บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์, ชาลีมาศ ต้นสุเทพวิรวงศ์, และ ประณีต ชุ่มพุทรา. (บรรณาธิการ). (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน สำหรับบุคลากรของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: แสงจันทร์การพิมพ์.
- พันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์, นพพร ตันติรังสี, วรวรรณ จูหา, อธิป ตันอารีย์, ปธานนท์ ขวัญสนิท, และ สาวิตรี อัยฉางค์กรชัย. (2560). ความชุกของโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต: การสำรวจระดับชาติ วิทยาลัยสุขภาพจิตคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(1), 1-19.
- สายสมร เฉลยกิตติ, สรินทร เชี่ยวโสธร, และญาดา บุตรปัญญา. (2560). ประสิทธิภาพของการบูรณาการ การบริการวิชาการกับการจัดการเรียนการสอนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ต่อ สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชของนักเรียนพยาบาลกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 8(3), 144-151.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี. (2561). สถิติสาธารณสุข ปี 2561. สืบค้นจาก http://www.sro.moph.go.th/ewtadmin/ewt/saraburi_web/more_news.php?cid=18
- Arabani, P., & Saleh, B. (2017). What do nurses actually need? Is it competence or confidence. *Global Journal of Nursing & Forensic Studies*, 2(1), 1-2.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S., Ramachaudran (Eds). *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71-81). New York: Academic Press.
- Bond, K. S., Jorm, A. F., Kitchener, B. A., & Reavley, N. J. (2015). Mental health first aid training for Australian medical and nursing students: An evaluation study. *BMC Psychology*, 3(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0069-0>
- Crawford, G., & Burns, S. (2020). Confidence and motivation to help those with a mental health problem: Experiences from a study of nursing students completing mental health first aid (MHFA) training. *BMC Medical Education*, 20(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1983-2>

- Edgar, S., & Connaughton, J. (2021). Using mental health first aid training to improve the mental health literacy of physiotherapy students. *Physiotherapy Canada*, 73(2), 188-193.
<https://doi.org/10.3138/ptc-2019-0036>
- Fishbein, M. A. (2008). Reasoned action approach to health promotion. *Medical Decision Making*, 28(6), 834-844. <https://doi.org/10.1177/0272989X08326092>
- Gray, J., Grove, S. K., & Sutherland, S. (2017). *Burns and grove's the practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (8thed). Missouri: Elsevier.
- Kitchener, B. A., & Jorm, A. F. (2002). Mental health first aid training for the public: evaluation of effects on knowledge, attitudes and helping behavior. *BMC psychiatry*, 2(1), 1-6.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-2-10>
- Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4thed). New York: The Guilford Press.
- Lien, Y.-Y., Lin, H.-S., Lien, Y.-J., Tsai, C.-H., Wu, T.-T., ..., & Tu, Y.-K. (2021). Challenging mental illness stigma in healthcare professionals and students: a systematic review and network meta-analysis. *Psychology & Health*, 36(6), 669–684. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1828413>
- Link, B. G., Phelan, J. C., Bresnahan, M., Stueve, A., & Pescosolido, B. A. (1999). Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1328-1333. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.89.9.1328>
- Ogawa, T., & Nakatani, H. (2020). Factors associated with professional confidence in Japanese public health nurses: A cross-sectional survey. *Public Health Nursing*, 37(2), 272–280.
<https://doi.org/10.1111/phn.12705>
- Oxford University Press. (2022). *Oxford learner's dictionaries*. Retrieved from
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/confidence>
- Spagnolo, J., Champagne, F., Leduc, N., Rivard, M., Piat, M., Laporta, M., . . . , & Charfi, F. (2018). Mental health knowledge, attitudes, and self-efficacy among primary care physicians working in the Greater Tunis area of Tunisia. *International journal of mental health systems*, 12, 63.
<https://doi.org/10.1186/s13033-018-0243-x>

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมี กำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว จังหวัดนครราชสีมา

ธวัชชัย เอกสันติ, วท.ม.¹

นิภา มหารัชพงศ์, ประ.ด.^{2*}

ยุวดี รอดจากภัย, ส.ด.³

อนามัย เทศกะทีก, ประ.ด.³

(วันที่ส่งบทความ: 30 มิถุนายน 2565; วันที่แก้ไข: 27 กันยายน 2565; วันที่ตอบรับ: 27 กันยายน 2565)

บทคัดย่อ

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยขาดความรอบรู้สุขภาพ (Health literacy [HL]) และมีพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Pesticide protective behaviors [PPB]) ที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่าง HL กับ PPB ของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 480 คน สุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มทำนาปี กลุ่มทำนาปีและนาปรัง และกลุ่มทำนาปีและพืชไร่ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. ข้อมูลทั่วไป 2. ความรอบรู้สุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยด้านความรู้และความเข้าใจ และด้านย่อยอื่นๆ อีก 5 ด้าน และ 3. พฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ทุกข้อมีค่าดัชนีความเที่ยงตรง .60 ขึ้นไป แบบสอบถามส่วนที่ 2-3 มีค่าความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ คือ ส่วนที่ 2 ด้านความรู้และความเข้าใจ (13 ข้อ) มีค่า คูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) = .79 และด้านย่อย 5 ด้าน (6-10 ข้อ) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α) = .85-.86 และส่วนที่ 3 มีค่า α เท่ากับ .88 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน และวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ผลการศึกษาพบว่า HL รวมทุกองค์ประกอบส่วนใหญ่ (ร้อยละ 48.8) และ PPB ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 44.6) อยู่ในระดับปานกลาง โดย HL มีความสัมพันธ์กับ PPB เชิงบวก ($r_s(478) = .70, p < .005$) เมื่อวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า HL มีความสัมพันธ์กับ PPB อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001, OR = 6.57, 95\% CI [3.95, 10.94]$) จึงควรส่งเสริมให้เกษตรกรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ถูกต้อง และไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพ, สารเคมีกำจัดศัตรูพืช, เกษตรกรผู้ปลูกข้าว

¹ นิสิตหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³ รองศาสตราจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้ประพันธ์บทความ: นิภา มหารัชพงศ์, อีเมล: nipam@go.buu.ac.th

Relationship Between Health Literacy and Pesticide Protective Behaviors of Rice Farmers at Nakhon Ratchasima Province

Thawatchai Aeksanti, M.Sc.¹

Nipa Maharachpong, Ph.D.^{2*}

Yuvadee Rodjarkpai, Dr.P.H.³

Anamai Thetkathuek, Ph.D.³

(Received: June 30th, 2022; Revised: September 27th, 2022; Accepted: September 27th, 2022)

Abstract

The use of pesticides without health literacy (HL) and inappropriate pesticide protective behaviors (PPB) will affect health. The objective of this study was to determine the relationship between HL and PPB of 480 rice farmers in Nakhon Ratchasima province, Thailand who were randomly stratified into three groups, namely: in-season rice, off-season rice, and in-season rice with crops farmers. Data were collected using a three-part questionnaire consisting of: Part 1- General Information; Part 2 - Health Literacy, comprised of knowledge and understanding and five sub-topics; and Part 3 - Pesticide Exposure Prevention Behaviors. All items had a validity index of .60 or higher. Parts 2 and 3 had acceptable reliability. Part 2 on Cognitive and Comprehension (13 items) had a value of Kuder-Richardson (KR-20) = .79, and the five sub-topic items (6-10 items) and a Cronbach's alpha coefficient (α) of .85-.86. Part 3 had an α of .88. Data were analyzed using descriptive statistics, Spearman correlation efficiency, and Binary logistic regression analysis. The results showed that most HL (48.8%) and most PPB (44.6%) items were at a moderate level, with HL being positively correlated to PPB ($r_s(478) = .70, p < .005$). The Binary logistic regression analysis revealed that HL was significantly associated with PPB ($p < .001, OR = 6.57, 95\% CI. [3.95, 10.94]$). Therefore, farmers should be encouraged to have higher levels of health knowledge in order to promote correct behavior and improve PPB to prevent exposure to pesticides and adverse health effects.

Keywords: health literacy, pesticide, rice farmers

¹ A Doctor of Philosophy Candidate in Health Education and Health Promotion program, Faculty of Public Health, Burapha University

² Instructor, Faculty of Public Health, Burapha University

³ Associate Professor, Faculty of Public Health, Burapha University

* Corresponding author: Nipa Maharachpong, E-mail: nipam@go.buu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันเกษตรกรไทยประสบปัญหาของแมลงศัตรูพืชที่มีการระบาดตลอดปี สร้างความเสียหายต่อผลผลิตทางการเกษตร (พนนิภา ยาใจ, ปิยะวรรณ ใยดี, และกุลชญา เกศสุวรรณ, 2557) เกษตรกรจึงใช้สารเคมีเพื่อป้องกันกำจัดแมลงและศัตรูพืชในแปลงเกษตร (สมชาย บุญประดับ, สุรไกร สังทสุขบรรณ, นลินี จารีกาการ, และสมเจตน์ ประทุมมิตร, 2558) เนื่องจากสะดวกซื้อ สะดวกใช้และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย (Pan & Siriwong, 2010) มีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากต่างประเทศที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปีทั้งด้านปริมาณและมูลค่า (สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร, 2564) จึงชี้ให้เห็นว่า สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความจำเป็นและสำคัญต่อเกษตรกรไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาแมลงศัตรูพืชในแปลงเกษตรและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี ทั้งนี้เกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่าพืชชนิดอื่น ๆ และใช้สารเคมีในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การเตรียมปลูกต้นกล้าจนกระทั่งก่อนการเก็บเกี่ยวเมล็ดข้าว (สยาม อรุณศรีมรกต, วรพร สังเนตร, และปิยะรักษ์ ประดับเพชรรัตน์, 2560) และมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจำนวนมากที่สุดกว่าพืชชนิดอื่น ๆ (จิตหทัย เพชรช่วย, 2560) โดยพบว่า เกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าวมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มระดับอันตรายร้ายแรง (สุพัตราพรมนนท์และ กาญจนานาถะพินธุ, 2561) ดังนั้นเกษตรกรกลุ่มนี้จึงเป็นกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

จังหวัดนครราชสีมา มีอาณาเขตขนาดใหญ่ มีพื้นที่ 20,493.964 ตารางกิโลเมตร หรือ ประมาณ 12,808,728 ไร่ (จังหวัดนครราชสีมา, 2565) มีจำนวนเกษตรกร 879,862 คน หรือ 284,304 ครัวเรือน (กรมส่งเสริมวิชาการเกษตร, 2562) ผลจากการคัดกรองตรวจเลือดเกษตรกรในจังหวัดนครราชสีมาประจำปี พ.ศ.2561 จำนวน 29,379 คน พบว่า มีผลการคัดกรองอยู่ในระดับเสี่ยง และไม่ปลอดภัย จำนวน 3,705 ราย (ร้อยละ 29.78; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 2562) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นกว่าปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ผลการประเมินทางชีวภาพด้านความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรผู้ทำนา ตำบลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบกลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อยู่ในระดับเสี่ยงและไม่ปลอดภัย มากถึง ร้อยละ 60 (สุนิสา ชายเกลี้ยง และสายชล แปรงกระโทก, 2556)

ความรู้สุขภาพเป็นความสามารถและทักษะของบุคคล มีองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ความรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพในการการประเมินและตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง ผู้ที่มีความรู้สุขภาพต่ำหรือไม่เพียงพอ จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บน้อย มีความสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และการจัดการตนเองได้ไม่ดีเท่าที่ควร เกิดความเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพได้มาก ส่งผลต่อการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ (Brabers, Rademakers, Groenewegen, van Dijk, & de Jong, 2017) ผู้ที่มีความรู้สุขภาพน้อยมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพได้มาก

และผู้ที่มีความรอบรู้สุขภาพสูง จะมีการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพดี (Chesser, Woods, Smothers, & Roger, 2016)

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความรอบรู้สุขภาพในกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ซึ่งเป็นกลุ่มที่ใช้และสัมผัสใกล้ชิดกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เกษตรกรมีพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกต้อง เช่น ไม่อ่านฉลากคำแนะนำก่อนใช้ ไม่ใส่หน้ากากหรือผ้าปิดจมูกขณะทำงาน ไม่สวมแว่นตา ไม่สวมถุงมือป้องกัน สูดดมสารเคมีระหว่างการฉีดพ่น และดื่มน้ำขณะปฏิบัติงาน รวมถึงเก็บอุปกรณ์ไม่พ้นมือเด็ก และทิ้งภาชนะบรรจุสารเคมีไม่ถูกต้องตามหลักสุขาภิบาล เป็นต้น (ปรีชา เปรมปรี, 2559) พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ปลอดภัยที่พบมากที่สุด ได้แก่ ผสมสารเคมีหลายชนิดในการพ่นครั้งเดียว รองลงมา ได้แก่ ไม่สวมถุงมือป้องกันขณะทำงานกับสารเคมี ไม่มีที่เก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเฉพาะ (สมเกียรติศิริรัตนพลกุล, 2545) และผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรที่รับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า หากได้รับสัมผัสสารเคมีกำจัดแมลงศัตรูพืช เป็นระยะเวลานานมากกว่า 3 ปีขึ้นไป มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรกระบบหลอดเลือดและหัวใจ (Hung et al, 2015) และพบดัชนีบ่งชี้ทางชีวภาพของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว มีระดับความเสี่ยงทางสุขภาพสูงกว่าเกษตรกรที่ปลูกพืชชนิดอื่น (Edward, 2012) ซึ่งข้อมูลข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าหากพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวไม่ดี ก็จะเกิดการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและเกิดอันตรายต่อสุขภาพของเกษตรกรเอง

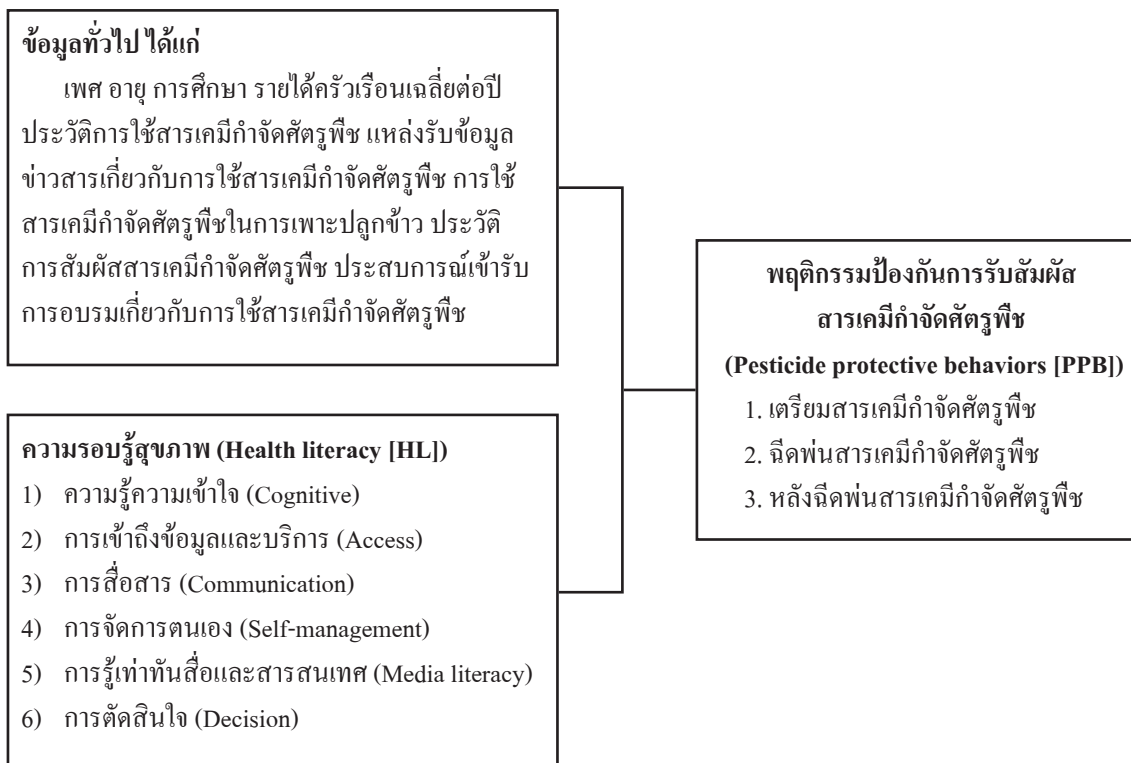
ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาความรอบรู้สุขภาพ และความสัมพันธ์ของความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รวมถึงความเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะในเกษตรกรที่ทำหน้าที่ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงนาข้าวเป็นประจำ ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหาตามบริบทของชุมชน และจะได้นำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนพัฒนาออกแบบโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพ เพื่อให้เกษตรกรมีความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกิดการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย ลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในเขตจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าวในเขตจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาคือความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มผู้ปลูกข้าว เขตจังหวัดนครราชสีมา ตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้สุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช รายละเอียดดังแสดงไว้ในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการศึกษาวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ในเขตจังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เกษตรกรที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีอาชีพหลักทำนาเพาะปลูกข้าว อยู่ในเขตพื้นที่คลองส่งน้ำชลประทาน จังหวัดนครราชสีมา และขึ้นทะเบียนครัวเรือนเกษตรกรปลูกพืชเศรษฐกิจกับสำนักงานเกษตรจังหวัด จังหวัดนครราชสีมา ในระหว่างปี พ.ศ. 2561-2562 มีเกษตรกรที่ปลูกข้าวในปี จำนวนทั้งสิ้น 521,593 คน (กรมส่งเสริมวิชาการเกษตร, 2562)

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ซึ่งสร้างจากสูตรของ Cohen (1988) โดยกำหนดตามสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล กำหนดค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 สัดส่วนความคลาดเคลื่อนเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ เท่ากับ .80 และกำหนดอิทธิพลขนาดของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร (Effect size) เท่ากับ .05 ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 436 คน และเพื่อชดเชยกรณีตัวแปรในกลุ่มประชากรที่ศึกษามีความแปรปรวน ป้องกันความคลาดเคลื่อนและสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 480 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลาย

ขั้นตอน (The multi-stage stratified cluster random sampling) โดยแบ่งตามลักษณะของพื้นที่ทำการเกษตรแบบขั้นภูมิ (Stratified random sampling) ได้ 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มทำนาปีอย่างเดียว 2) กลุ่มทำนาปีและนาปรัง และ 3) กลุ่มทำนาปีและปลูกพืชไร่ โดยเลือกตัวแทนแบบยกกกลุ่ม (Cluster random sampling) ทั้ง 3 กลุ่มให้ได้กลุ่มละ 1 ตำบล ซึ่งเพียงพอต่อการเป็นตัวแทนของประชากร เพราะเกษตรกรในกลุ่มเดียวกันมีความคล้ายคลึงกันสูง (Homogeneity) จากนั้นเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนด

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัย IRB 023/2562 ทั้งนี้ ผู้วิจัยให้ความสำคัญตามหลักจริยธรรมและตระหนักถึงการเคารพสิทธิมนุษยชน โดยได้แนะนำตนเองและชี้แจงวัตถุประสงค์การศึกษาครั้งนี้ ผู้เข้าร่วมการศึกษาลงนามยินยอมที่จะให้เก็บข้อมูลและทำการขออนุญาตก่อนทำการเก็บข้อมูลทั้งด้วยวาจาและเอกสาร ข้อมูลของผู้เข้าร่วมจะเป็นความลับ ซึ่งทำการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลสรุปเป็นภาพรวม ไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

นักวิจัยได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อคำถามประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี ประวัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แหล่งรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเพาะปลูกข้าว ประวัติการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประสิทธิภาพในการรับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้รอบรู้สุขภาพในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้าน โดยแบ่งตามการให้คะแนนเป็น 2 ส่วนย่อย คือ

ส่วนที่ 2.1 มี 1 ด้าน คือ ความรู้และความเข้าใจ จำนวน 13 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่แน่ใจ ตอบถูกต้องได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจ ได้ 0 คะแนน เกณฑ์ในการแปลผลการแบ่งระดับความรู้รอบรู้สุขภาพ คือ ระดับสูง (คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80) ระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่างร้อยละ 60 – 80) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60)

ส่วนที่ 2.2 มี 5 ด้าน คือ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ จำนวน 7 ข้อ การสื่อสาร จำนวน 8 ข้อ การจัดการตนเอง จำนวน 6 ข้อ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ จำนวน 6 ข้อ และการตัดสินใจ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติประจำ (ในหนึ่งสัปดาห์ ปฏิบัติครบ 7 วัน) บ่อยครั้ง (ในหนึ่งสัปดาห์ ปฏิบัติได้ 5-6 วัน) บางครั้ง (ในหนึ่งสัปดาห์ ปฏิบัติได้ 3-4 วัน) นาน ๆ ครั้ง (ในหนึ่งสัปดาห์ ปฏิบัติได้ 1-2 วัน) และไม่เคยปฏิบัติ (ไม่ได้ปฏิบัติต่อสิ่งนั้นเลย) โดยคำถามเชิงบวก จำนวน 30 ข้อ จะได้ 5-1 คะแนนตามลำดับ ส่วนคำถามเชิงลบ จำนวน 7 ข้อ จะได้ 1-5 คะแนนตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีจำนวน 30 ข้อ แบ่งเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเตรียมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 9 ข้อ และหลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 11 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบ 5 ตัวเลือก โดยมีคำถามเชิงบวก จำนวน 13 ข้อ ส่วนคำถามเชิงลบ จำนวน 17 ข้อ ลักษณะตัวเลือกตอบและให้คะแนน เช่นเดียวกับส่วนที่ 2.2

คะแนน ส่วนที่ 2.2 และ 3 นำมาแปลผลความรอบรู้สุขภาพหรือพฤติกรรมการปฏิบัติ ตามเกณฑ์ คือ ระดับสูง (ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ 75 - 100) ระดับปานกลาง (ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ 26 - 74) และระดับต่ำ (ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ 0 - 25)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาตรวจสอบความตรงและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านความรอบรู้สุขภาพ อาชีวอนามัยและความปลอดภัย และการวิจัยสุขภาพอนามัยของเกษตรกร โดยเลือกใช้เฉพาะข้อคำถามมีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Index of item objective congruence [IOC]) มากกว่า .60 ขึ้นไป จากนั้นแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำ แล้วนำไปทดลองใช้ (Try out) กับเกษตรกรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของข้อคำถามรายข้อและรายด้าน ซึ่งด้านความรู้ความเข้าใจ วิเคราะห์ด้วยวิธีของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 [KR20]) มีค่า $r = .79$ ในส่วนข้อคำถาม ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านการสื่อสาร ด้านการจัดการตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อ วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient [α]) มีค่า $\alpha = .86$ ด้านการตัดสินใจ มีค่า $\alpha = .85$ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช มีค่า $\alpha = .88$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนาม โดยการพัฒนาผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในชุมชนที่กลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ โดยผู้วิจัยได้แจกคู่มือการเก็บข้อมูลวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย รายละเอียดของโครงการวิจัย และวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย แนวทางการแนะนำตัวของผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นผู้เก็บข้อมูล หนังสือชี้แจงและแบบฟอร์มเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการเก็บข้อมูล เนื้อหาของเครื่องมือในแต่ละส่วน และขั้นตอนการใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นต้น และเพื่อให้ผู้ช่วยนักวิจัยภาคสนามได้มีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือได้อย่างถูกต้อง ตรงตามขั้นตอนของการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้จัดอบรมเชิงปฏิบัติการและสาธิตการเก็บข้อมูลวิจัยในภาคสนาม ตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงวัตถุประสงค์ของการขอความร่วมมือในการให้ข้อมูล วิธีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง การตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบและให้ผู้ช่วยนักวิจัยไปทดลองเก็บข้อมูลจริงกับเกษตรกรที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างการวิจัย และประเมินผลจนผู้ช่วยนักวิจัยปฏิบัติได้ครบถ้วนสมบูรณ์ตามขั้นตอนการวิจัยครั้งนี้

2. ทำหนังสือถึงนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อขออนุญาตเข้าไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขอเข้าพบผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อชี้แจง

รายละเอียดในการทำวิจัยครั้งนี้ โดยเน้นย้ำเรื่องหลักจริยธรรมการวิจัยเพื่อคุ้มครองปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยตลอดระยะเวลาการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

3. ประสานวัน เวลา และสถานที่ในการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลกับเกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง

4. ผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการลงพื้นที่ตามที่นัดหมาย และเก็บรวบรวมข้อมูลกับตัวอย่าง โดยหากกลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้ช่วยนักวิจัยจะเป็นผู้อ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

5. ผู้วิจัยนำผลการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มาตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้งหนึ่ง แล้วดำเนินการบันทึกข้อมูลที่ได้ลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่า การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient หรือ Spearman's rho [r_s]) เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามพบว่าไม่ได้มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบทวิ (Binary logistic regression) โดยเลือกใช้วิธีแบบขั้นตอน (Stepwise) ด้วยการนำเอาตัวแปรอิสระที่มีค่าความสัมพันธ์มากที่สุดเข้าไปวิเคราะห์ก่อน ตามด้วยตัวแปรที่มีค่าความสัมพันธ์รองลงมา ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรอบรู้สุขภาพ ข้อมูลพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Binary logistic regression ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

เกษตรกรกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60.4 และมีอายุเฉลี่ย 54.3 ปี จบการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 69.2 และมีรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อปีน้อยกว่า 60,000 บาท ร้อยละ 58.3 การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีประวัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 1-5 ปี ร้อยละ 72.5 ได้รับข่าวสารความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากผู้ชาย ร้อยละ 41.9 รองลงมาคือ ได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนเกษตรกรเท่า ๆ กัน ร้อยละ 13.8 ถูกลูกการเพาะปลูกที่ผ่านมาใช้สารเคมีกำจัดแมลง ร้อยละ 74.6 สารเคมีกำจัดวัชพืชหรือยาฆ่าหญ้า ร้อยละ 70.6 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากถึง 5 ชนิด และเคยได้รับอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 9.6

ความรอบรู้สุขภาพ ประกอบด้วยคำถาม 6 องค์ประกอบ พบว่า

1. ด้านความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 40 เมื่อพิจารณารายข้อ มีความรู้มากที่สุด เรื่องการอ่านฉลากให้เข้าใจทุกครั้งก่อนใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 91 และไม่มีความรู้มากที่สุด เรื่องการใช้สารเคมีในปริมาณที่แตกต่างไปจากฉลากที่กำหนดไว้ ร้อยละ 52.7

2. ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.4 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับสูง เรื่อง เกษตรกรสะดวกในการเข้ารับบริการเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 45.6 ในขณะที่อยู่ในระดับต่ำ เรื่อง การค้นหาและเลือกแหล่งข้อมูลเมื่อต้องการรู้เรื่องการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 39.1

3. ด้านการสื่อสาร อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 46.6 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับสูง เรื่อง การซักถามในสิ่งที่ต้องการรู้จากบุคลากรสาธารณสุข เพื่อดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น ร้อยละ 40 ในขณะที่อยู่ในระดับต่ำ เรื่อง การอ่านและรับฟังข้อมูลสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากบุคคลอื่น แล้วไม่ค่อยเข้าใจเนื้อหา ร้อยละ 44

4. ด้านการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.9 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับสูง เรื่อง การสังเกตความผิดปกติของสุขภาพตนเองที่อาจเป็นผลมาจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 45 ในขณะที่อยู่ในระดับต่ำ เรื่อง การใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล หมวก แว่น หน้ากาก ถุงมือ รองเท้า และเสื้อผ้ามิดชิดทุกครั้ง แม้จะไม่มีอาการแพ้จากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 28.7

5. ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 44.2 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับสูง เรื่อง การเปรียบเทียบสินค้าจากหลายแหล่งเพื่อยืนยัน ตรวจสอบความถูกต้อง น่าเชื่อถือ ก่อนซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 37.1 ในขณะที่อยู่ในระดับต่ำ เรื่อง กิจกรรมส่งเสริมการขายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทำให้ตัดสินใจเชื่อในทันทีโดยไม่คิดทบทวนก่อน ร้อยละ 29.4

6. ด้านการตัดสินใจ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.8 เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า อยู่ในระดับสูง เรื่อง การสวมหน้ากาก ถุงมืออย่างป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เมื่อฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช คิดเป็นร้อยละ 39 ในขณะที่อยู่ในระดับต่ำ เรื่อง การได้รับข้อมูลสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากเพื่อนหรือคนรู้จักจะเชื่อในทันที โดยไม่สงสัย ร้อยละ 52.9

ความรอบรู้สุขภาพรวมทุกองค์ประกอบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.8 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 26 และระดับต่ำ ร้อยละ 25.2 ตามลำดับ

พฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การปฏิบัติตัวของเกษตรกรโดยการสอบถามความถี่การปฏิบัติตัวในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมโดยรวม อยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 44.6 เมื่อจำแนกตามการปฏิบัติงานใน 3 ช่วง พบว่า

1. ช่วงเตรียมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ระดับปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 47.1 โดยปฏิบัติประจำมากที่สุด เรื่องการสวมถุงมืออย่างป้องกันการสัมผัสกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 29.2 และไม่เคยปฏิบัติ มากที่สุด เรื่อง การตรวจสอบสภาพหัวฉีด สายฉีด ถังบรรจุ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการฉีดพ่นสารเคมีก่อนการใช้งาน ร้อยละ 34.4

2. ขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม อยู่ระดับปฏิบัติ น้อย ร้อยละ 53.7 โดยปฏิบัติประจำมากที่สุด เรื่อง การสวมถุงมืออย่างป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 36.7 และไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด เรื่อง การสวมหน้ากากป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 31.9

3. หลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม อยู่ระดับปฏิบัติปานกลาง ร้อยละ 42.5 โดยปฏิบัติประจำมากที่สุด เรื่อง การเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและอุปกรณ์ในที่มิดชิดและพ้นมือเด็ก ร้อยละ 39.2 และไม่เคยปฏิบัติมากที่สุด เรื่อง การติดป้ายเตือนบอกถึงการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในแปลงเกษตรกรให้ผู้อื่นได้รับรู้รับทราบ ร้อยละ 48.3

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ความรู้สุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในทุกด้าน (r_s อยู่ระหว่าง .64 ถึง .75, $p < .001$) อย่างไรก็ตาม จากผลการวิเคราะห์ พบว่า ความรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับต่ำ ($r_s (478) = .12, p < .05$) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ความรู้สุขภาพ	r_s	p-value
ด้านความรู้ความเข้าใจ	.12	.012*
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	.64	< .001**
ด้านการสื่อสาร	.66	< .001**
ด้านการจัดการตนเอง	.75	< .001**
ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ	.74	< .001**
ด้านการตัดสินใจ	.73	< .001**
ความรู้สุขภาพโดยรวม	.70	< .001**

หมายเหตุ. $n = 480$, * p -value < .05, ** p -value < .001

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ด้วยสถิติ Binary logistic regression

การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Binary logistic regression แสดงผลค่า adjusted OR และ 95%CI พบว่า ระดับความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (Adjusted OR = 6.57, 95% CI = 3.95-10.94) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงค่า Crude, Adjusted odds ratios (ORs) และค่า 95% CI ของความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ตัวแปร	จำนวน	% of Strong Protective Behaviors	Crude OR	Adjusted OR ^a	95% CI	p-value
ความรอบรู้สุขภาพ						< .001**
ระดับปานกลางและต่ำ	355	15.8	1	1		
ระดับสูง	125	54.4	6.37	6.57	3.95-10.94	

หมายเหตุ. $n = 480$, ** p -value < .001, ^aAdjusted เพศ, อายุ, การศึกษา, รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อปี, ประวัติการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในการเพาะปลูกข้าว, ประวัติการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช, ประสบการณ์เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

อภิปรายผลการวิจัย

การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชการศึกษานี้พบว่า อยู่ระหว่าง 1- 5 ปี เฉลี่ย 3.65 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จงรัก สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาโสโสภณ (2565) พบว่า เกษตรกรร้อยละ 83.3 มีระยะเวลาการใช้สารเคมี 1-5 ปี การรับข้อมูลข่าวสารในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ส่วนใหญ่รับข้อมูลข่าวสารความรู้จากผู้ขายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นหลัก สอดคล้องกับการศึกษาของ ขจรศักดิ์ ผิวเกลี้ยง และพรสุข หุ่นนิรันดร์ (2565) เกษตรกรส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากพ่อค้าขายสารเคมี ร้อยละ 81.6 และได้รับคำปรึกษาจากผู้จำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 62.1 ส่วนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในฤดูกาลการเพาะปลูกที่ผ่านมา พบมากที่สุดคือสารเคมีกลุ่มกำจัดหอย กำจัดหนู กำจัดเพลี้ย กำจัดแมลง และกำจัดวัชพืชหรือฆ่าหญ้าตามลำดับ ส่วนใหญ่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุกชนิด ทั้งนี้จากผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าปัจจุบันเกษตรกรมีความจำเป็นในการใช้สารเคมีทุกชนิด เนื่องจากแมลงศัตรูพืชมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะหอยเชอรี่ที่มีอัตราการเพิ่มจำนวนสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (ปิยะรักษ์ ประดับเพชรรัตน์, สยาม อรุณศรีมรกต, จันทิมา ปิยะพงษ์, และกฤษณัยน์ เจริญจิตร, 2560)

ความรอบรู้สุขภาพผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและเมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบเป็นรายด้าน พบว่าด้านความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ จงรัก สุวรรณรัตน์ และธณกร ปัญญาโสโสภณ (2565) ที่พบว่า เกษตรกรอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา ส่วนใหญ่มีความรอบรู้สุขภาพทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง นอกจากนี้แล้วยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ กฤษกันทร สุวรรณพันธ์ และเสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ (2562) พบว่า เกษตรกรมีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้น ด้านความรู้ความเข้าใจ และด้านการสื่อสาร พบว่าอยู่ในระดับต่ำ โดยไม่ได้ศึกษาความรอบรู้ด้านการรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาครั้งนี้และการศึกษาที่ผ่านมา จึงทำให้ทราบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพของเกษตรกรส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนาให้สูงขึ้น ดังนั้นทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

จึงควรดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพให้กับเกษตรกร รวมถึงการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพในกลุ่มผู้ขายและจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากในการศึกษาค้างนี้ พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากผู้ขายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นหลัก

พฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การศึกษาค้างนี้ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง หากพิจารณาแบ่งตามช่วงการใช้ พบว่า 1) เตรียมใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง 2) ขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช อยู่ในระดับปฏิบัติน้อย และ 3) หลังการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช อยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ กนกพร จันตะเกา, ฤทธิรงค์ พันธดี, และวราวัฒน์ หนูวัฒนา (2564) พบว่า ระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรปลูกข้าวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 95 นอกจากนี้แล้ว การศึกษาของ ธัญญารักษ์ ไทยอยู่, สรัญญา ถีป้อม, สุดาวดี ยะสะกะ, และวิโรจน์ จันท (2560) และการศึกษาของ มณีรัตน์ สนวนม่วง, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, มลินี สมภพเจริญ, และดุสิต สุจิราวัฒน์ (2564) การศึกษาทั้งสองเรื่อง ก็พบว่า เกษตรกรมีระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.9 และร้อยละ 63.3 ตามลำดับ ซึ่งให้เห็นว่า เกษตรกรผู้ปลูกข้าวส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งยังต้องได้รับการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับที่สูงขึ้น เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูกข้าว

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า ความรอบรู้สุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กัน อย่างไรก็ตาม จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แยกองค์ประกอบความรอบรู้สุขภาพทั้ง 6 ด้าน พบว่า องค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจมีระดับความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่ำกว่าองค์ประกอบด้านอื่น ๆ ซึ่งให้เห็นว่าความรู้ความเข้าใจเพียงด้านเดียวไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชให้กับเกษตรกรเพียงอย่างเดียวไม่น่าจะเพียงพอ จึงควรจัดกิจกรรมด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสื่อสาร การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ ซึ่งคือองค์ประกอบของความรอบรู้สุขภาพที่ควรส่งเสริมให้กับเกษตรกร จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาค้างนี้ชี้ให้เห็นว่า เกษตรกรมีความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการพัฒนาให้สูงขึ้น ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องจึงควรดำเนินการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพให้กับเกษตรกร รวมถึงในกลุ่มผู้ขายและจำหน่ายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วย เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ได้รับ

องค์ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากผู้ขายสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นหลัก และจากผลการศึกษาในครั้งนี้ เกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับปานกลาง จึงยังต้องได้รับการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับที่สูงขึ้น และนอกจากนี้แล้วยังพบว่า ความรอบรู้สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ดังนั้นจึงต้องส่งเสริมความรู้สุขภาพให้กับกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกข้าว ซึ่งจะทำให้มีพฤติกรรมป้องกันการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อลดความเสี่ยงจากการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานและการกำหนดนโยบาย เพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบจากปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร และดำเนินการส่งเสริมความรู้สุขภาพ โดยเฉพาะความรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีความรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับน้อย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาวิจัยในกลุ่มเกษตรกรที่ปลูกพืชเศรษฐกิจอื่นๆ ที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชชนิดที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพรุนแรง เช่น กลุ่มผู้ปลูกมันสำปะหลัง ปลูกอ้อย และข้าวโพดเลี้ยงสัตว์ เป็นต้น
2. ศึกษาวิจัยในกลุ่มอาชีพผู้รับจ้างฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีการรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่อเนื่อง และสามารถวัดความเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรังได้
3. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทราบปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่แท้จริง เพื่อนำผลที่ได้มาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาดังตรงจุดและสอดคล้องกับบริบทของเกษตรกรในพื้นที่อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

กนกพร จันตะเภา, ฤทธิรงค์ พันธุ์ดี, และวรารัตน์ หนูวัฒนา. (2564). เปรียบเทียบความรู้ การป้องกันและพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระหว่างเกษตรกรปลูกข้าวและเกษตรกรปลูกแตงโม ตำบลหนองหลวง อำเภอนาทะโก จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย*, 3(3), 52-63.

กรมส่งเสริมวิชาการเกษตร. (2562). *การปรับปรุงทะเบียนเกษตรกร*. สืบค้นจาก

http://www.farmer.doae.go.th/index.php/bi_report/bi_report1

- กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, และเสาวลักษณ์ ศรีคาเกษ. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของเกษตรกรผู้ปลูก
สับปะรดในเขตสุขภาพที่ 8. *วารสารวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ*, 3(2), 150-157.
- จชรศักดิ์ ผิวเกลี้ยง, และพรสุข หุ่นรินคร. (2565). การพัฒนารูปแบบการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพ
และความปลอดภัยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใน
จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 7(5), 158-174.
- จรงค์ สุวรรณรัตน์, และธณกร ปัญญาโสโสภณ. (2565). การวิจัยและพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ
ต่อพฤติกรรมป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกร. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*,
40(1), 84-93.
- จังหวัดนครราชสีมา. (2565). *ข้อมูลทั่วไปจังหวัด*. สืบค้นจาก
<https://www2.nakhonratchasima.go.th/content/general>
- จิตหทัย เพชรช่วย. (2560). สถานการณ์การใช้สารเคมีการเกษตรบริเวณภูมิภาคลุ่มน้ำโขงตอนล่าง. *วารสาร
วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 9(1), 111-122.
- ัญญาภรณ์ ไทยอู่, รัญญา ถีป้อม, สุดาวดี ยะสะกะ, และวิโรจน์ จันทร. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์
กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของแรงงานรับจ้างฉีดพ่นสารเคมีตำบล
ดงประคำ อำเภอพรมพิจราญ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารควบคุมโรค*, 43(3), 293-305.
- ปรีชา เปรมปรี. (2559). *สถานการณ์โรคและการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช*. สืบค้นจาก
https://thaipan.org/sites/default/files/conference2559/pesticide_conference_2559_1.5.pdf
- ปิยะรักษ์ ประดับเพชรรัตน์, สยาม อรุณศรีมรกต, จันทิมา ปิยะพงษ์, และกฤษณันย์ เจริญจิตร. (2560).
การวิเคราะห์พื้นที่ระบาดของหอยเชอรี่ในประเทศไทย. *วารสารเกษตรพระวรุณ*, 14(2), 247-257.
- พนินาใจ, ปิยะวรรณ ใยดี, และกุลชญา เกศสุวรรณ. (2557). *ผลของการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศต่อ
ชนิดของเชื้อสาเหตุและการระบาดของโรคข้าวในนาชลประทานที่ปลูกต่อเนื่องในจังหวัดแพร่และ
อุตรดิตถ์*. สืบค้นจาก https://agkb.lib.ku.ac.th/rd/search_detail/download_digital_file/328879/67058
- มณีรัตน์ สวนม่วง, อัมรินทร์ คงทวีเลิศ, มลินี สมภพเจริญ, และดุสิต สุจิรารัตน์. (2564). ความรู้และ
พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของแรงงานรับจ้างฉีดพ่น. *วารสารสุขภาพศึกษา*, 42(2), 1-11.
- สมเกียรติ ศิริรัตนพฤษ. (2545). *โครงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังสิ่งคุกคามทางด้านอาชีวอนามัยและ
สิ่งแวดล้อม*. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/1745>
- สมชาย บุญประดับ, สุไรกร สังทศุวรรณ, นลินี จาริกการ, และสมเจตน์ ประทุมมินทร์. (2558). *รายงานชุด
โครงการวิจัย: การวิจัยภาวะการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศกับระบบการผลิตภาคเกษตร.
กรุงเทพมหานคร: กรมวิชาการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์*.
- สยาม อรุณศรีมรกต, วรพร สังเนตร, และปิยะรักษ์ ประดับเพชร. (2560). การใช้สารเคมีในการทำนาข้าว
ของเกษตรกรในอำเภอนองสือจังหวัดปทุมธานี. *วารสารเกษตรพระวรุณ*, 14(2), 173-180.

- สุนิสา ชาญเกลี้ยง, และสายชล แปรงกระโทก. (2556). การประเมินทางชีวภาพด้านความเสี่ยงต่อการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกรผู้ทำนา: กรณีศึกษาตำบลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(3), 382-389.
- สุพัทธา พรหมนนท์, และกาญจนา นาคะพินธุ. (2561). สถานการณ์การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลดงกลาง อำเภอกอนสาร จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 41(2), 116-128.
- สำนักควบคุมพืชและวัสดุการเกษตร. (2564). *รายละเอียดการนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตร ปี พ.ศ. 2564*. สืบค้นจาก https://www.doa.go.th/ard/?page_id=386
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. (2562). *รายงานการคัดกรองสารเคมีในเลือดประชากรกลุ่มเสี่ยง. นครราชสีมา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*.
- Brabers, A.E.A., Rademakers, J.J.D.J.M., Groenewegen, P.P., van Dijk, L., & de Jong, J.D. (2017). What role does health literacy play in patients' involvement in medical decision-making? *PLOS ONE*, 12(3), e0173316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173316>
- Chesser, A. K., Woods, N. K., Smothers, K., & Rogers, N. (2016). Health literacy and older adults: A systematic review. *Gerontology & Geriatric Medicine*, 2, 1-13. <https://doi.org/10.1177/2F2333721416630492>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Edward, P. R., Siri Wong, W., Taneepanichskul, N., Norkaew, S., & Robson, M. G. (2016). Health risk related to pesticide exposure in the agriculture system in Thailand: A systematic review. *Journal of Health Research*, 30(Suppl.1), S71-80. <https://doi.org/10.14456/jhr.2016.69>
- Hung, D. Z., Yang, H. J., Li, Y. F., Lin, C. L., Chang, S. Y., Sung, F. C., & Tai, S. C. W. (2015). The long-term effects of organophosphates poisoning as a risk factor of CVDs: A nationwide population-based cohort study. *PLOS ONE*, 10(9), e0137632. <https://doi.org/10.1371/2Fjournal.pone.0137632>
- Pan, U. M., & Siri Wong, W. (2010). Risk assessment for dermal exposure of organophosphate pesticides in rice-growing farmers at Rangsit agricultural area, Pathumthani province, Central Thailand. *Journal of Health Research*, 24(Suppl. 2), 141-148.

ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

อาภรณ์ คำก้อน, ปร.ด.^{1*}

สุพัตรา บัวที, Ph.D.²

อจลรา ชัยชาญ, ปร.ด.²

บุญญภัทร์ ภูมิภู, พย.ม.²

กัญจน์นิชา เรืองชัยวิเศษ, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 3 สิงหาคม 2565; วันที่แก้ไข: 26 กันยายน 2565; วันที่ตอบรับ: 27 กันยายน 2565)

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่คุณสมบัติตรงตามเกณฑ์คัดเข้า คือ ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 70 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1. ข้อมูลทั่วไป (10 ข้อ) 2. ความรู้ด้านสุขภาพ (47 ข้อ) และ 3. พฤติกรรมสุขภาพ (26 ข้อ) โดยส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .98 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที และสหสัมพันธ์เพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ส่วนผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองอยู่ในระดับพอใช้ได้ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ($M=4.02$, $SD=0.63$) สูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง ($M=3.45$, $SD=0.79$), $t(68)=3.32$, $p<.05$ อย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุจากทั้งสองชุมชนมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันทางบวกระดับต่ำ (Pearson's $r(68)=.32$, $p<.05$) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, ความดันโลหิตสูง, ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

* ผู้ประพันธ์บทความ: อาภรณ์ คำก้อน, อีเมล: aphorn.k@msu.ac.th

Health Literacy and Health Behaviors to Prevent Hypertension Among Older Adults in the Urban and Semi-Urban Community

Aphorn Khamkon, Ph.D.^{1*}

*Supatra Buatee, Ph.D.*²

*Atchara Chaichan, Ph.D.*²

*Bunyapat Phumpu, M.N.S.*²

*Kunnicha Ruangchaithaweek, M.N.S.*¹

(Received: August 3rd, 2022; Revised: September 26th, 2022; Accepted: September 27th, 2022)

Abstract

Health literacy is an important factor affecting healthy behaviors in older adults for preventing hypertension. The objectives of this research were to describe the health literacy and health behaviors related to preventing hypertension, to compare the health literacy between older adults living in urban and semi-urban communities, and to determine the relationship between health literacy and health behaviors to prevent hypertension. Participants were older adults who met the inclusion criterion of not being diagnosed with hypertension. Data were collected using a three-part questionnaire, consisting 1. general information (10 items), 2. health literacy (47 items), and 3. health behavior (26 items) sections. The Cronbach's alpha coefficients for the second and the third parts were .98 and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, t-test statistics and Pearson's correlations. The results found that the overall health literacy of older adults living in urban communities was generally at a very good level, whereas those of ones living in semi-urban communities were only at a fair level. The mean scores for health literacy of the older adults living in urban communities ($M = 4.02$, $SD = 0.63$) was significantly higher than that of the ones living in semi-urban communities ($M = 3.45$, $SD = 0.79$), $t(68) = 3.32$, $p < .05$. The older adults from both types of communities exhibited an overall moderate level health behavior for preventing hypertension. Furthermore, there was a low, positive correlation between the health literacy and health behaviors exhibited by the older adults (Pearson's $r(68) = .32$, $p < .05$). Therefore, health care providers should provide activities to promote health literacy among older adults in semi-urban communities in order to prevent hypertension.

Keywords: health literacy, health behaviors, hypertension, older adult

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

* Corresponding author: Aphorn Khamkon, E-mail: aphorn.k@msu.ac.th

บทนำ

ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมหรือถดถอยของร่างกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่พบว่าเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในผู้สูงอายุทั่วโลก สอดคล้องกับผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาที่พบว่า ผู้สูงอายुर้อยละ 74.5 มีภาวะความดันโลหิตสูง (Osthega, Fryar, Nwankwo, & Nguyen, 2020) สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุก็มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา โดยในปี พ.ศ. 2551-2552 พบร้อยละ 48.1 ปี พ.ศ. 2557 พบร้อยละ 53.2 และปี พ.ศ. 2562-2563 พบร้อยละ 60.7 (วิชัย เอกพลากกร, 2564) จะเห็นได้ว่าโรคความดันโลหิตสูงจะมีอุบัติการณ์สูงมากขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งควรได้รับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

การมีภาวะความดันโลหิตสูงเป็นเวลานานโดยไม่ได้รับการรักษาอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ดังนั้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องมีการเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูงอย่างใกล้ชิด การมีความดันโลหิตสูงจะทำให้หัวใจต้องทำงานหนักมากขึ้นจากการมีแรงดันในหลอดเลือดสูง ทำให้ผนังหัวใจหนาตัวขึ้น ความสามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ ของร่างกายทำได้ลดลงทำให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลว (Heart failure) รวมทั้งอาจเกิดภาวะหลอดเลือดในสมองตีบ ตัน หรือแตก (Stroke) ทำให้เป็นอัมพาตหรือเสียชีวิต และจากการที่เลือดไปเลี้ยงไตไม่พอเนื่องจากหลอดเลือดไตเสื่อมก็จะทำให้เกิดภาวะไตวายได้ โดยสาเหตุหลักเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามธรรมชาติทำให้อวัยวะต่าง ๆ เสื่อมสภาพและทำหน้าที่ได้ลดลง ร่วมกับการมีพฤติกรรมเสี่ยง (Shukuri, Tewelde, & Shaweno, 2019) เช่น การมีกิจกรรมทางกายน้อยลง ขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ความเครียดเป็นต้น รวมถึงการมีภาวะอื่น และการมีโรคประจำตัวร่วมด้วยเช่น โรคเบาหวาน (Legese & Tadiwos, 2020) ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้นั้นจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การลดน้ำหนักในผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน การปรับรูปแบบของการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพเป็นประจำ การจำกัดปริมาณเกลือและโซเดียมในอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกาย และ/หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ การจำกัดปริมาณเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562; Carey, Muntner, Bosworth, & Whelton, 2019) ทั้งนี้การที่บุคคลจะสามารถปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้นั้นต้องอาศัยความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ (กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรภิมล กรรณกุลจักร, และดวงใจ ปิ่นเจริญ, 2565; ประไพพิศ สิงหสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์, 2562) โดยผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพที่เพียงพอจะสามารถเลือกรับข้อมูลข่าวสารและนำความรู้ที่ได้รับมาเลือกปฏิบัติกับตนเองได้อย่างเหมาะสม

ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีพอเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1988) ได้ให้คำนิยามความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เป็นครั้งแรก ซึ่งหมายถึง

ทักษะต่าง ๆ ทางการเรียนรู้และทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้ดียิ่งขึ้น (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541)

ความรู้ด้านสุขภาพจึงบ่งชี้ถึงระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการทางสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่าง ๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลและจัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2560) นอกจากนี้ผลการศึกษาของณัฐรุพพัชร จันทร์ฉาย และวรรณิ์ เดียววิเศษ (2563) ยังพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ เพศ เชื้อชาติ) ปัจจัยทางเศรษฐกิจ (รายได้ และการประกอบอาชีพ) และปัจจัยทางสังคม (การศึกษา สถานภาพสมรส เขตพื้นที่อยู่อาศัย) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลล โรมาและคณะ (2562) พบว่า ปัจจัยพื้นที่อยู่อาศัยมีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพด้วยเช่นกัน เนื่องจากบริบทของพื้นที่อาจมีผลต่อแบบแผนการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

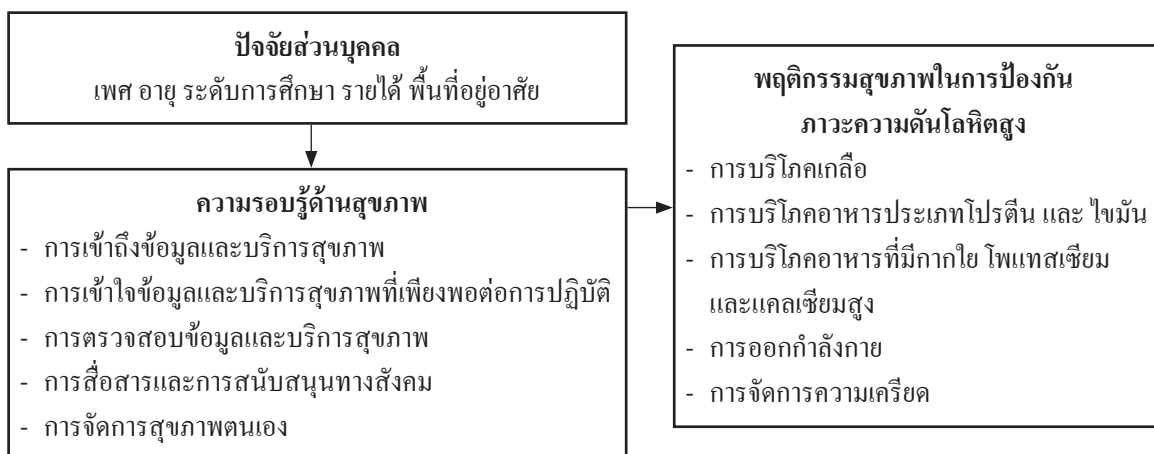
จากการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่จะทำการศึกษาค้นคว้าความรู้ด้านสุขภาพเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงและยังไม่มีการศึกษาเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ที่แตกต่างกัน จึงยังขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคความดันโลหิตสูงและการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมืองเพื่อนำข้อมูลที่ได้นำมาวางแผนพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรไทย (The Thailand Health Literacy Scale) โดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และใช้แนวทางการควบคุมความดันโลหิตสูงและลดความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของสมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย และพฤติกรรมด้านการจัดการความเครียด ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม 2565 ถึง วันที่ 3 กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองซึ่งหมายถึงเขตเทศบาลเมือง และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองซึ่งหมายถึงเขตเทศบาลตำบลของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชุมชนเทศบาลเมืองและชุมชนเทศบาลตำบลในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดอำนาจการทำนาย (Power) .80 ระดับนัยสำคัญ (Significant level) .05 ทั้งนี้จากความแตกต่างของบริบทและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ทำให้ยังไม่มีงานวิจัยที่จะนำมาเทียบเคียงได้ ร่วมกับใน

การศึกษาวิจัยทางการแพทย์นิยมนำขนาดอิทธิพล (Effect size) ระดับกลาง (Polit & Beck, 2010) จึงกำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .30 ซึ่งเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลางที่ใช้ในการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Rice, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 64 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 รวมทั้งหมดเป็น 70 คน ใช้การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง สามารถสื่อสารภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ และยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือผู้ที่มีปัญหาด้านการรู้คิดในช่วงเวลาที่เก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 178-434/2565 วันที่ 20 พฤษภาคม 2565 การเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ขึ้นกับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลของการยกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัย การวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ การอภิปรายผลจะแสดงเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบเติมคำในช่องว่างและเลือกตอบ ประกอบด้วย ที่อยู่ (ชื่อชุมชน ตำบล อำเภอ จังหวัด) เพศ ผลการตรวจร่างกาย (ความดันโลหิต ครั้งล่าสุด น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย) อายุ การศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส ลักษณะงานหรืออาชีพ หลักรายได้ต่อเดือน ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายต่อเดือน โรคประจำตัว และภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองในรอบ 7 วันที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ใช้เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย ที่พัฒนาโดยสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (อังศินันท์ อินทรกำแหง, 2560) มีจำนวน 47 ข้อ โดยเป็นคำถามเชิงบวกทั้งหมด ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .97 ประกอบไปด้วย 5 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 8 ข้อ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 5 ข้อ การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 6 ข้อ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม 17 ข้อ และการจัดการสุขภาพตนเอง 11 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากระดับ 1 (เห็นด้วยน้อยที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) โดยให้คะแนน 1-5 คะแนนตามลำดับ คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ในช่วง 47 - 235 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดีพอ (คะแนนรวมน้อยกว่า 141 คะแนน) พอใช้ได้ (คะแนนรวม 141-187.99 คะแนน) และดีมาก (คะแนนรวมตั้งแต่ 188 คะแนนขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง พัฒนามาจากแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงของวาสนา ศรีหามาตร์, สุพัตรา บัวที และสุรชาติ สิทธิปกรณ์ (2558) ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .87 โดยปรับปรุงข้อคำถามให้เป็นพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง ซึ่งมีจำนวน 26 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 16 ข้อ และเชิงลบ 10 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ การบริโภคเกลือ (4 ข้อ) การบริโภคอาหารประเภทโปรตีนและไขมัน (5 ข้อ) การบริโภคอาหารที่มีกากใย โพแทสเซียม และแคลเซียมสูง (7 ข้อ) การออกกำลังกาย (4 ข้อ) และ การจัดการความเครียด (5 ข้อ) ซึ่งลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ จากระดับ 0 (*ไม่ปฏิบัติ*) ถึง 3 (*ปฏิบัติเป็นประจำ*) การแปลผลคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2560) ได้แก่ มีการปฏิบัติน้อย (ค่าเฉลี่ย 0.00-0.99) มีการปฏิบัติปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 1.00-1.99) และมีการปฏิบัติมาก (ค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 2.00 ขึ้นไป)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่อาศัยในเขตเทศบาลเมืองและในเขตเทศบาลตำบลที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ผลการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองและกิ่งเมืองได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .98 และ .81 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุญาตให้เก็บข้อมูลในพื้นที่วิจัยจากนายกเทศมนตรีอำเภอเมือง และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยผ่านผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้สนใจเข้าร่วมโครงการวิจัยแจ้งความประสงค์ผ่าน อสม. ที่รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่
2. ผู้วิจัยลงพื้นที่พร้อมกับ อสม. เพื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ได้แจ้งความประสงค์ไว้ ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และทำการตรวจคุณสมบัติ หากตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า ผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนทำการเก็บข้อมูล โดยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธ และสามารถยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตามความต้องการ
3. เมื่อได้รับความยินยอมแล้วจึงเริ่มทำการเก็บข้อมูล โดยใช้เวลาในการเก็บข้อมูล 40 นาที และคอยช่วยเหลือหากผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องการ เช่น ช่วยอ่านคำถาม เป็นต้น
4. ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืน หากข้อมูลไม่ครบถ้วนก็ขอความร่วมมือในการสอบถามเพิ่มเติมจนครบทุกข้อ แล้วนำข้อมูลจากแบบสอบถามไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ใช้สถิติทดสอบที (t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลมีการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลพบว่ามีการแจกแจงแบบปกติ (Normal distribution)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 70 คน ที่ไม่เป็นโรคความดันโลหิตสูง อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองจำนวน 35 คน และชุมชนกึ่งเมืองจำนวน 35 คน โดยผู้สูงอายุในชุมชนเมือง มีอายุเฉลี่ย 66.37 ($SD = 7.44$) อยู่ในช่วง 60-96 ปี และผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง มีอายุเฉลี่ย 71.97 ($SD = 9.51$) อยู่ในช่วง 60-90 ปี รายละเอียดข้อมูลทั่วไปแสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชนเมือง		ชุมชนกึ่งเมือง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ				
60-69 ปี (ผู้สูงอายุวัยต้น)	28	80.00	17	48.57
70-79 ปี (ผู้สูงอายุวัยกลาง)	4	11.43	11	31.43
80 ปี ขึ้นไป (ผู้สูงอายุวัยปลาย)	3	8.57	7	20.00
เพศ				
ชาย	15	42.86	12	34.29
หญิง	20	57.14	23	65.71
สถานภาพสมรส				
โสด	7	20.00	5	14.28
สมรส/คู่	18	51.43	18	51.43
หม้าย/หย่า	10	28.57	12	34.29
ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	11	31.43	30	85.72
มัธยมศึกษา	5	14.28	2	5.71
ปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	7	20.00	2	5.71
ปริญญาตรีขึ้นไป	12	34.29	1	2.86

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชนเมือง		ชุมชนกึ่งเมือง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ				
รับจ้างทั่วไป	4	11.43	2	5.71
เกษตรกร	1	2.86	17	48.57
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	25.71	3	8.57
ไม่ได้ทำงาน	12	34.29	12	34.29
ข้าราชการเกษียณ	9	25.71	1	2.86
รายได้ต่อเดือน				
≤ 5,000 บาท	15	42.86	29	82.86
> 5,000 บาท	20	57.14	6	17.14
โรคประจำตัว				
ไม่มี	23	65.71	16	45.71
มี	12	34.29	19	54.29
ภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของตนเองในรอบ 7 วัน				
ดีมาก	10	28.57	8	22.86
ดี	15	42.86	16	45.71
ค่อนข้างดี	7	20.00	4	11.43
ค่อนข้างไม่ดี	2	5.71	7	20.00
ไม่ดี	1	2.86	0	0

หมายเหตุ. *n* กลุ่มละ 35

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ผลการวิเคราะห์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองพบว่า ผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองโดยรวมส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 57.14) คะแนนเฉลี่ย 190.97 ($SD=27.51$) ส่วนความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองโดยรวมส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 37.14) คะแนนเฉลี่ย 165.69 ($SD = 37.58$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับดีมากทุกด้าน แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองพบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับไม่ดีพอ (ร้อยละ 42.86, 40.00 ตามลำดับ) ส่วนด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพและการจัดการสุขภาพตนเอง ส่วนใหญ่จะอยู่ในระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 37.14 , 48.57 ตามลำดับ) สำหรับด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก (ร้อยละ 48.57) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ชุมชนเมือง			ชุมชนกึ่งเมือง		
	ไม่ดีพอ	พอใช้ได้	ดีมาก	ไม่ดีพอ	พอใช้ได้	ดีมาก
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลและ บริการสุขภาพ	6 (17.14)	11 (31.43)	18 (51.43)	15 (42.86)	11 (31.43)	9 (25.71)
	$(M = 30.89, SD = 7.21)$			$(M = 25.14, SD = 7.11)$		
ด้านที่ 2 การเข้าใจข้อมูลและ บริการสุขภาพที่เพียงพอ ต่อการปฏิบัติ	5 (14.29)	4 (11.43)	26 (74.29)	14 (40.00)	11 (31.43)	10 (28.57)
	$(M = 20.00, SD = 5.16)$			$(M = 16.6, SD = 5.23)$		
ด้านที่ 3 การตรวจสอบข้อมูล และบริการสุขภาพ	3 (8.57)	8 (22.86)	24 (68.57)	10 (28.57)	13 (37.14)	12 (34.29)
	$(M = 24.17, SD = 4.38)$			$(M = 20.54, SD = 6.46)$		
ด้านที่ 4 การสื่อสารและการ สนับสนุนทางสังคม	1 (2.86)	12 (34.29)	22 (62.86)	10 (28.57)	8 (22.86)	17 (48.57)
	$(M = 72.09, SD = 10.87)$			$(M = 62.29, SD = 17.47)$		
ด้านที่ 5 การจัดการสุขภาพ ตนเอง	3 (8.57)	11 (31.43)	21 (60.00)	4 (11.43)	17 (48.57)	14 (40.00)
	$(M = 43.83, SD = 8.39)$			$(M = 41.11, SD = 8.27)$		
โดยภาพรวม	1 (2.86)	14 (40.00)	20 (57.14)	10 (28.57)	13 (37.14)	12 (34.29)
	$(M = 190.97, SD = 27.51)$			$(M = 165.69, SD = 37.58)$		

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 35

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุทั้งในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 1.78, SD = 0.36$ และ $M = 1.75, SD = 0.29$ ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ ด้านการบริโภคอาหารประเภทโปรตีน ($M = 1.96, SD = 0.44$) รองลงมาคือ ด้านการบริโภคเกลือ ($M = 1.94, SD = 0.54$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการจัดการความเครียด ($M = 1.38, SD = 0.41$) สำหรับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง ด้านการบริโภคอาหารประเภทโปรตีนและไขมันอยู่ในระดับมาก ($M = 2.06, SD = 0.41$) ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมสุขภาพด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง คือ ด้านการจัดการความเครียด ($M = 1.26, SD = 0.42$) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกัน ภาวะความดันโลหิตสูง	ชุมชนเมือง			ชุมชนกึ่งเมือง		
	M	SD	ระดับการปฏิบัติตัว	M	SD	ระดับการปฏิบัติตัว
ด้านที่ 1 การบริโภคเกลือ	1.94	0.54	ปานกลาง	1.84	0.61	ปานกลาง
ด้านที่ 2 การบริโภคอาหารประเภทโปรตีน และ ไขมัน	1.96	0.44	ปานกลาง	2.06	0.41	มาก
ด้านที่ 3 การบริโภคอาหารที่มีกากใย โปแทสเซียม และแคลเซียมสูง	1.74	0.58	ปานกลาง	1.64	0.50	ปานกลาง
ด้านที่ 4 การออกกำลังกาย	1.87	0.88	ปานกลาง	1.95	0.83	ปานกลาง
ด้านที่ 5 การจัดการความเครียด	1.38	0.41	ปานกลาง	1.26	0.42	ปานกลาง
โดยภาพรวม	1.78	0.36	ปานกลาง	1.75	0.29	ปานกลาง

หมายเหตุ. n กลุ่มละ 35

การเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(68) = 3.32, p < .05$) โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง ($M = 4.02, SD = 0.63$) สูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง ($M = 3.45, SD = 0.79$)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมือง

ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pearson's $r(68) = .32, p < .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ส่วนความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองโดยภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ และผลการเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเมืองร้อยละ 68.57 จบการศึกษามากกว่าระดับประถมศึกษา ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองร้อยละ 85.71 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงทำให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมืองสามารถที่จะรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ได้มากกว่า ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนกึ่งเมืองก็อาจมีข้อจำกัดในการอ่านและเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองไปใช้บริการในหน่วยงานที่ดูแลสุขภาพและได้รับฟังคำอธิบาย

หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ก็อาจจะไม่เข้าใจ และไม่สามารถจดจำได้ทั้งหมด สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของจิราพร เกศพิชญพัฒนา, สุวณี วิวัฒนาวณิช, และชาตินัย หวานวาจา (2563) ที่ศึกษาความ รอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า การศึกษามี อิทธิพลเชิงบวกต่อระดับความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจะมี โอกาสมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ในด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การทำความเข้าใจ ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ การเข้าถึงหรือการค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความสามารถในการสื่อสารกับ บุคคลอื่น มีการตัดสินใจที่เหมาะสม สามารถจัดการสุขภาพของตนเอง และสามารถเข้าถึงสื่อได้ดีกว่าผู้ที่ ไม่ได้เรียนหนังสือ

นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน เมือง จึงอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงสื่อโทรทัศน์ วิทยุ รวมไปถึงข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพใน รูปแบบสื่อออนไลน์ สอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจของ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2564) ที่ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เฉลี่ย มีเพียงร้อยละ 12.9 ที่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อติดตามและรับฟังข่าวสารได้ สอดคล้องกับการ ศึกษาของ Tiller, Herzog, Kluttig, & Haerting (2015) ที่พบว่า ระดับการศึกษา และรายได้ของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง

สำหรับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ ในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองพบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายुरับรู้ ภาวะสุขภาพของตนเองที่เข้าสู่กระบวนการชราภาพที่เริ่มมีการเสื่อมถอยของร่างกาย ผู้สูงอายุจึงมีความ สนใจและใส่ใจสุขภาพตัวเองมากขึ้น และตั้งใจกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้นตาม ศักยภาพ แต่อย่างไรก็ตามจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจที่มีการเคลื่อนย้ายของวัยแรงงานเข้าสู่ ตัวเมืองหรือย้ายไปอยู่ใกล้ที่ทำงานจึงส่งผลต่อโครงสร้างครอบครัว ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่บ้านเพียง ลำพัง หรือแม้แต่การเสียชีวิตของคู่สมรสที่อยู่ด้วยกันมายาวนาน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าการสนับสนุน ทางสังคมที่เคยมีอยู่เดิม (ทศพร คำผลศิริ, 2561) ขาดบุคคลที่จะช่วยเกื้อหนุนในการดูแลสุขภาพของ ผู้สูงอายุเนื่องจากคู่สมรสจะคอยให้กำลังใจเอาใจใส่ เป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาหรือมีคู่คิด สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของนิทรา กิจธีระวุฒินัย และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุในชุมชนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความ ดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กันทางบวก ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพดีจะมีแนวโน้มที่ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะทำให้ เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและ คงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเอง (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2556; อังศิรินทร์ อินทรกำแหง, 2560) ทั้งนี้อธิบายได้ว่าผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ

ปฏิบัติตามคำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้องเนื่องจากมีความเข้าใจปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ สามารถประเมินความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพที่ได้รับจากสื่อต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อภิญญา อินทรรัตน์, 2557) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ (Nutbeam, 2000) สอดคล้องกับงานวิจัยของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2559) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงเนตร ธรรมกุล และธนิดา พุ่มท่าอิฐ (2564) ที่พบว่าความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ ในทำนองเดียวกันกับผลการศึกษาของ Cui et al. (2021) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในผู้สูงอายุชาวจีนมีความสัมพันธ์กันทางบวก จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุที่รู้วิธีการค้นหาข้อมูลและใช้อุปกรณ์สืบค้นข้อมูลได้ ก็จะมีโอกาสเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นได้

สรุปผลการวิจัย

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและชุมชนกึ่งเมืองแตกต่างกันโดยผู้สูงอายุในชุมชนเมืองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุชุมชนเมืองและกึ่งเมืองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองมีความสัมพันธ์กันทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล บุคลากรสุขภาพจึงควรจัดกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนกึ่งเมืองเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง
2. ด้านการวิจัย ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาปัจจัยเชิงสาเหตุของความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุเพื่อให้ได้องค์ความรู้พื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ และศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุต่อไป

ข้อจำกัด

การวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเพียง 2 ชุมชน ทำให้ไม่มีความหลากหลายของพื้นที่ซึ่งยังไม่อาจเป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุทั่วประเทศได้

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัย “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง” ซึ่งได้รับทุนอุดหนุนในการทำวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ 2564

เอกสารอ้างอิง

- กรณีกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกฎกำจร, และดวงใจ ปิ่นเจริญ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. *พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1), 200-212.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *ความฉลาดทางสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด).
- จิราพร เกศพิชญพัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, และชาตินัย หวานวาจา. (2563). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารประชากรศาสตร์*, 36(2), 40-57.
- ณัฐพัชร จันทร์ฉาย, และวรรณิ์ เดียววิเศษ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อความฉลาดทางสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง: การทบทวนวรรณกรรมเชิงบูรณาการ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 31(1), 17-26.
- ดวงเนตร ธรรมกุล, และธณิดา พุ่มท่าอิฐ. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเขตบางพลัดกรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 15(1), 106-118.
- ทศพร คำผลศิริ. (2561). การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ. ใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1* (หน้า 89-105). เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์, และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*, 11(1), 63-74.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (บรรณาธิการ). (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2541* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา, และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์*, 11(1), 37-51.

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา ศรีหามาตร์, สุพัตรา บัวทิ, และสุรชาติ สิทธิปกรณ์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงวิกฤติ. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 21(2), 27-40.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). (2564). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, จิตวิวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ต้นหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง, และ รักษ์มณี บุตรชน. (2562). *รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: ทริค ชิงค์.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรา ประเสริฐศรี. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- อภิัญญา อินทรรัตน์. (2557). ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 174-178.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). *การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย*. กรุงเทพมหานคร: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- Carey, M. R., Muntner, P., Bosworth, H. B., & Whelton, P. K. (2019). Prevention and control of hypertension: JACC health promotion series. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(11), 1278–1293. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.07.008>
- Cui, G. H., Li, S. J., Yin, Y. T., Chen, L. J., Li, J. Q., Liang, F. Y., . . . Chen, L. (2021). The relationship among social capital, eHealth literacy and health behaviours in Chinese elderly people: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 21, 45. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-10037-4>
- Legese, N., & Tadiwos, Y. (2020). Epidemiology of hypertension in Ethiopia: A systematic review. *Integrated Blood Pressure Control*, 13, 135–143. <https://doi.org/10.2147/IBPC.S276089>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21th century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Ostchega, Y., Fryar, C. D., Nwankwo, T., & Nguyen, D. T. (2020). *Hypertension prevalence among adults aged 18 and over: United States 2017–2018 NCHS Data Brief, no 364*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Study guide for essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice* (7th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- Rice, M. J. (2009). Effect size in psychiatric evidence-based practice care. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 15(2), 138-142. <https://doi.org/10.1177/1078390309335007>
- Shukuri, A., Tewelde, T., & Shaweno, T. (2019). Prevalence of old age hypertension and associated factors among older adults in rural Ethiopia. *Integrated Blood Pressure Control*, 12, 23-31.
- Tiller, D., Herzog, B., Kluttig, A., & Haerting, J. (2015). Health literacy in an urban elderly East-German population – results from the population-based CARLA study. *BMC Public Health*, 15, 883.
- World Health Organization. (1988). *Health Promotion Glossary*. Geneva: World Health Organization.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง

ภาณุศักดิ์ อินทสระโร, ส.ม.^{1*}

(วันที่ส่งบทความ: 5 ตุลาคม 2565; วันที่แก้ไข: 6 ธันวาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 7 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

ปัญหาหลักของสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟันและมีฟันใช้งานน้อยจนต้องใส่ฟันเทียม การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียมในโรงพยาบาลระนอง ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 217 คน ที่มีฟันแท้ไม่น้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลังไม่น้อยกว่า 4 คู่ และได้รับการทำฟันเทียม เก็บข้อมูลโดยใช้ 1) แบบสอบถามด้วยการสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ตอน คือ 1.1 ข้อมูลส่วนบุคคล 1.2 คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก 1.3 ประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียม และ 1.4 การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียม (ตอนที่ 1.2-1.4 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค [α] เท่ากับ .85, .78 และ .79 ตามลำดับ 2) แบบตรวจคุณภาพฟันเทียม ($\alpha = .78$) และ 3) แบบประเมินความพึงพอใจ ($\alpha = .74$) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.72$, $SD = 0.26$) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากร ($M = 2.75$, $SD = 0.37$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านผลการให้บริการ ($M = 2.67$, $SD = 0.44$) คุณภาพฟันเทียมเหมาะสมทุกด้าน แต่พบความบกพร่อง ขาดไม่เหมาะสมมากกว่าด้านอื่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ($\chi^2(1, n = 217) = 5.577, p = 0.018$) ดังนั้นโรงพยาบาลควรพัฒนาระบบบริการเพื่อสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ และทันตแพทย์ควรมีความรู้ด้วยวิทยาการสมัยใหม่ และให้คำปรึกษาที่ดีโดยเฉพาะการดูแลฟันปลอม

คำสำคัญ: ความพึงพอใจ, ผู้สูงอายุ, ฟันเทียม

¹ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลระนอง

* ผู้ประสานงานบรรณกิจ: ภาณุศักดิ์ อินทสระโร, อีเมล: P.panusak1403@gmail.com

Factors Relating to Satisfaction in Denture Service of the Older Adult at Ranong Hospital, Ranong Province

Panusak Intasaro, M.P.H.^{1}*

(Received: October 5th, 2022; Revised: December 6th, 2022; Accepted: December 7th)

Abstract

The main oral health problems among older adults are tooth loss and having unattractive teeth which are, consequently, in need of receiving dentures. This cross-sectional research was aimed to investigate the factors correlated with satisfaction among older adult receiving denture services at Ranong Hospital, Thailand. Research participants were 217 older adults who were at least 60 years old, had less than 20 permanent teeth or four pairs of occlusal teeth, and received denture services. The data were collected using 1) an interviewer-administered questionnaire consisting four parts (1.1 personal data, 1.2 oral health related quality of life, 1.3 performance of denture use, and 1.4 perception of the older adults of denture use [Cronbach's alpha [α] of 1.2-1.4 = .85, .78, and .79, respectively]), 2) the denture quality check ($\alpha = .78$), and 3) a satisfaction assessment ($\alpha = .74$). Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test, and Pearson's product moment correlation coefficients. The results revealed that the older adults had high overall level of satisfaction toward the denture services ($M = 2.72$, $SD = 0.26$). The highest level of satisfaction was related to the staff and personnel aspect ($M = 2.75$, $SD = 0.37$), while the lowest was related to the outcomes of the services ($M = 2.67$, $SD = 0.44$). The all aspects regarding the quality of dentures provided were appropriate, except when there was a defect or the dentures got damaged. Having a caregiver was the only factor which was correlated with satisfaction ($\chi^2(1, n = 217) = 5.577$, $p = 0.018$). This indicated that hospitals should develop service systems to increase their patients' satisfaction and dentists should be knowledgeable about modern technology and provide good advice to their patients, especially regarding appropriate denture care.

Keywords: satisfaction, older adult, dental service

¹ Dentist, Senior Professional Level, Ranong Hospital

* Corresponding author: Panusak Intasaro, E-mail: P.panusak1403@gmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางที่เสื่อมถอยลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งฟัน หากผู้สูงอายุเกิดการสูญเสียฟันหรือถูกถอนฟัน ย่อมทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ ส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจ (กชกร แถวสุวรรณ, 2563) จากผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติในประเทศไทย ในปี พ.ศ.2555 และ พ.ศ. 2560 พบปัญหาหลักของผู้สูงอายุ คือ การสูญเสียฟัน โดยผู้สูงอายุ 60–74 ปี มีฟันถาวรใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ คิดเป็นร้อยละ 57.8 และ 56.1 โดยเฉลี่ย 18.8 และ 18.6 ซี่ต่อคน และมีคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่สบขึ้นไป ร้อยละ 43.3 และ 40.2 ตามลำดับ และมีการสูญเสียฟันทั้งปาก ร้อยละ 7.2 และ 8.7 ตามลำดับ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) จะเห็นว่าแนวโน้มของการมีฟันแท้ใช้งานและฟันคู่สบลดลง มีการสูญเสียฟันเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการใส่ฟันเทียม

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียม และผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 มีฟันเคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม ผลจากการดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการใส่ฟันเทียม แต่ยังมีผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันทั้งปาก และต้องการฟันเทียมเพื่อใช้ในการบดเคี้ยวอาหาร (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2564) ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายจัดบริการใส่ฟันเทียมแก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ผลการศึกษาของนภาพร ศรีบุญเรือง (2559) พบว่า ผู้สูงอายุต้องการใส่ฟันเทียม ร้อยละ 80.2 หลังจากรับบริการใส่ฟันเทียมแล้ว ร้อยละ 68.1 มีความพึงพอใจ ไม่มีปัญหากลับมาแก้ไข การใส่ฟันปลอม ช่วยการออกเสียง เกิดความมั่นใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่สบ (พัชรารธรรม ศรีศิลปนันท์, 2558) ซึ่งทันตแพทย์มีเป้าหมายหลักในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสภาพช่องปาก มีบทบาทในการประเมินผลกระทบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้รับบริการ (สุดาดวง กฤษฎาพงษ์, 2552 อ้างถึงในนภาพร ศรีบุญเรือง, 2559) การดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตแพทย์ ก็มีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

สถานการณ์สภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จังหวัดระนอง ในปี พ.ศ. 2562 และ 2564 พบว่า ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ จากร้อยละ 53.1 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 59.5 มีฟันหลัง (แท้หรือเทียม) ใช้งานได้น้อยกว่า 4 คู่สบ จากร้อยละ 10.8 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.2 และผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ และฟันหลัง (แท้) ใช้งานไม่น้อยกว่า 4 คู่สบ จากร้อยละ 9.2 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.5 ตามลำดับ และจังหวัดระนองได้ดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทาน จนถึงปัจจุบัน มีผู้เข้ารับบริการมากถึง 2,073 คน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2564) ปีงบประมาณ 2564 มีผู้สูงอายุตรวจฟันและต้องใส่ฟันเทียม ทั้งหมด 5,579 คน แต่ได้รับการใส่ฟันเทียม 34 คน คิดเป็นร้อยละ 0.61 (คลังข้อมูลสุขภาพ [Health Data Center; HDC], 2564) ดังนั้นจึงมีผู้สูงอายุอีกถึงร้อยละ 99.39 ที่ไม่ได้รับการใส่ฟันเทียม อาจทำให้มีปัญหาสุขภาพช่องปากได้ จึงจำเป็นต้องเร่งรัดการดำเนินงาน รวมทั้งการรวบรวมปัญหา เพื่อนำมาปรับแผนการบริการ ซึ่งการใส่ฟันปลอมในแต่ละรายใช้เวลานานจากการให้บริการทันตกรรมที่ไม่เพียงแต่เป็นการตรวจและวินิจฉัยโรคแต่เป็นงานหัตถการที่ต้องใช้ทักษะ ไม่สามารถกำหนด

เวลาที่แน่นอนได้ ผู้รับบริการอาจเกิดความไม่พึงพอใจได้ ดังนั้น การศึกษาความพึงพอใจของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ จะนำไปสู่การพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพการบริการของสถานบริการได้

โรงพยาบาลระนองร่วมดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทาน เพื่อใส่ฟันเทียมให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ของอำเภอเมืองระนอง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปัจจุบัน จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2564 ผลการตรวจสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 60-74 ปี พบว่า มีฟันแท้ใช้งานได้น้อยกว่า 20 ซี่ ร้อยละ 54.35 และผู้สูงอายุที่มีฟันคู่สบเป็นฟันแท่น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 17.27 ผลจากการศึกษาเบื้องต้น (Preliminary study) กับผู้ปฏิบัติงานให้บริการโครงการฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลระนอง ปัจจุบันพบปัญหาการให้บริการที่ไม่ตรงตามความคาดหวังของผู้รับบริการด้านประสิทธิภาพ (กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง, 2565) จากข้อมูลและเหตุผลข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะทันตแพทย์ผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษาความพึงพอใจ คุณภาพฟันเทียม และปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลระนอง เพื่อใช้เป็นข้อมูลและแนวทางในการพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพการบริการให้กับผู้สูงอายุในพื้นที่ รวมถึงเป็นประโยชน์ในเชิงนโยบายต่อผู้บริหารในการวางแผนการจัดบริการที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความพึงพอใจและคุณภาพฟันเทียมของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจประกอบด้วยปัจจัยต่างๆ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study) เก็บข้อมูลระหว่าง เดือนสิงหาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองระนอง จังหวัดระนอง และมีฟันแท่น้อยกว่า 20 ซี่ หรือมีคู่สบฟันหลังน้อยกว่า 4 คู่ และได้รับการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง ในช่วงเวลาเดือนสิงหาคม-กันยายน 2565 จำนวน 490 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คำนวณจากประชากรโดยใช้ตารางขนาดตัวอย่างสำเร็จรูปของ Krejcie and Morgan (1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 217 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ สื่อสารภาษาไทยได้ดีและสนใจในการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้สูงอายุที่ป่วยหนัก หรือเสียชีวิต ย้ายภูมิลำเนา และไม่สนใจเข้าศึกษา

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่ 017/2565 ทั้งนี้ ก่อนดำเนินการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาในครั้งนี้แก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารเพื่อแสดงความสมัครใจและยินยอมให้ข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่ส่งผลกับการดำเนินชีวิต และการเข้ารับบริการในโรงพยาบาลระนองแต่อย่างใด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมและใช้ข้อคำถามตามกรอบแนวคิดการวิจัย โดยแบ่งเครื่องมือออกเป็น 3 ชุด ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล มีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ 11 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ผู้ดูแล ชนิดฟันเทียมที่ใส่ ตำแหน่งของฟันเทียม อายุการใช้งานฟันเทียม และพฤติกรรมการใช้ฟันเทียม

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสุขภาพช่องปากในการดำเนินชีวิตประจำวัน ประยุกต์ใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ได้รับการใส่รากฟันเทียมของ จีระวัฒน์ บุตรโคตร (2560) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 มีลักษณะเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 9 ข้อ หากตอบ “มาก” ให้ 3 คะแนน “ปานกลาง” ให้ 2 คะแนน และ “น้อย” ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบจำนวน 5 ข้อ ให้คะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก

ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียม ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการบริโภคอาหารของวีการ์ตัน ยวดยิ่ง (2563) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .78 โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินความสามารถในการเคี้ยวอาหาร 14 ชนิด มีตัวเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ และการให้คะแนน คือ หากตอบ “*เคี้ยวไม่ได้เลย*” ให้ 1 คะแนน “*เคี้ยวได้บ้าง*” ให้ 2 คะแนน และ “*เคี้ยวได้สบาย*” ให้ 3 คะแนน

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใช้ฟันเทียม ประยุกต์ใช้แบบสอบถามการรับรู้การใช้ฟันเทียมของยูภาพร ก่อกุล (2560) ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .75 มีการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคแต่ละด้านมีข้อคำถามด้านละ 6 ข้อ รวมจำนวน 24 ข้อ ลักษณะการตอบเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับและการให้คะแนน คือ หากตอบ “*ไม่แน่ใจ*” ให้ 1 คะแนน “*ไม่ใช่*” ให้ 2 คะแนน และ “*ใช่*” ให้ 3 คะแนน

การแปลผลแบบสัมภาษณ์ ตอนที่ 2, 3 และ 4 โดยแบ่งคะแนนเฉลี่ย (Mean [M]) เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ได้แก่ ระดับสูง ($M = 2.34 - 3.00$) ระดับปานกลาง ($M = 1.67 - 2.33$) และ ระดับน้อย ($M = 1.00 - 1.66$)

2. แบบตรวจวัดคุณภาพฟันเทียม ประยุกต์ใช้แบบตรวจคุณภาพฟันเทียมของพิมวิภา เศรษฐวรพันธ์, ทรงชัย จิตโสสมกุล, และไพฑูรย์ ดาวสคติ (2557) ซึ่งผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ 20 ราย เพื่อปรับมาตรฐานการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญด้านทันตกรรมประดิษฐ์ 1 ท่าน ประกอบด้วยการประเมิน 5 ด้าน ดังนี้

2.1 การประเมินการยึดอยู่ของฟันเทียม เกณฑ์ “*เหมาะสม*” คือ ฟันเทียมไม่หลุดเมื่ออ้าปากกว้าง 20 มิลลิเมตร และมีแรงต้านต่อการหลุดเมื่อดึงในทิศทางตรงข้ามกับการใส่ และ “*ไม่เหมาะสม*” คือ ฟันเทียมหลุดเมื่ออ้าปากกว้าง 20 มิลลิเมตร และไม่มีแรงต้านต่อการหลุดเมื่อดึงในทิศทางตรงข้ามกับการใส่

2.2 การประเมินความเสถียรของฟันเทียม เกณฑ์ “*เหมาะสม*” คือ ฟันเทียมไม่ขยับหรือหลุดเมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลังด้านซ้ายและขวาและเมื่อกดทดสอบบริเวณปลายฟันหน้าและ “*ไม่เหมาะสม*” คือ ฟันเทียมขยับหรือหลุดออกเมื่อกดนิ้วทดสอบบริเวณฟันหลังด้านซ้ายและด้านขวาและเมื่อกดทดสอบบริเวณปลายฟันหน้า

2.3 การประเมินความสูงของฟันเทียมและการออกเสียง พิจารณาจากค่าระยะปลอดสบ (Free way space) และการออกเสียง “*ส*” พิจารณาระยะห่างและการเคลื่อนที่ของปลายฟันหน้าบนและริมฝีปากล่าง เกณฑ์ “*เหมาะสม*” คือ ฟันหน้าเคลื่อนเข้ามาใกล้กันเกือบสัมผัสกัน และฟันหลังไม่กระทบกัน และ “*ไม่เหมาะสม*” คือ ฟันหน้าห่างกัน มากกว่า 5 มิลลิเมตร หรือกระทบกัน หรือฟันหลังกระทบกัน

2.4 การประเมินการสบฟัน ใช้วิธีการบันทึกจำนวนตำแหน่งจุดสบฟัน (Occlusal contact) จากการกดสบของฟันเทียมทั้งปากในตำแหน่งในศูนย์ (Centric relation) โดยใช้กระดาษกดสบ ความหนา 60

ไมครอน โดยให้ผู้ป่วยกัด 5 ครั้ง แล้วนับจำนวนจุดสบฟันตามจำนวนซี่ฟันที่มีการสบฟัน ระหว่างฟันบนและล่าง เกณฑ์ “เหมาะสม” คือ มีจุดสบฟันหลังสม้าเสมอทั้งด้านซ้ายและขวาและมีตำแหน่งจุดสบฟันหลังรวมกันอย่างน้อย 5 จุด และ “ไม่เหมาะสม” คือ มีจุดสบฟันหลังไม่สม้าเสมอทั้งด้านซ้ายและขวา หรือมีตำแหน่งจุดสบฟัน 4 จุดหรือน้อยกว่า

2.5 การประเมินการบกร่องหรือชำรุด เกณฑ์ “เหมาะสม” คือ ไม่พบความบกร่องและการชำรุด เช่น ฐานฟันเทียมหรือปีกฟันเทียมไม่แตกหัก ซี่ฟันเทียมไม่หักหรือหลุด และ “ไม่เหมาะสม” คือ พบความบกร่องและการชำรุด

3. แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม มีจำนวน 11 ข้อ มี 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านขั้นตอนการให้บริการ 3 ข้อ ด้านเจ้าหน้าที่หรือบุคลากร 3 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก 2 ข้อ และด้านผลของการให้บริการ 3 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก ลักษณะการตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คะแนนรวมทุกข้อระหว่าง 11-33 คะแนน การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยรายข้อและภาพรวม แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของ Best (1977) ได้แก่ ระดับสูง ($M = 2.34 - 3.00$) ระดับปานกลาง ($M = 1.67 - 2.33$) และ ระดับน้อย ($M = 1.00 - 1.66$)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียมให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง หัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุข โรงพยาบาลกระบี่ และนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง พิจารณาความตรงตามเนื้อหา จากนั้นนำมาแก้ไขตามข้อเสนอแนะ แล้วนำเครื่องมือทุกชุดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในอำเภอกระบี่ จังหวัดระนอง ที่มีลักษณะทางประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตในมิติดสุขภาพช่องปากเท่ากับ .85 แบบสัมภาษณ์ประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียมเท่ากับ .78 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใช้ฟันเทียมเท่ากับ .79 แบบตรวจวัดคุณภาพฟันเทียม เท่ากับ .78 และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียมเท่ากับ .74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานงานถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนอง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง

2. ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญจากผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง ระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2565 เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

2.1 ตรวจวัดคุณภาพฟันเทียมของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบตรวจวัดคุณภาพฟันเทียม

2.2 การสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสัมภาษณ์เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุและให้ทำแบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม

3. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วน และความสมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. หาความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคล คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียม การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียม การตรวจวัดคุณภาพฟันเทียม และความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ (Chi-square test) กรณีเป็นตัวแปรแจกแจงได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ผู้ดูแล ชนิดฟันเทียมที่ใส่ ตำแหน่งของฟันเทียม และพฤติกรรมการใช้ฟันเทียม และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson, s coefficient) กรณีเป็นตัวแปรต่อเนื่องได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ย อายุการใช้งานฟันเทียม คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียม และการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียม

ผลการวิจัย

นำเสนอข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การตรวจวัดคุณภาพฟันเทียม ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ดังนี้

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 69.6) อายุเฉลี่ย 65.33 ปี ($SD=3.18$) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 74.7) จบการศึกษาระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา (ร้อยละ 51.6) มีงานทำ (ร้อยละ 62.7) รายได้เฉลี่ย 16,741.94 บาท ($SD = 10,755$) ผู้ดูแล คือ คู่สมรส (ร้อยละ 88.9) ใส่ฟันเทียมบางส่วน (ร้อยละ 62.7) ตำแหน่งที่ใส่ฟันเทียมทั้งขากรรไกรบนและล่าง (ร้อยละ 72.8) มีอายุการใช้งานฟันเทียมเฉลี่ย 4.17 ปี ($SD = 2.50$) และมีพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมโดยใส่เป็นประจำ (ร้อยละ 92.6)

2. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก โดยรวม อยู่ในคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากระดับสูง ($M = 2.53$, $SD = 0.30$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ทุกข้อส่วนใหญ่อยู่ในคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากระดับสูง ยกเว้นเรื่อง มีการระคายเคืองในช่องปาก อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปากปานกลาง ($M = 2.24$, $SD = 0.53$)

3. ประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียม โดยรวมมีประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.12$, $SD = 0.24$) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเคี้ยวอาหารได้เกือบทุกชนิด อาหารที่เคี้ยวได้ง่ายที่สุด คือ ข้าวต้ม/โจ๊ก (ร้อยละ 86.6) ก๋วยเตี๋ยว (ร้อยละ 57.1) ตามลำดับ และอาหารที่เคี้ยวไม่ได้เลย คือ หมูทอด (ร้อยละ 89.9) ฝรั่ง (ร้อยละ 83.9) ตามลำดับ

4. การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใช้ฟันเทียม โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 2.71$, $SD = 0.25$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า

4.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ เมื่อสูญเสียฟันธรรมชาติไป ควรไปใส่ฟันเทียมทดแทน ($M = 2.88$, $SD = 0.41$) ถ้าไม่ใส่ฟันเทียมจะทำให้ไม่สามารถเคี้ยวอาหารได้ ($M = 2.86$, $SD = 0.43$) และมีความจำเป็นที่ต้องใส่ฟันเทียม ($M = 2.83$, $SD = 0.54$) ตามลำดับ

4.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การฟื้นฟูสุขภาพช่องปากสามารถทำได้โดยการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป ($M = 2.86$, $SD = 0.43$) การที่ไม่ใส่ฟันเทียมทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารได้ ($M = 2.86$, $SD = 0.43$) และเมื่อสูญเสียฟันธรรมชาติไป ทำให้ระบบย่อยอาหารทำงานหนักขึ้น ($M = 2.77$, $SD = 0.52$) ตามลำดับ

4.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ เมื่อใส่ฟันเทียมแล้วทำให้สามารถรับประทานอาหารได้หลากหลายมากขึ้น ($M = 2.93$, $SD = 0.31$) เมื่อใส่ฟันเทียมแล้วทำให้มีสุขภาพช่องปากและสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น ($M = 2.93$, $SD = 0.32$) และการฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก สามารถทำได้โดยการใส่ฟันเทียมทดแทนฟันธรรมชาติที่สูญเสียไป การที่ไม่ใส่ฟันเทียมทำให้เกิดโรคขาดสารอาหารได้ ($M = 2.91$, $SD = 0.36$) ตามลำดับ

4.4 การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ การทำฟันเทียมในแต่ละครั้งต้องใช้ระยะเวลานาน ($M = 2.80$, $SD = 0.57$) และการไปทำฟันเทียมในแต่ละครั้งต้องรอคิวนาน ($M = 2.79$, $SD = 0.52$)

การตรวจวัดคุณภาพฟันเทียม

ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ทำฟันเทียม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเหมาะสมทุกข้อ โดยข้อที่ถูกประเมินว่าเหมาะสมในจำนวนมากที่สุดคือ การยึดติดของฟันเทียม ส่วนข้อที่ถูกประเมินว่าไม่เหมาะสมมากที่สุดคือ การบกพร่องหรือชำรุดของฟันเทียม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การตรวจวัดคุณภาพฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ทำฟันเทียม

คุณภาพฟันเทียม	เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)	ไม่เหมาะสม จำนวน (ร้อยละ)
1. การยึดติดของฟันเทียม	206 (94.9)	11 (5.1)
2. ความเสถียรของฟันเทียม	186 (85.7)	31 (14.3)
3. ความสูงของฟันเทียม และการออกเสียง	180 (82.9)	37 (17.1)
4. การสบฟัน	190 (87.6)	27 (12.4)
5. การบกพร่องหรือชำรุดของฟันเทียม	169 (77.9)	48 (22.1)

หมายเหตุ. $n = 217$

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม

ผลการศึกษา พบว่า ความพึงพอใจของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=2.72$, $SD=0.26$) เมื่อพิจารณาารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความพึงพอใจในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ เจ้าหน้าที่หรือบุคลากร และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านผลของการให้บริการ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ	M	SD	แปลผล
ขั้นตอนการให้บริการ			
1. ผู้ให้บริการได้ทำการตรวจสุขภาพช่องปากหรือคัดกรองก่อนการทำฟันเทียม	2.77	0.43	สูง
2. มีการนัดหมายมารับบริการแต่ละครั้ง ชัดเจน	2.66	0.47	สูง
3. ได้ให้คำแนะนำในการใช้และการดูแลฟันเทียมหลังจากการใส่ฟันเทียมแล้ว	2.77	0.42	สูง
รวม	2.74	0.36	สูง
เจ้าหน้าที่หรือบุคลากร			
1. ได้ตรวจและให้คำแนะนำด้วยการเป็นมิตร	2.76	0.43	สูง
2. เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย	2.74	0.44	สูง
3. สามารถตอบข้อสงสัยได้ชัดเจน ทำให้มีความเข้าใจบริการมากขึ้น	2.74	0.44	สูง
รวม	2.75	0.37	สูง
สิ่งอำนวยความสะดวก			
1. ความสะดวกในการติดต่อกับเจ้าหน้าที่ เพื่อขอรับคำแนะนำ	2.66	0.48	สูง
2. ความสะดวกในการเข้ารับบริการตามนัดหมาย	2.69	0.47	สูง
รวม	2.68	0.44	สูง
ผลของการให้บริการ			
1. ความพึงพอใจที่มีโอกาสได้เข้ารับบริการใส่ฟันเทียม	2.75	0.44	สูง
2. ความพึงพอใจ ความสุข ความสบายใจ ที่ได้รับบริการฟันเทียม	2.64	0.48	สูง
3. ความพึงพอใจต่อความสามารถในการบดเคี้ยวอาหารที่เพิ่มขึ้น	2.71	0.47	สูง
รวม	2.67	0.44	สูง
ความพึงพอใจโดยรวม	2.72	0.26	สูง

หมายเหตุ. $n = 217$

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้การทดสอบไคสแควร์ พบว่า ผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวมของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดฟันเทียมที่ใส่ ตำแหน่งของฟันเทียม พฤติกรรมการใช้ฟันเทียมไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียมโดยใช้การทดสอบไคสแควร์

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ความพึงพอใจโดยรวม		χ^2	df	p-value
		สูง จำนวน	ปานกลางและน้อย (ร้อยละ)			
เพศ				0.666	1	0.414
- หญิง	151 (69.6)	140 (92.7)	11 (7.3)			
- ชาย	66 (30.4)	59 (89.4)	7 (10.6)			
สถานภาพสมรส				3.784	1	0.052
- สมรส	162 (74.7)	152 (93.8)	10 (6.2)			
- โสด/หม้าย/หย่า/แยก	55 (25.3)	47 (85.5)	8 (14.5)			
ระดับการศึกษา				1.272	1	0.259
- ต่ำกว่ามัธยมศึกษา	112 (51.6)	105 (93.8)	7 (6.3)			
- สูงกว่ามัธยมศึกษา	105 (48.4)	94 (89.5)	11 (10.5)			
อาชีพ				0.200	1	0.886
- มีงานทำ	136 (62.7)	125 (91.9)	11 (8.1)			
-ว่างงาน	81 (37.3)	74 (91.4)	7 (8.6)			
ผู้ดูแล				5.577	1	0.018*
- คู่สมรส	193 (88.9)	180 (93.3)	13 (6.7)			
- ไม่ใช่คู่สมรส	24 (11.1)	19 (79.2)	5 (20.8)			
ชนิดฟันเทียมที่ใส่				0.765	1	0.382
- บางส่วน	136 (62.7)	123 (90.4)	13 (9.6)			
- ทั้งปาก	81 (37.3)	76 (93.8)	5 (6.2)			
ตำแหน่งของฟันเทียม				0.245	1	0.621
- ใส่ทั้งขากรรไกรบนและขากรรไกรล่าง	158 (72.8)	144 (91.1)	14 (8.9)			
- ใส่ด้านใดด้านหนึ่ง	59 (27.2)	55 (93.2)	4 (6.8)			
พฤติกรรมการใช้ฟันเทียม				1.562	1	0.211
- ใส่เป็นประจำ	201 (92.6)	183 (91.0)	18 (9.0)			
- ใส่บ้างเป็นบางครั้ง	16 (7.4)	16 (100)	0			

หมายเหตุ. $n = 217$, $*p < .05$

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน พบว่า อายุ รายได้เฉลี่ย อายุการใช้งานฟันเทียม คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก ประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียม และการรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวมของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน

ปัจจัย	<i>r</i>	<i>p</i> -value
อายุ	-0.037	0.584
รายได้เฉลี่ย	-0.116	0.088
อายุการใช้งานฟันเทียม	-0.084	0.218
คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก	-0.058	0.397
ประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียม	-0.065	0.338
การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียม	0.062	0.364

หมายเหตุ. $n = 217$

อภิปรายผล

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม โดยรวมอยู่ในระดับสูงเนื่องจากโครงการฟันเทียมพระราชทาน เป็นโครงการที่มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีฟันเทียมช่วยในการเคี้ยวอาหาร ช่วยเพิ่มความสวยงาม และพูดจาชัดเจนขึ้น ส่งผลให้เกิดความมั่นใจและเพิ่มบุคลิกภาพในการเข้าสังคม ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของรัชนิวรรณ ภูมิสะอาด และวรยา มณีลังกา (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลชาสูง อำเภอชาสูง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจต่อการใส่ฟันเทียมในระดับมาก ร้อยละ 86.5 และศศิกร นาคมณี (2561) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมพระราชทานที่โรงพยาบาลบางปะกง พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 91.30 ที่ได้รับการใส่ฟันเทียมมีคะแนนความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ดังนั้น จึงควรพัฒนาคุณภาพการให้บริการทันตกรรมในคลินิกทันตกรรมอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น มีการจัดขั้นตอนการให้บริการที่เป็นระบบ เข้าถึงได้ง่าย เจ้าหน้าที่หรือบุคลากรบริการด้วยความเป็นมิตร และมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกที่พร้อมรองรับการมารับบริการ

คุณภาพฟันเทียมพระราชทานของผู้สูงอายุ พบว่า ฟันเทียมที่ใส่มีการยึดอยู่และมีเสถียรภาพที่ดี มีความสูงเหมาะสม ส่งผลต่อการออกเสียงที่ชัดเจน อีกทั้งมีการสบฟันที่ดี และพบการบกร่องหรือชำรุดของฟันเทียม แต่ยังใช้งานได้ ซึ่งดังจะเห็นได้จากการศึกษาของวิภารัตน์ ยวดยิ่ง (2562) พบว่า

ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียม มีฟันเทียมที่มีการยึดอยู่ที่เหมาะสม มีเสถียรภาพที่ดี มีความสูงและการสบฟันที่เหมาะสม ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าฟันเทียมที่ทำขึ้นโดยทันตแพทย์ที่มีความชำนาญจะมีคุณภาพ เพราะการทำฟันเทียมให้ผู้รับบริการจะต้องประเมินและออกแบบฟันเทียมให้เหมาะสม หากฟันเทียมที่ทำไม่มีคุณภาพจะส่งผลให้เกิดอันตรายอย่างมาก ได้แก่ เกิดการสบฟันที่ผิดปกติ ส่งผลให้เกิดอันตรายกับกล้ามเนื้อและเนื้อเยื่อรอบๆ ฟันปลอม เช่น เกิดแผลจากการกดสบของฟันบริเวณลิ้นหรือกระพุ้งแก้ม และลูกกลามกลายเป็นแผลเรื้อรัง รุนแรงถึงข้อต่อขากรรไกร กลายเป็นโรคข้อต่อขากรรไกร หรือเกิดการละลายตัวของกระดูกเบ้าฟันอย่างรวดเร็ว จากแรงที่กระทำต่อสันเหงือกที่ไม่เหมาะสมของฟันเทียม ทำให้สันเหงือกยุบตัว ส่วนใหญ่ฟันเทียมที่ทำไม่พอดีและหลวม อาจมีผลให้เพดานปากเกิดแผล และรุนแรงถึงการติดเชื้อในช่องปากได้

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม โรงพยาบาลระนอง จังหวัดระนอง พบว่า ผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวมของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการพักอยู่กับคู่สมรส จะเป็นเสมือนเพื่อนคู่คิด คอยให้การดูแล ไม่ได้อยู่ตามลำพัง มีอิทธิพลอย่างยิ่งต่อการมารับบริการทำฟันเทียม สอดคล้องกับการศึกษาของเกศสินี วีระพันธ์ (2558) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนจากผู้ดูแลซึ่งเป็นคนในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุมาใช้บริการใส่ฟันเทียม ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ย ชนิดฟันเทียมที่ใส่ ตำแหน่งของฟันเทียม อายุการใช้งานฟันเทียม คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปาก พฤติกรรมการใช้ฟันเทียม การรับรู้ของผู้สูงอายุต่อการใช้ฟันเทียม และประสิทธิภาพการใช้งานฟันเทียม ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจโดยรวมของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม

สรุปผลการวิจัย

ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ คลินิกทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง คุณภาพฟันเทียมเหมาะสมทุกด้าน แต่พบความบกพร่อง ชำรุด อยู่ในเกณฑ์ไม่เหมาะสมมากกว่าด้านอื่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทำฟันเทียม ได้แก่ ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ ดังนั้นโรงพยาบาลที่ให้บริการฟันเทียม ควรพัฒนาระบบบริการ เพื่อสร้างความพึงพอใจให้ผู้รับบริการ โดยครอบครัวของผู้สูงอายุให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหลังการบริการทำฟันเทียม

ข้อเสนอแนะ

ด้านนโยบาย

1. สถานบริการควรมีการจัดระบบการให้บริการที่สะดวกและรวดเร็ว เปิดให้บริการทั้งในเวลาราชการ และนอกเวลาราชการ รวมทั้งสนับสนุนบุคลากรได้มีการพัฒนาความรู้ในการปฏิบัติงานอย่างสม่ำเสมอ

ด้านการปฏิบัติ

1. ส่งเสริมให้บุคลากรที่มีบทบาทในการดูแลผู้รับบริการ เช่น ทันตบุคลากร ดูแลผู้รับบริการในการตรวจและให้คำแนะนำด้วยความเป็นมิตร เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย
2. สนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะคู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลบำรุงรักษาหลังการทำฟันเทียม

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก และกลุ่มผู้สูงอายุที่ใส่บางส่วน
2. ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความต้องการรักษาทางทันตกรรม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียงที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางทันตกรรมได้ เพื่อจัดรูปแบบการให้บริการที่เหมาะสม
3. ควรศึกษาถึงประสิทธิภาพหรือพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบถึงพฤติกรรมการใช้งานฟันเทียม เนื่องจากฟันเทียมมีราคาค่อนข้างสูง และใช้เวลาในการทำค่อนข้างนาน หากมีพฤติกรรมการใช้งานที่ถูกต้อง จะทำให้เกิดประสิทธิภาพสูงด้วย
4. ควรศึกษาวิจัยถึงทดลอง โดยประยุกต์ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่สูญเสียฟันแท้ มีการใช้บริการใส่ฟันเทียมเพิ่มขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กชกร แถวสุวรรณ. (2563). การตัดสินใจเลือกรับบริการทันตกรรมของผู้มีสิทธิประกันสังคมในเขตจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(1), 51-68.
- กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลระนอง. (2565). *รายงานผลการจัดบริการใส่ฟันเทียมโครงการฟันเทียมพระราชทาน โรงพยาบาลระนอง ปี 2565*. [เอกสารอัดสำเนา]
- เกศินี วีระพันธ์. (2558). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้บริการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ โรงพยาบาลบ่อเกลือ อำเภอบ่อเกลือ จังหวัดน่าน* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.
- คลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center [HDC]). (2564). *กลุ่มผู้สูงอายุได้รับบริการทันตกรรม*. สืบค้นจาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- จิระวัฒน์ บุตรโคตร. (2560). ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ได้รับบริการใส่รากฟันเทียม จากโครงการรากฟันเทียมเฉลิมพระเกียรติฯ อำเภอภูเวียง-หนองนาคา-เวียงเก่า จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 28(1), 74-86.
- นภาพร ศรีบุญเรือง. (2559). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ฟันเทียมพระราชทานและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภายใต้โครงการฟันเทียมพระราชทาน อำเภอเมืองลำปาง* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

- พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์. (2558). *ตำราการดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุ*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์
นันทกานต์.
- พิมวิภา เศรษฐวรพันธ์, ทรงชัย จิตโสภณกุล, และไพฑูรย์ ดาวสคติโส. (2557). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพ
ช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพ
การบดเคี้ยวที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. *วิทยาศาสตร์
การแพทย์*, 64 (1), 26-46.
- ยุภาพร ก่อกุลส. (2560). *รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใส่ฟันเทียมของผู้สูงอายุ อำเภอ
วังวิเศษ จังหวัดตรัง*. ตรัง: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง.
- รัชนิวรรณ ภูมิสะอาด, และวรยา มณีลังกา. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ
ที่มารับบริการทำฟันเทียม ณ โรงพยาบาลช้างสูง อำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*,
32(1), 89-109.
- วิภารัตน์ ยวดยิ่ง. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพฟันเทียม ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวและคุณภาพ
ชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากกับความสุขในการใช้ฟันเทียมของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปาก. *วารสาร
วิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 6(2), 58-75.
- ศศิกร นาคมนี. (2561). คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุต่อการใส่ฟันเทียมพระราชทานที่
โรงพยาบาลบางปะกง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(1),
30- 39.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8
ประเทศไทย พ.ศ. 2560*. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2564). *รายงานผลการจัดบริการใส่ฟันเทียมโครงการฟันเทียม
พระราชทาน ปี 2564*. สืบค้นจาก <https://sealantdental.anamai.moph.go.th/elderly/>
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational
and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

สมฤดี คีนวนพะเนา, พย.ม.^{1*}

ศรียุญา นาคสระน้อย, วท.ม.¹

ตะวัน แสงสุวรรณ, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 20 กรกฎาคม 2565; วันที่แก้ไข: 10 พฤศจิกายน 2565; วันที่ตอบรับ: 13 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความสำคัญที่จะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพเข้าใจถึงมุมมองและความคิดที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูงและการดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยาย เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ผู้ให้ข้อมูลคือผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน ที่ได้รับคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ คือ อายุระหว่าง 35-60 ปี เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล การสังเกต และบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์ใจความหลัก ผลการศึกษาพบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกได้เป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) มุมมองที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง มี 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ มุมมองที่ว่า 1. เป็นภัยเงียบที่อันตราย และ 2. ไม่น่ากลัวเกิดขึ้นได้กับทุกคน 2) สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมี 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1. โรคที่เป็นในครอบครัว 2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และ 3. การขาดความรู้ และ 3) การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมี 3 ประเด็นย่อย คือ 1. การสังเกต และจัดการอาการผิดปกติของตนเอง 2. การเลือกใช้ชีวิตแบบเคร่งครัดหรือยืดหยุ่นตามแนวการดูแลตนเองของโรคความดันโลหิตสูง และ 3. การแสวงหาหรือใช้การรักษาทางเลือก ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ในการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: ประสบการณ์, การดูแลตนเอง, ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

* ผู้ประพันธ์บทความ: สมฤดี คีนวนพะเนา, อีเมล: somrudee_dee@vu.ac.th

Self-Care Experiences in Persons with Hypertension

Somruedee Deenuanpanao, M.N.S.^{1}*

Sarinya Naksranoi, M.S.¹

Tawan Sangsuwan, M.N.S.¹

(Received: July 20th, 2022; Revised: November 10th, 2022; Accepted: November 13rd, 2022)

Abstract

The self-care experience among persons with hypertension is important to help healthcare personnel understand their perceptions and understandings about hypertension and self-care to control their blood pressure levels. The aim of this qualitative research was to describe the self-care experiences of persons with hypertension. Twenty informants were purposively selected according to the inclusion criterion of being aged between 35 and 60 years old. Data were collected from June, 2017 to May, 2018 using in-depth interviews, observations, and field notes. Thematic analysis was employed to analyse the data. The study results revealed that the self-care experiences of persons with hypertension can be divided into three themes. The first theme, which is their perception of hypertension, is sub-divided into two sub-categories including the perception that 1) it's a silent danger and 2) it's not scary because it can happen to anyone. The second theme is related to the cause of hypertension, which has been sub-divided into three categories including: 1) family disease, 2) eating behaviors, and 3) lack of knowledge. The third theme related to the self-care of patients with hypertension and was sub-divided into three categories including: 1) observation and self-management of symptoms, 2) choice to live strictly or more flexible within the Hypertension self-care guidelines, and 3) seeking or using alternative treatments. These findings can be used as baseline data for developing a model for educating patients with hypertension about self-care.

Keywords: experiences, self-care, patients with hypertension

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University

* Corresponding Author: Somruedee Deenuanpanao, E-mail: somruedee_dee@vu.ac.th

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงจัดว่าเป็นโรคที่อันตราย ส่งผลต่อการเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ตามมา และคร่าชีวิตคนไทยเพิ่มขึ้นในแต่ละปี ซึ่งจากสถิติผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูง 3 ปีซ้อนหลังพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2558-2560 มีจำนวนเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 12.1, 12.2 และ 13.1 ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2562) แต่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมักจะไม่เคร่งครัดในการดูแลตนเอง เพราะไม่มีอาการผิดปกติจึงคิดว่าไม่มีอันตราย ทำให้หยุดการรักษาเอง และขาดการติดตาม (ชลิต โชติเรืองนภา, และวีรณัฐ รอบสันติสุข, 2562) ประกอบกับในสถานการณ์ปัจจุบันคนไทยมีวิถีการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ต้องใช้ชีวิตแบบเร่งรีบจึงทำให้การปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี มีการบริโภคอาหารที่มีไขมัน และเกลือโซเดียมสูง รวมทั้งขาดการออกกำลังกาย จึงพบผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มที่มีอายุน้อย อาจเนื่องมาจากการขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง (เทอดศักดิ์ ใจว่อง, 2562) โดยผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าการผิดปกติจากโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นเพียงเล็กน้อยเช่น วิงเวียน ปวดศีรษะ เป็นอาการผิดปกติที่ต้องเฝ้าระวัง จึงไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่พบในผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงของประเทศไทย (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงตามแนวทางการดูแลรักษา เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

แนวทางการดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูงมี 2 วิธี คือการให้ยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต โดยมีเป้าหมายในการลดระดับความดันโลหิตให้ลงมาที่ระดับ 130/80 มิลลิเมตรปรอท หรือต่ำกว่า เพราะเป็นระดับที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางระบบหัวใจ และหลอดเลือด อีกทั้งลดอัตราการตายจากโรคความดันโลหิตสูงได้ (สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) นอกจากนี้การปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต โดยการบริโภคอาหารแบบ Dietary approaches to stop hypertension หรือ DASH ได้แก่ จำกัดปริมาณแคลอรีต่อวัน รับประทานผักหรือผลไม้ ผลิตภัณฑ์นมที่มีไขมันต่ำ ร่วมกับการรับประทานเนื้อแดง (ปณิศา ลิ้มปะวัฒน์ และวิชัย เส้นทอง, 2563) และลดน้ำหนักตัวให้มีความดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร รวมทั้งต้องจำกัดเกลือโซเดียมในอาหารไม่เกิน 0.6 กรัม/วัน จะช่วยลดแรงดันเลือดในขณะหัวใจบีบตัว (Systolic blood pressure) ได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท และออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาที (พนิตนันท์ พรหมดำ, 2565) ซึ่งผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงจำเป็นต้องมีความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

การดูแลตนเองในการลดระดับความดันโลหิตเป็นการกระทำของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในการที่จะควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ให้สูงเกินกว่าเกณฑ์ปกติจนนำไปสู่อันตรายที่ร้ายแรง โดยมีการควบคุมอาหารรสชาติเค็มและมัน ซึ่งต้องอาศัยการหักห้ามใจตนเองอย่างมากที่จะลดอาหารรสชาติดังกล่าว หรือแม้กระทั่งการออกกำลังกาย เพื่อลดน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน เพราะรับรู้ว่าการที่น้ำหนักตัวเพิ่มจะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงด้วย อีกทั้งการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

หรือแม้กระทั่งการควบคุมอารมณ์ไม่ให้พุ่งพล่าน (คณินิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, และจุฑามาส กิตติศรี, 2561) ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยทั้งเชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณที่ผ่านมาพบว่า ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่ประสบความสำเร็จในการควบคุมความดันโลหิต มักมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมเนื่องจากขาดความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง จึงไม่ยอมรับการเจ็บป่วยร่วมกับมีความเชื่อผิดๆ ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่ไม่รุนแรง รับประทานยาแล้วก็หายขาดได้ ทำให้ไม่ตระหนักในการดูแลตนเอง (นุจรี อ่อนสั่น้อย, ยุวดี ลีลคณาวิระ, และชนัญจิราคุษฎ์ ทูลศิริ, 2560; Kang & Jeong, 2020) ส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต ดังนั้นควรมีการศึกษาปัญหาที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จากประสบการณ์ตรงของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จึงเป็นการมุ่งเน้นที่จะศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงปัญหาที่แท้จริงที่เกิดขึ้นในการดูแลตนเองตามการรับรู้จากประสบการณ์จริงของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในบริบทของสังคมไทยมากที่สุด โดยอยู่ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นไปโดยธรรมชาติ เพราะประสบการณ์จริงที่เกิดขึ้นของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ละคนเป็นเรื่องราวที่เกิดขึ้นอย่างจำเพาะเจาะจงสำหรับบุคคลนั้นเท่านั้น (ชาย โพธิ์สิตา, 2562) ซึ่งผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงให้มีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ แบบบรรยาย (Descriptive qualitative research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน 2560 ถึง พฤษภาคม 2561 มีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล เป็นผู้ที่ประสบการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ มีอายุระหว่าง 35-60 ปี และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระยะกาย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยมีระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป รวมทั้งยินดีและสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลระยะกาย มีพื้นที่รับผิดชอบ 11 หมู่บ้าน ซึ่งมีลักษณะเป็นชุมชนเขตเมือง ผู้วิจัยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายทางเชิงคุณลักษณะจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหมู่บ้านละ 1-2 คน รวมทั้งหมด 20 คน และแบ่งผู้ให้ข้อมูลเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ดังนี้ 1) กลุ่มที่ควบคุมได้ คือมีระดับความดันโลหิต น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท และ 2) กลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ คือมีระดับความดันโลหิต มากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การศึกษานี้ได้รับการพิจารณา และอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 051/2017 วันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ.2560 โดยผู้วิจัยแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย รวมทั้งอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจถึงรูปแบบการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล และขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทราบถึงความจำเป็นที่ต้องบันทึกเสียงการพูดคุยขณะสัมภาษณ์ เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยจะเป็นความลับ และนำเสนอในภาพรวม โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุล ของผู้ให้ข้อมูล เมื่อสิ้นสุดการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะทำการลบทำลายข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงพูดคุยระหว่างการสัมภาษณ์ทิ้งทันที

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

1. ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่สุดในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1.1 ด้านความรู้ ผู้วิจัยหลักเตรียมความรู้ในเรื่องระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ โดยได้ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในหลักสูตรระยะสั้นจากวิทยากรที่เชี่ยวชาญในด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ เรื่องการวิจัยเชิงคุณภาพในงานด้านสุขภาพ จัดโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต จำนวน 5 วัน 30 ชั่วโมง และเรื่องการพัฒนาศักยภาพในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ จัดโดยคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล จำนวน 2 วัน 12 ชั่วโมง จึงได้นำมาประยุกต์ใช้กับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ สำหรับผู้วิจัยอีก 2 ท่าน ซึ่งเป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และอาจารย์พยาบาลสาขาพื้นฐานและการพยาบาล โดยได้ประชุมทีมผู้วิจัยเพื่อชี้แจงทำความเข้าใจเรื่องวิธีการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล แนวทางในการสังเกต แบบบันทึกสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งวิธีการถอดข้อมูลจากเทปเสียงสัมภาษณ์ และได้ฝึกการสัมภาษณ์กับผู้วิจัยในทีม หลังจากนั้นจึงไปสัมภาษณ์ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงในสถานการณ์จริง

1.2 ด้านทักษะเกี่ยวกับงานวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยได้ฝึกฝนเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ การจดบันทึก ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริงตรงตามเรื่องที่ต้องการศึกษา โดยผู้วิจัยหลักมีประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพแล้ว 1 เรื่อง คือ ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง (สมฤดี ดินวนพะเนา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ คิ้วแพง, 2557) นอกจากนี้ในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามไปใช้ในการศึกษานำร่องกับผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน

1.3 ด้านอื่น ๆ ผู้วิจัยเป็นอาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาพยาบาลที่อยู่ในความดูแล เป็นเวลา 9 ปี

2. แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล เป็นแนวคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นแนวคำถามแบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured interview) มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (Open-ended) ประกอบด้วยแนวคำถามหลัก 4 ข้อ ได้แก่ 1) คุณคิด และรู้สึกอย่างไรเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 2) คุณมีวิธีการดูแลตนเองอย่างไร เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง 3) คุณมีวิธีการจัดการอาการผิดปกติจากโรคความดันโลหิตสูงอย่างไร และ 4) หากวิธีที่ใช้จัดการอาการผิดปกติจากโรคความดันโลหิตสูงที่คุณใช้ไม่ได้ผล คุณมีวิธีการจัดการอย่างไร

3. แนวทางในการสังเกต เป็นแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ทำควบคู่ไปกับการสัมภาษณ์ ซึ่งประเด็นที่ได้สังเกต ได้แก่ 1) สถานที่ สังเกตลักษณะทางกายภาพของอาคารบ้านเรือน บรรยากาศแวดล้อมขณะสัมภาษณ์ 2) พฤติกรรม สังเกตการแสดงออกทางแวตวา สีหน้า ลักษณะคำพูด น้ำเสียง รวมทั้งการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลขณะที่ให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง และ 3) บริบทหรือสิ่งแวดล้อม สังเกตสัมพันธภาพระหว่างผู้เป็นโรคกับสมาชิกครอบครัวที่อยู่ร่วมบ้านเดียวกัน

4. แบบบันทึกสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งเป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

4.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา สถานภาพ น้าหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (Body mass index [BMI]) ระดับความดันโลหิตสูงที่วัดได้ และระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง

4.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) เป็นการสรุปบันทึกรายละเอียดทั้งหมดที่ผู้วิจัยได้พบเห็น เช่น ลักษณะบ้าน และสถานที่ตั้งของบ้าน ระยะทาง และระยะเวลาในการเดินทาง ตลอดจนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้ทำการบันทึกทุกครั้งหลังจากได้ทำการเก็บข้อมูล

4.3 แบบบันทึกการสะท้อนคิดของผู้วิจัยเป็นแบบบันทึกสะท้อนความรู้สึกนึกคิดของผู้วิจัยว่าผู้วิจัยรู้สึกอย่างไร คิดอย่างไรกับผู้ให้ข้อมูล และบริบทต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัญหา และอุปสรรคที่เกิดขึ้นในกระบวนการวิจัย เพื่อตรวจสอบความรู้สึกนึกคิด และเป็นการป้องกันการเกิดความลำเอียงของผู้วิจัย

4.4 แบบบันทึกการถอดความ และการลงรหัสข้อมูล ซึ่งใช้บันทึกข้อมูล และรหัสข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะลึกรายบุคคล

5. อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างทำการสัมภาษณ์เจาะลึกรายบุคคล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึก ดินสอ และปากกา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล แนวทางในการสังเกต และแบบบันทึกสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งเป็น

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 2 ท่าน เพื่อตรวจหาความตรงของเนื้อหาแล้ว
ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นจึงนำเครื่องมือไปทดลองใช้ โดยศึกษานำร่อง
(Pilot study) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2 คน เพื่อให้มีความเหมาะสมกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้
ก่อนนำไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยสร้างความน่าเชื่อถือของการศึกษาครั้งนี้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (นิศา ชูโต, 2551)

1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นการตรวจสอบความถูกต้องในสิ่งที่ค้นพบที่เกิดขึ้นตามความ
จริง โดยผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีประสบการณ์จริงเกี่ยวกับการดูแล
ตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต และผู้วิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลโดยการนำผลสรุปข้อมูลที่ถอด
เทปได้ไปให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านยืนยันความถูกต้อง (Member check) พร้อมทั้งให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติมในข้อมูลที่
ไม่ชัดเจน เพื่อแสดงให้เห็นว่าข้อมูลหรือคำอธิบายที่ได้มีความถูกต้อง ซึ่งได้กระทำภายหลังจากเสร็จสิ้น
การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลรายนั้นแล้ว นอกจากนี้ผู้วิจัยหลักได้วิเคราะห์ผลการวิจัยร่วมกับผู้วิจัยอีก 2 ท่าน
ซึ่งมีความรู้ในเรื่องประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

2. ความคงที่ (Dependability) เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความตรงของข้อมูลจึงได้เขียนบรรยายข้อมูลทั้ง
ศึกษา รวมถึงการจัดเก็บเอกสารไว้อย่างเป็นระเบียบ และเขียนบรรยายขั้นตอนการสัมภาษณ์ไว้อย่างละเอียด
สามารถตรวจสอบได้

3. การนำข้อมูลไปใช้ (Transferability) โดยผู้วิจัยได้เขียนบรรยายกระบวนการต่าง ๆ ไว้อย่าง
ละเอียด ได้แก่ หลักเกณฑ์การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง การเขียนบรรยายลักษณะสถานที่ศึกษา
ลักษณะแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าใจผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การ
ดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างชัดเจน และสามารถนำข้อค้นพบที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้
ไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน

4. การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) โดยผู้วิจัยสร้างความเชื่อมั่นในผลการวิจัยว่าเกิดขึ้นจริง
โดยปราศจากความลำเอียงส่วนตัวของผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการรวบรวมเอกสารต่าง ๆ ตลอดจนเครื่องมือ
เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกสะท้อนคิดผู้วิจัย แบบบันทึกการสังเกต เครื่อง
บันทึกเสียง และแบบบันทึกการถอดความและการลงรหัสข้อมูล เพื่อสามารถนำมาใช้เป็นหลักฐานอ้างอิง
แหล่งข้อมูล และสามารถตรวจสอบความถูกต้องย้อนหลังได้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว
ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานต้นสังกัด เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่รับผิดชอบประชาชนในพื้นที่วิจัย เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการศึกษาวิจัย และ
ขออนุญาตเข้าถึงข้อมูลผู้รับบริการแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ศึกษาเพิ่มประวัติผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มีคุณสมบัติครบตามที่กำหนด พร้อมกับจัดทำทะเบียนรายชื่อผู้ที่ได้คัดเลือกไว้

2. ไปพบผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงครั้งแรกตามวัน และเวลานัดตรวจตามนัดของแพทย์ เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย โดยชี้แจงรายละเอียด ตลอดจนความจำเป็นที่ต้องบันทึกเสียงพูดคุยขณะสัมภาษณ์ ซึ่งสัมภาษณ์ จำนวน 2-3 ครั้ง ครั้งละ 40-60 นาที เมื่อผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงยินยอมเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยทุกคน และสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 เกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานตามแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

3. การสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 สัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล ตามวัน เวลา และสถานที่ที่ได้นัดหมายไว้แล้วจากการเข้าพบผู้ให้ข้อมูลครั้งแรก

4. การสัมภาษณ์ครั้งที่ 3 จากการที่ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 มาถอดเทปเสียงสัมภาษณ์ทันทีที่สัมภาษณ์เสร็จ โดยถอดเทปเป็นข้อความเชิงบรรยาย ซึ่งถอดชนิดคำต่อคำ ทั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยการฟังเทปเสียงสัมภาษณ์ซ้ำหลายครั้งจนมั่นใจว่าข้อมูลที่ได้อ้างอิงตรงตามคำพูดของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยอ่านข้อความจากการถอดเทป และตรวจสอบข้อมูลที่ยังไม่ชัดเจนครบถ้วน พร้อมทั้งตั้งคำถามเพิ่มเติม เพื่อนำไปสัมภาษณ์ในครั้งที่ 3 โดยผู้วิจัยได้โทรศัพท์ติดต่อนัดหมายวัน เวลา สถานที่ไว้ก่อนล่วงหน้าแล้วจึงกลับไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

5. นำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลและใส่รหัสข้อมูล ซึ่งขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ทำควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 20 จึงยุติการสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงใจความหลัก (Thematic analysis; Liamputtong, 2020) ซึ่งทำควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละครั้ง มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ถอดข้อมูลจากเทปเสียงสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละคนออกมาเป็นภาษาเขียน
2. อ่านซ้ำเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปเสียงสัมภาษณ์ทั้งหมด โดยไม่ตีความใด ๆ
3. แยกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง และใส่รหัส (Coding) แล้วนำรหัสที่ได้มาจัดทำเป็นดัชนีข้อมูล (Indexing)

4. นำดัชนีข้อมูลที่ได้มาใส่รหัสเบื้องต้น (Initial coding) ซึ่งขั้นตอนนี้ยังไม่ได้ประเด็นหลัก แล้วนำรหัสเบื้องต้นมาจัดกลุ่มใหม่ โดยพิจารณาว่าได้ประเด็นใหม่นอกเหนือจากเดิมหรือไม่ แล้วจึงนำมาสร้างเป็นข้อสรุปย่อชั่วคราว และนำข้อสรุปย่อมาจัดหมวดหมู่ตามลักษณะที่มีความเชื่อมโยงกัน

5. นำข้อสรุปที่ได้มาวิเคราะห์ ตีความ และอภิปรายผลการวิจัยเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับผู้วิจัยอีก 2 ท่าน และนำผลการวิจัยไปเขียนบรรยาย

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล เป็นเพศหญิง 14 คน และเพศชาย 6 คน อายุระหว่าง 35-60 ปี อายุเฉลี่ย 55.25 ปี ($SD=7.25$) อาชีพเกษตรกร 9 คน รับจ้าง 5 คน ค้าขาย 4 คน รับราชการ 1 คน และว่างงาน 1 คน การศึกษาระดับประถมศึกษา 17 คน ระดับมัธยมศึกษา 2 คน และระดับปริญญาตรี 1 คน สถานภาพสมรสคู่ จำนวน 18 คน และโสด 2 คน BMI อยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 9 คน อ้วน 6 คน และอ้วนมาก 5 คน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 1-4 ปี 6 คน 5-9 ปี 5 คน และ 10 ปีขึ้นไป 9 คน ซึ่งประเด็นเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำแนกได้เป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 มุมมองที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลมีมุมมองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แบ่งออกเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. เป็นภัยเงียบที่อันตราย ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตราย เป็นภัยเงียบ เกิดขึ้นโดยอัตโนมัติ ไม่มีสัญญาณเตือนก่อนล่วงหน้า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งบอกว่า “ความดันมันเป็นภัยเงียบ มันไม่มีอาการบ่งบอก มันไม่ได้ว่ามีอาการจะบอกว่าจะเป็นแล้วนะ” (หญิง 38 ปี C 1/2) ทั้งนี้ในรายที่ได้เผชิญกับการเจ็บป่วยรุนแรง และผ่านวินาทีแห่งความเป็นความตายมาแล้วจากการคุกคามของโรคความดันโลหิตสูงจะรับรู้ถึงอันตราย ดังคำกล่าว “มันเป็นโรคที่อันตรายสุด ๆ มันเป็นโรคที่เราไม่รู้เลย อยู่ ๆ ก็เป็น อยู่ดี ๆ แขนก็ไม่มีแรง ปากก็เริ่มเบี้ยว น้ำลายก็เริ่มไหล” (ชาย 37 ปี C 1/1) และ “มันเป็นโรคที่ไม่มีอาการเตือนมาก่อนเลย อยู่ ๆ มาแบบอัตโนมัติของมันเลยนะ ปากเบี้ยวมือฉิ่ง (จิบ) จับอะไรมันก็ชา ไม่มีแรงอ่อนแรง แข็งขาอ่อนเพลียเลยละ” (ชาย 56 ปี C 1/7)

2. ไม่น่ากลัว เกิดได้กับทุกคน ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่มีความน่ากลัว ไม่ร้ายแรง ใคร ๆ ก็เป็นกัน ดังคำกล่าว “มันไม่เป็นถึงขั้นรุนแรงใครเค้าก็เป็นกัน” (หญิง 50 ปี C 2/4) ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายพยายามหาเหตุผลที่จะปลอบใจตนเองว่ายังมีคนอื่นที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงเหมือนเช่นตนเอง ซึ่งไม่มีใครเป็นอันตรายร้ายแรงแต่อย่างใด สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และไม่ได้ส่งผลต่อชีวิตของตนเอง “มันเหมือนไม่ได้รุนแรงจนน่ากลัว เพื่อนบ้านก็มีแต่เป็นกันหมด เค้าก็ว่าบ่เป็นหยั่ง (ไม่เป็นไร) มันบ่ (ไม่) ร้ายแรง ข่อย (ฉุน) เป็นมาสามปีสี่ปีแล้วก็ใช้ชีวิตปกติ” (หญิง 47 ปี C 2/6) และ “เค้าเป็นกันทั่วไปถามใครเค้าก็เป็นกันหมด เป็นกันครึ่งหมู่บ้านเลย ก็ไม่เห็นเป็นอะไร” (ชาย 53 ปี C 2/20)

ประเด็นหลักที่ 2 สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลมีความเข้าใจตรงกันว่าโรคความดันโลหิตสูงเกิดขึ้นได้ 3 ประเด็น ดังนี้

1. โรคที่เป็นในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคนที่มีเครือญาติเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง รวมถึงคุณลักษณะของผู้ให้ข้อมูลด้วย ซึ่งจำแนกออกมาได้ 2 ประเด็น คือ

1.1 กรรมพันธุ์ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่สามารถถ่ายทอดสืบต่อกันได้ในเครือญาติที่สืบสายโลหิตเดียวกัน ดังคำกล่าว “แนว (ตระกูล) ผมน่าจะจะเป็นความดัน พ่อผมก็เป็น น้องสาวผมก็เป็น แล้วผมก็เป็น” (ชาย 53 ปี C 2/3) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายมีพี่น้องที่ร่วมบิดามารดาเดียวกันจำนวนครึ่งหนึ่งที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง “ญาติพี่น้องเป็นความดันเกือบหมดมี 11 คน เป็นครึ่งหนึ่งแล้วแม่น่ะเส้นเลือดแตกเส้นเลือดตีบในสมองตอนที่แก่จะตายนะ” (หญิง 60 ปี C 2/11) และ “ตระกูลนี้พี่น้องเป็นห้าคนนะ ความดันมันเป็นตามกรรมพันธุ์เหมือนพ่อ เป็นตามแนว (ตระกูล)” (ชาย 56 ปี C 1/7)

1.2 คุณลักษณะของแต่ละคน เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคลในด้านต่าง ๆ อันได้แก่นิสัยที่ได้กระทำจนเคยชิน หรือแม้แต่การแสดงออกด้านอารมณ์ โดยพบว่าผู้ให้ข้อมูลมักเป็นคนที่มีนิสัยคิดมาก มีอารมณ์หงุดหงิดง่าย จึงส่งผลให้เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โดยไม่รู้ตัว ดังคำกล่าว “หงุดหงิดง่าย มันมองเห็นอะไรก็ขวางหูขวางตาไปหมด อะไรก็ไม่เห็นดี ในใจฉันคิดไปของฉันคนเดียว ยังเป็นความดันด้วยนี่ก็จะหงุดหงิด ๆ เรื่อย ๆ เลย” (หญิง 53 ปี C 2/8) และผู้ให้ข้อมูลบางรายที่มีปัญหาชีวิตทำให้มีความเครียดก็ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตด้วยเช่นกัน “ถ้ามีเรื่องอะไรคิดมาก ๆ ก็ความดันขึ้น ปวดหัวมากค่ะ ปวดจนอยู่ไม่ถูกแหละ หลายวันติดต่อกันนะ” (หญิง 60 ปี C 2/19) หรือแม้แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายที่มีคุณลักษณะไม่ปล่อยวาง ทุกสิ่งทุกอย่างที่ต้องคิดที่สุดก็ทำให้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ ดังคำกล่าว “เป็นคนคิดมาก เหมือนเรามั่นต้นตัวตลอด เหมือนคิดไปก่อน คิดไปเพื่อข้างหน้าเลย กลัวมันจะพลาดทุกอย่างทุกเรื่อง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอะไรต้องเป๊ะ ๆ” (หญิง 38 ปี C 1/2)

2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าโรคความดันโลหิตสูงเกิดจากการรับประทานอาหารเค็มมัน แต่บางรายก็ต้องจำใจรับประทานร่วมกับครอบครัว ไม่สามารถแยกอาหารเฉพาะโรคสำหรับตนเองได้เนื่องจากมีความเกี่ยวข้องกับฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว จึงมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งจำแนกออกมาได้ 3 ประเด็น คือ

2.1 การเลือกชนิดอาหาร และการคุมรสชาติอาหาร เป็นการเลือกรับประทานอาหารในรสชาติที่ตนเองชอบ โดยขาดการควบคุมรสชาติเค็มมัน และรับประทานอย่างไม่จำกัดปริมาณ โดยไม่สนใจถึงโทษภัยที่จะตามมาภายหลัง ดังคำกล่าว “ผมชอบกินปาท่องโก๋ ชอบเป็นชีวิตจิตใจ หมูกระทะมัน ๆ อันนี้ชอบก็จะกินให้คุ้มใช้ไหมครับคนอ้วนนะ” (ชาย 37 ปี C 1/1) และ “ของหวานมันกะทิขึ้น ๆ นี่ก็กินตลอด กินแหลกกินราญไปแหละ กินเฉย ๆ ก็กินอย่างชอบเลยละ มันกินดีโพดใจ” (ชาย 60 ปี C 1/18) ส่วนผู้ให้ข้อมูลบางรายที่เป็นเพศหญิงมักจะชอบรับประทานอาหารที่มีรสชาติจัดจ้าน และมีไขมันสูง “อาหารก็พวกรสจัดนี่แหละ พริกเกลือละลายเป็นถ้วยๆ พริกเกลือเค็มเผ็ดหวานนั่นแหละ กินมะม่วงน้ำปลาหวาน โอ๊ย! กินดี อาหารมัน ๆ ก็ชอบ ไข่ย่างมัน ๆ ตูดไก่มัน ๆ” (หญิง 50 ปี C 2/4)

2.2 นิสัยในการรับประทานอาหารเค็มมัน เป็นพฤติกรรมที่ต้องกระทำเป็นประจำจนกลายเป็นความคุ้นชินกับรสชาติอาหารเค็มมัน โดยที่ตนเองก็รู้ตัว ดังคำกล่าว “อาหารเค็มมันก็น้ำปลาผงชูรส ก็ยังกินยังทิ้งไม่ได้เลย ยังใส่ดิน ๆ ใครเค้าก็ว่ากินเค็มแต่เจ้าของไม่รู้ตัว” (ชาย 60 ปี C 1/13) และ “กินเค็มแบบไม่รู้ตัว ฉันก็ว่าเค็มพอดีแหละ แต่ลูกหลานเค้าก็บอกว่าเค็มนำ ก็ไม่รู้ตัวว่ากินเค็ม ปากเฝ้าของก็ถือว่า

กินพอดี”(หญิง 60 ปี C 1/16) ส่วนผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่มีการชิมรสชาติของอาหารก่อนปรุงเพราะคิดเป็นนิสัยในการรับประทานอาหารเดิม ดังคำกล่าว “กินเค็มมาก กินข้าวนี้ต้องชด้น้ำปลาลงก่อน จี๊ก็จี๊ดหรือไม่วี๊ดไม่รู้ เมื่อก็บอกว่ากินเค็มก็ไม่เชื่อ ไม่เค็มมันก็ไม่อร่อยมันจี๊ด”(ชาย 60 ปี C 1/18)

2.3 ต้องรับประทานอาหารตามที่ผู้อื่นกำหนด ผู้ให้ข้อมูลจะพบอุปสรรคในการเลือกชนิดของอาหารที่จะรับประทานเหมือนกัน เนื่องจากต้องรับประทานตามที่สมาชิกในครอบครัวต้องการ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสายสัมพันธ์ในครอบครัว จึงไม่สามารถแยกอาหารเฉพาะโรคของตนเองได้ ดังคำกล่าว “ลูกชายคนเล็กนะเหมือนเป็นเงาตามตัว อยากกินบุฟเฟต์ก็ต้องพากิน ทั้ง ๆ ที่ไม่อยากกิน ลูกกินสองคำที่เหลือแม่กินหมด”(หญิง 38 ปี C 1/2) และผู้ให้ข้อมูลบางรายยอมรับว่าไม่สามารถแยกทำอาหารเฉพาะโรคของตนเองได้สืบเนื่องจากภาวะเศรษฐกิจภายในครอบครัว จึงต้องทำอาหารแบบเดียวกันที่สามารถรับประทานได้ทั้งครอบครัวที่มีลักษณะเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วยบิดา มารดา และลูกหลาน ดังคำกล่าว “เรื่องอาหารเราก็คูณไม่ได้ เพราะคนในครอบครัวก็กินด้วยกันหมด คือว่าทำที่เดียวเราไม่ต้องมาทำใหม่อีกจะได้ไม่เปลือง แง่งกะทีน่ะประจำเลยสำหรับครอบครัวขยายนะ”(หญิง 58 ปี C 2/5) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องรับประทานอาหารที่ตนเองตระหนักว่าไม่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูงแต่ก็ต้องจำยอมที่จะรับประทาน เพราะไม่ต้องการทำให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว ดังคำกล่าว “สามีเป็นตัวกระตุ้นให้กิน แกชอบทำกับข้าว ก็เป็นแต่ของเค็ม ๆ มัน ๆ พอเราไม่กินก็เหมือนมีอารมณ์ เราก็ต้องกินกับเขา ก็เลยคุมความดันไม่ได้”(หญิง 47 ปี C 2/6)

3. การขาดความรู้ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง โดยเฉพาะในช่วงแรกที่รับรู้ว่าคุณเองมีระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งจำแนกออกมาได้ 2 ประเด็นคือ

3.1 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มักบอกว่าตนเองไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพียงแต่ตรวจวัดแล้วพบว่ามีระดับที่สูงกว่าปกติจึงได้รับยาลดความดันไปรับประทาน ดังคำกล่าว “ไปตรวจพบว่าเป็นความดัน แต่ไม่รู้ว่าความดันคืออะไร ก็แค่เรารู้ว่าเป็นความดัน พอความดันขึ้นก็เอายาไปกินก็แค่นั้น”(หญิง 58 ปี C 2/5) หรือผู้ให้ข้อมูลบางรายเมื่อทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูงก็คิดว่าไม่น่ากลัว ดังคำกล่าว “พอไปตรวจเจอแล้วก็ไม่คิดกลัวนะ มันก็เหมือนไม่ได้รุนแรงจนน่ากลัว เพื่อนบ้านก็มีแต่เป็นกันหมด”(หญิง 47 ปี C 2/6) แต่ผู้ให้ข้อมูลบางรายรู้สึกสับสน เมื่อทราบจากแพทย์ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังคำกล่าว “พอรู้ว่าเป็นความดันฉันก็คิดสับสนไปหมดเลยอะ ว่าตัวเองทำไมต้องมาเป็น ฉันก็รู้นะว่ามันเป็นโรคยังงี้”(หญิง 53 ปี C 2/8)

3.2 ความรู้ในการดูแลตนเอง และจัดการอาการผิดปกติ เนื่องจากโรคความดันโลหิตสูงในระยะแรกที่เจ็บป่วยอาจไม่มีอาการผิดปกติใด ๆ หรือมีอาการผิดปกติเพียงเล็กน้อยแล้วหายไปได้เอง และไม่ได้เกิดขึ้นตลอดเวลาทำให้ผู้ให้ข้อมูลคิดว่าตนเองหายแล้วจึงหยุดยาหยุดการรักษาเอง ดังคำกล่าว “เราไม่รู้ไงครับ แบบว่าชะล่าใจไม่ไปตรวจ แล้วก็หยุดยาเอง ก็หยุดมาสามสี่ห้าปี แต่ว่าตอนนั้นมันไม่มีอาการ”

(ชาย 37 ปี C 1/1) และผู้ให้ข้อมูลบางราย แม้ว่าระดับความดันโลหิตจะสูงมาก แต่ไม่มีความผิดปกติเกิดขึ้นแต่อย่างใด ดังคำกล่าว “ตอนช่วงที่ความดันขึ้นสองร้อยนะก็ไมรู้นะ ก็ได้มีอาการอะไร แต่พอหมอ นัดไปตรวจที่หลังก็ถึงได้รู้ว่าความดันไม่ลง” (ชาย 53 ปี C 2/20) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่ทราบมาก่อนว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นอาการที่ต้องจัดการ ดังคำกล่าว “พอปวดหัวมาผมก็ว่าไม่เป็นอะไรก็ผมไม่เคยเป็น เราไม่รู้ไม่ได้ศึกษามาก่อนเรื่องความดันไง ก็เลยไม่ได้คุมอาหารไม่ได้ออกกำลังกาย” (ชาย 60 ปี C 1/18)

ประเด็นหลักที่ 3 การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถจำแนกออกได้ 3 ประเด็นคือ

1. การสังเกต และจัดการอาการผิดปกติของตนเอง เป็นการจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ หรือความไม่สบายที่เกิดขึ้นจากมีระดับความดันโลหิตสูง ซึ่งเกิดจากการเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่ผ่านมา ดังคำกล่าว “นั่ง ๆ อยู่ก็ตาคิด แล้วก็เวียนหน้าวูบ ก็นอนพัก คุมอาหารออกกำลังกาย ก็ไม่กินเค็ม มันก็หายเอง” (หญิง 60 ปี C 2/9) ผู้ให้ข้อมูลบางรายเรียนรู้ที่จะใช้วิธีจัดการกับอาการผิดปกติหลากหลายวิธีจนกระทั่งอาการผิดปกติดังกล่าวหายไป ดังคำกล่าว “มันปวดหัว พอปวดขึ้นมาปั๊บก็รู้ว่าตัวเองคิดมาก ความดันขึ้น ก็เปิดเพลงฟัง แล้วก็ร้องเพลงตามวิทยุ ทีนี้ก็หายไปเอง ถ้าไม่หายก็กินพารานั่นละ” (ชาย 60 ปี C 2/18) และผู้ให้ข้อมูลบางรายได้แสวงหาความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มเติมเพื่อดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิตจึงสามารถจัดการกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ ดังคำกล่าว “พอมีอาการ ปวดเราก็ต้องลดข้าวลง กินผักแทน รู้ว่าผักเขียวเกลือแรมมากเราก็ต้องลดลง กินผักขาวแทนไปสักช่วงนึง ก่อนแล้วค่อยดูระดับความดันอีกทีนึง” (ชาย 56 ปี C 1/7)

2. การเลือกใช้ชีวิตแบบเคร่งครัดหรือยึดหยุ่นตามแนวการดูแลตนเองของโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะมีความตระหนักในการดูแลตนเอง เพราะได้ผ่านการเผชิญหน้ากับความรุนแรงของโรคมาแล้ว จึงมีความเคร่งครัดในการปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองในการลดระดับความดันโลหิต ดังคำกล่าว “ผมเคยเป็นแล้วไง ถ้าเป็นครั้งที่สองมันก็จะ เป็นหนักคงไม่ได้ฟื้น มันคงจะเป็นแบบนรกสุด ๆ ก็เลยออกกำลังกาย คุมอาหารเค็มมัน” (ชาย 37 ปี C 1/1) และ “ถ้าเป็นอีกรอบก็จะหนักกว่าเดิม อาจพิการ ถ้าพิการเดินเหินไม่ได้ก็จะลำบากลูกเมียเค้า เราต้องมาคุมอาหารให้ได้ออกกำลังกายทุกวัน” (ชาย 56 ปี C 1/7) แต่อย่างไรก็ดี ยังพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะมีการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น โดยเฉพาะก่อนพบแพทย์ตามนัด เพราะไม่ต้องการให้แพทย์ปรับยาเพิ่ม จึงขาดความต่อเนื่องในการดูแลตนเอง ดังคำกล่าว “อาทิตย์หน้าหมอนัด ยายจะคุมอาหารเป็นพิเศษจ้ะหนอยจนกว่าจะถึงวันที่จะไปหาหมอ จะได้ไม่ต้องเพิ่มตัวยาเพิ่มปริมาณยา” (หญิง 58 ปี C 2/5)

นอกจากนี้การเลือกใช้ชีวิตแบบยึดหยุ่น พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะไม่ให้ความสำคัญหรือพิถีพิถันในการดูแลตนเองแต่อย่างใด เพราะไม่มีอาการเจ็บป่วยที่รุนแรง จึงไม่รับรู้ถึงอันตรายที่อาจเกิดขึ้นหลังจากเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ดังคำกล่าว “ทุกวันนี้ ก็ไม่คุม

“ไม่อะไรสักอย่างกินตามปกตินี้แหละ อาการผิดปกติก็ไม่มีนะจ๊ะ แต่ไปวัดความดันก็ยังสูงอยู่นั่นแหละ”
(หญิง 60 ปี C 2/11)

3. การแสวงหาหรือใช้การรักษาทางเลือก เป็นการแสวงหาการรักษาที่นอกเหนือจากการรักษา
กับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้สมุนไพรทางเลือกที่สามารถซื้อหามารับประทานควบคู่กับยาแพทย์แผน
ปัจจุบัน ซึ่งตนเองก็ไม่ทราบแน่ชัดว่าสมุนไพรดังกล่าวจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้หรือไม่ เพียงแต่
รับประทานเพื่อให้รู้สึกอุ่นใจ ดังคำกล่าว “สมุนไพรดอกคำฝอย ผมไม่รู้หรอกว่าความดันมันลดมั๊ย แต่กิน
เพราะว่ามันไม่มีอันตรายคือกินเพื่อช่วยอีกแรงนึง แต่ยาหมอนี่คือห้ามขาด” (ชาย 37 ปี C 1/1) หรือผู้ให้
ข้อมูลบางรายที่ได้รับรู้คำโฆษณาชวนเชื่อจากสื่อต่าง ๆ หรือจากญาติที่เป็นผู้ขายถึงสรรพคุณของสมุนไพร
สำเร็จรูปบางชนิด จึงรู้สึกมั่นใจว่าจะช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ ดังคำกล่าว “สมุนไพรกาแฟถั่วขาว กิน
ไปกินมากี่ดื่นะ เวียนหัวก็หาย” (ชาย 53 ปี C 2/3) นอกจากสมุนไพรสำเร็จรูป ผู้ให้ข้อมูลบางรายได้นำพืช
ผักสวนครัวที่มีอยู่ภายในบ้านมาลองผิคลองดูจนแน่ใจว่าเป็นสูตรที่ช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ ดังคำ
กล่าว “น้ำมะตูมกับใบยอนะช่วยได้ มันจะไปคุมเกลือแร่ขับเลือดได้ดี ความดันจะต่ำลงอย่างไว คัมรวมกัน
อย่างละแก้วไป” (ชาย 56 ปี C 1/7)

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงสะท้อนมุมมองที่มีต่อโรคความดัน
โลหิตสูงว่าเป็นภัยเงียบที่เป็นอันตราย และไม่น่ากลัวเกิดขึ้นได้กับทุกคน จึงทำให้การดูแลตนเองแตกต่างกัน
กัน กล่าวคือ ผู้ให้ข้อมูลที่ทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นภัยเงียบที่อันตรายจะมีการปฏิบัติตัวที่เคร่งครัด
ในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีประสบการณ์ที่ได้เผชิญกับความรุนแรงของโรคมามาก่อน สอดคล้องกับการ
ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Blackstone et al. (2020) พบว่า ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อว่าโรค
ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรงสามารถฆ่าชีวิตของตนเองได้และการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ต้อง
ปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เพราะชีวิตของตนเองนั้นมีค่า จึงแตกต่างจากผู้ให้ข้อมูลที่ควบคุมไม่ได้ที่ทราบว่าโรค
ความดันโลหิตสูงไม่น่ากลัว ไม่ร้ายแรง ใคร ๆ ก็เป็นกัน สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ โดยที่ไม่ต้องทำอะไร
เป็นได้ก็หายได้ จึงไม่เคร่งครัดในการดูแลตนเอง ปลดปล่อยชีวิตให้เป็นไปตามปกติ

สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เป็น
ในครอบครัว สามารถถ่ายทอดได้ตามกรรมพันธุ์ อีกทั้งคุณลักษณะของแต่ละคน ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะ
ตัวของแต่ละบุคคล ได้แก่นิสัยที่ได้กระทำจนเคยชิน หรือแม้แต่การแสดงออกด้านอารมณ์ โดยพบว่า
ผู้ให้ข้อมูลมักเป็นคนที่มีความวิตกกังวลสูง และเครียดง่าย จึงส่งผลให้เจ็บป่วยด้วยโรคความดัน
โลหิตสูง โดยไม่รู้ตัว (นพพร วุฒิธรรม, 2562) นอกจากนี้ผู้ให้ข้อมูลยังคงมีพฤติกรรมในการเลือกชนิดอาหาร
ในรสชาติที่ตนเองชอบ โดยขาดการควบคุมรสชาติเค็มมัน และรับประทานอย่างไม่จำกัดปริมาณ ทำให้
ขาดความสมดุลของสารอาหาร ส่งผลให้ระดับความดันเพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มงคล
การุณย์งามพรรณ และสุภารัตน์ สุวารี (2559) พบว่าการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอาหาร

ที่มีเกลือโซเดียมสูง ไขมันสูง แต่แคลเซียม แมกนีเซียม และโพแทสเซียมต่ำ มีส่วนทำให้เกิดความดันโลหิตสูง จึงเห็นได้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงเป็นผลมาจากพฤติกรรมของผู้เป็นโรคนั่นเอง

นิสัยในการรับประทานอาหารเค็มมัน ถึงแม้ว่าผู้ให้ข้อมูลจะทราบว่ารับประทานอาหารเค็มมันส่งผลกระทบต่อระดับความดันโลหิต แต่ยังคงมีการเติมน้ำปลาหรือซีอิ๊วก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง เพราะเป็นความคุ้นชินกับรสชาติอาหารเค็มมัน และหากต้องรับประทานอาหารที่มีรสชาติจืดจะทำให้รับประทานอาหารไม่อร่อย ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นฤมล โชว์สูงเนิน และเกษราวัลณ์ นิลวรางกูร (2560) พบว่า คนวัยแรงงานไม่มีการชิมอาหารก่อนเติมเครื่องปรุงจำพวกน้ำปลา ซีอิ๊ว เพราะติดนิสัยการบริโภคอาหารเค็มมันมาตั้งแต่ครอบครัว และคิดว่าการรับประทานอาหารรสชาติเค็มมันไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ นอกจากนี้พบว่า ผู้ให้ข้อมูลต้องรับประทานอาหารตามที่ผู้อื่นกำหนดซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการเลือกชนิดของอาหารที่จะรับประทาน เพราะไม่ต้องการให้เกิดปัญหาครอบครัวตามมา ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะในบริบทของสังคมไทย แตกต่างกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Blackstone et al. (2020) พบว่า ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเหน็ดเหนื่อยจากการทำงานประจำจึงต้องรับประทานอาหารเท่าที่ซื้อหาได้ โดยไม่คำนึงถึงรสชาติอาหาร ดังนั้นการปรับเปลี่ยนนิสัยในการรับประทานอาหารเค็มมันจึงช่วยควบคุมระดับความดันโลหิตได้

การขาดความรู้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะรับรู้โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่เกิดขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เป็นได้ก็หายได้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Kang and Jeong (2020) พบว่า ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความเชื่อว่าความดันโลหิตสูงไม่ใช่โรค แต่เป็นความเสื่อมตามวัยและเกิดขึ้นเพียงชั่วคราวจึงไม่ตระหนักที่จะดูแลตนเอง อย่างไรก็ตามแม้ว่าในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจัดให้มีบริการตรวจรักษา และจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง แต่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงยังขาดความรู้ เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์มีเวลาน้อยที่จะอธิบาย และเปิดโอกาสให้ได้ซักถามข้อมูลอย่างกระจ่าง ดังนั้นผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงจึงอาศัยข้อมูลจากความเชื่อหรือข่าวสารที่คลาดเคลื่อนมาใช้ในการตัดสินใจที่จะดูแลตนเองทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง (สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย, 2562) นอกจากนี้การให้ความรู้ต้องคำนึงถึงความพร้อมที่จะรับฟังได้อย่างมีสติ สมาน และเป็นแบบรายบุคคลจึงจะส่งผลให้การดูแลตนเองในการลดความดันโลหิตมีประสิทธิภาพมากขึ้น (นุจรี อ่อนสัณ้อย และคณะ, 2560) การขาดความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้การดูแลตนเองไม่เหมาะสม

การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีความแตกต่างกัน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้จะไม่สามารถสังเกต และจัดการอาการผิดปกติของตนเองที่เกิดขึ้นได้ เพราะไม่ทราบว่าอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นแม้เพียงเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เป็นอาการผิดปกติที่ต้องได้รับการแก้ไข สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ Tan, Hassali, Neoh, and Saleem (2017) พบว่า ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจึงขาดการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เมื่อระยะเวลาผ่านไป ผู้ให้ข้อมูลจึงเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นร่วมกับการได้รับความรู้ที่

ถูกต้องทำให้สามารถสังเกต และจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิงนิจ เพชรรัตน์ และคณะ (2561) พบว่า เมื่อผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงได้รับความรู้ในการดูแลตนเองจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยการควบคุมอาหารที่มีรสชาติเค็มมัน การรับประทานยา การออกกำลังกาย การลดน้ำหนักตัว การงดดื่มสุรา และงดการสูบบุหรี่ รวมทั้งการผ่อนคลายความเครียด ดังนั้นการดูแลตนเองที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้จากการได้รับความรู้ที่ถูกต้องร่วมกับประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้เป็นโรค

การเลือกใช้ชีวิตแบบเคร่งครัดหรือยืดหยุ่นตามแนวการดูแลตนเองของโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้ให้ข้อมูลที่สามารถลดระดับความดันโลหิตได้จะมีความเคร่งครัดในการดูแลตนเอง เพราะได้เผชิญกับความรุนแรงของโรคมาแล้ว ซึ่งต้องอาศัยพลังใจ และความมีระเบียบวินัยอย่างมากในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปจากเดิม เช่น การควบคุมอาหารเค็มมัน การออกกำลังกายเป็นประจำ หรือแม้กระทั่งการรักษาจิตใจไม่ให้เครียด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพของ ปุลวิษฐ์ ทองแดง และจันจิรา แสงสว่าง (2557) พบว่า การที่ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะการควบคุมอาหารเค็มมันทำได้ยาก เพราะเป็นความคุ้นเคยที่ได้ปฏิบัติมาเป็นเวลานานจึงต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยน แต่อย่างไรก็ดียังพบว่าผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มักมีการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น โดยเฉพาะก่อนพบแพทย์ตามนัด เพราะไม่ต้องการให้แพทย์ปรับยาเพิ่ม ซึ่งมีได้เกิดขึ้นจากความตระหนักรู้ในการดูแลตนเองอย่างแท้จริงจึงขาดความต่อเนื่อง ประกอบกับอาการเจ็บป่วยไม่ได้รุนแรง และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผลข้างเคียงของยาที่กระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ปัสสาวะบ่อย (Kang & Jeong, 2020) ความเคร่งครัดในการดูแลตนเองจะนำไปสู่ความสำเร็จในการลดระดับความดันโลหิตได้

นอกจากนี้การเลือกใช้ชีวิตแบบยืดหยุ่นมักพบว่า ผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้มักมีความเชื่อผิด ๆ ว่าการรับประทานอาหารเค็มมันไม่ทำให้เกิดความผิดปกติขึ้นกับร่างกายของตนเองแต่ประการใด จึงยืดหยุ่น และตามใจตนเองที่จะรับประทานอาหารที่ตนเองชอบ ซึ่งมีเกลือโซเดียมในปริมาณสูง (Inamdar et al., 2020) ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงรูปแบบการให้ความรู้ให้เหมาะสมแก่ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงแต่ละราย เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อผิด ๆ เหล่านั้นให้ถูกต้องตามหลักวิชาการแพทย์ ซึ่งต้องผสมผสานวิธีการที่หลากหลาย รวมทั้งนำเทคโนโลยีมาใช้ให้เกิดประโยชน์ เช่น การใช้แอปพลิเคชันติดตามผลการให้ความรู้ และการติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลตนเอง จึงสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Janchai, Deoisres, & Chaimongkol, 2021) การเลือกใช้ชีวิตแบบยืดหยุ่นจึงเป็นการตามใจตนเองที่ทำให้โรคมีความรุนแรงขึ้น และก่อให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา

การแสวงหาหรือใช้การรักษาทางเลือก ผลการวิจัยพบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้แสวงหาการรักษาที่นอกเหนือจากการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน โดยใช้สมุนไพร แม้ว่าจะไม่ทราบถึงประสิทธิภาพที่ชัดเจนว่าสามารถลดระดับความดันโลหิตได้จริงหรือไม่แต่รับประทานเพื่อช่วยให้รู้สึกอุ่นใจ ทั้งนี้ต้องรับประทานควบคู่กับยาแพทย์แผนปัจจุบัน โดยมีวัตถุประสงค์คือลดระดับความดันโลหิต ซึ่งแตกต่างจากบริบทของ

ต่างประเทศ ดังเช่นการวิจัยเชิงคุณภาพของ Álvarez Najar, Valderrama Sanabria, and Peña Pita (2020) พบว่า ผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงรับประทานสมุนไพรพื้นบ้านควบคู่กับการรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน เพื่อจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากโรคความดันโลหิตสูง จึงเห็นได้ว่าคนไทยยังขาดความรู้ความเข้าใจ เรื่องอาการของโรคความดันโลหิตสูง ทำให้เพิกเฉยในการจัดการอาการที่เกิดขึ้นจนกระทั่งเกิดภาวะหลอดเลือดสมองแตกสำหรับผู้ให้ข้อมูลบางราย สอดคล้องกับการศึกษาของ นุจรี อ่อนสิน้อย และคณะ (2560) พบว่า คนไทยยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และอาการของโรคความดันโลหิตสูงไม่ดีพอ แม้ว่าจะได้รับความรู้จากบุคลากรสาธารณสุขในระดับหนึ่งแล้ว ดังนั้นการแสวงหาหรือใช้การรักษาทางเลือกจึงเป็นวิธีการที่ทั่วโลกใช้เหมือนกัน แต่แตกต่างกันตามวัตถุประสงค์ของการใช้

สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำแนกได้เป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1) มุมมองที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูงว่าเป็นภัยเงียบที่อันตรายและไม่น่ากลัวเกิดขึ้นได้กับทุกคน 2) สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคที่เป็นในครอบครัว และเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคอาหาร รวมถึงการขาดความรู้ และ 3) การดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีการดูแลตนเองโดยการสังเกต และจัดการอาการผิดปกติของตนเอง การเลือกใช้ชีวิตแบบเคร่งครัดหรือยืดหยุ่นตามแนวการดูแลตนเองของโรคความดันโลหิตสูง และการแสวงหาหรือใช้การรักษาทางเลือก

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการพยาบาล สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำ ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับโรค และการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ตลอดจนปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเอง นอกจากนี้ยังสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนช่วยเหลือผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสม

2. ด้านการศึกษา สามารถนำข้อมูลพื้นฐานที่ได้ไปใช้ประกอบการเรียนการสอนแก่นักศึกษายาบาล เพื่อให้เข้าใจถึงมุมมองที่มีต่อโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และการดูแลตนเองของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่เกิดจากแก่นแท้ของปัญหาอย่างแท้จริงจากประสบการณ์ตรงของผู้เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ได้สะท้อนออกมาเป็นคำพูด นำไปสู่การวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุมแบบองค์รวม

3. ด้านการวิจัย เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุลที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และขอบคุณผู้ให้ข้อมูลทุกคนที่ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ.2562*. สืบค้นจาก [https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistical%20 thailand2562.pdf](https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistical%20thailand2562.pdf)
- คณินิจ เพชรรัตน์, สัญญา ปงลังกา, และจุฑามาส กิตติศรี. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลและระบบสนับสนุน และให้ความรู้ต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง และการควบคุมความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 45(1), 37-49.
- ชวลิต โชติเรืองนภา, และวีรณัฐ รอบสันติสุข. (2562). โรคความดันโลหิตสูง. ใน วันชัย เดชสมถะทิพย์, วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ, ปวีณา เชี่ยวชาญวิศวกิจ, รัตนา ชวนะสุนทรพจน์, เอกพันธ์ ครุพงศ์, และอนุภพ จิตต์เมือง (บรรณาธิการ), *การรักษาต่อเนื่องทางอายุรศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 2)* (หน้า 161-187). กรุงเทพฯ: พรินท์เอเบิล.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2562). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 8). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทอดศักดิ์ ใจว่อง. (2562). *การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบวระเหว จังหวัดชัยภูมิ* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทฉบับที่ 161-187). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม.
- นฤมล โชว์สูงเนิน, และเกษราวัลณ์ นิลวรานกุล. (2560). การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของคนวัยแรงงานเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 23(2), 107-120.
- นพพร วุฒิชรรณ. (2562). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการควบคุมระดับความดันในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *พยาบาลสาร*, 46(4), 173-182.
- นิสา ชูโต. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: พรินต์โพร.
- นุจรี อ่อนสิน้อย, ยุวดี ลีลคณาวิระ, และชนัญชิดาคุชฎี ทูลศิริ. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันความดันโลหิตสูงในกลุ่มประชาชนที่มีภาวะก่อนเป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลสงขลา นครินทร์*, 37(1), 63-74.
- ปณิดา ลิ้มปะวัฒน์, และวิชัย เส้นทอง. (2563). Hypertension. ใน ทวี ศิริวงศ์, กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ, ปณิดา ลิ้มปะวัฒน์, และสิทธิชัย คำไสย (บรรณาธิการ), *คู่มือเวชศาสตร์ผู้ป่วยนอก (พิมพ์ครั้งที่ 6)* (หน้า 120-125). ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปลุวิชัย ทองแดง, และจันทร์จิรา สีสว่าง. (2557). ประสบการณ์ชีวิตของผู้สูงอายุไทยที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 288-295.

- พนิตนันท์ พรหมคำ. (2565). แนวคิดแรงจูงใจในการรักษาโรค: การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน. *วารสารการพยาบาล*, 24(2), 110-122.
- มงคล การณย์งามพรรณ, และสุภารัตน์ สุวารี. (2559). เสริมสร้างพลังอำนาจในตน ลดความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง: บทบาทสำคัญของพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 36(3), 222-233.
- สมฤดี คีนวนพะเนา, วัลภา คุณทรงเกียรติ, และสุภาภรณ์ ค้วงแพง. (2557). ประสบการณ์ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเรื้อรัง. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(2), 52-64.
- สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. (2562). *แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป*. สืบค้นจาก http://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?n_id=442
- Álvarez Najjar, J. P., Valderrama Sanabria, M. L., & Peña Pita, A. P. (2020). Report of the Experience of Living with High Blood Pressure in Light of the Theory of Caring. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 38(2), e10.
- Blackstone, S., Iwelunmor, J., Plange-Rhule, J., Gyamfi, J., Quakyi, N. K., Ntim, M., ... & Ogedegbe, G. (2019). 'I believe high blood pressure can kill me: 'using the PEN-3 cultural model to understand patients' perceptions of an intervention to control hypertension in Ghana. *Ethnicity & Health*, 24(3), 257-270.
- Inamdar, S., Inamdar, M., Runa, L., Gupta, H., Wavarel, R. R., & Deshpande, A. R. (2020). The habitual additional sodium intake among hypertensive patients visiting a tertiary health-care center, Indore, Madhya Pradesh. *Indian Journal of Community Medicine*, 45(4), 435-439.
- Janchai, N., Deoisres, W., & Chaimongkol, N. (2021). A Improving health literacy using the health education and health empowerment program in Thai adults with uncontrolled hypertension: a randomized controlled trail. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(4), 600-613.
- Kang, J., & Jeong, Y. J. (2020). Psychological resistance to drug therapy in patients with hypertension: A qualitative thematic analysis. *Korean Journal of Adult Nursing*, 32(2), 124-133.
- Liamputtong, P. (2020). *Qualitative research methods* (5th ed.). Docklands, Vic: Oxford University Press.
- Tan, C. S., Hassali, M. A., Neoh, C. F., & Saleem, F. (2017). A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and hypertension management at the community level. *Pharmacy Practice (Granada)*, 15(4), 1-11.

วิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน และการรักษาพยาบาลขั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

อารีรัตน์ เปสูงเนิน, พย.ม.^{1*}

นฤมล เปรมาสวัสดิ์, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 3 มีนาคม 2565; วันที่แก้ไข: 10 พฤษภาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 14 พฤษภาคม 2565)

บทคัดย่อ

วิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดขั้นตอนหนึ่งของ กระบวนการวินิจฉัยชุมชน ทั้งนี้ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ได้จัดการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติเรื่อง วิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหา สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เพื่อพัฒนาทักษะการทำงานในชุมชน แต่ในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานพบว่านักศึกษาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ยากเมื่อปัญหาแต่ละปัญหามีคะแนนใกล้เคียงกัน ซึ่งทำให้ถูกจัดอยู่ในลำดับเดียวกัน ยิ่งไปกว่านั้นระหว่างที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ในแหล่งฝึกพบว่านักศึกษาไม่สามารถเก็บข้อมูลเพื่อประกอบการวินิจฉัยชุมชนได้อย่างครอบคลุม ดังนั้นภาควิชาฯ จึงได้ปรับแผนการฝึกโดยจัดให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานในชุมชนที่มีขนาดเล็กลง และพัฒนารูปแบบการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยใช้ชื่อว่า วิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ซึ่งเน้นการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจแก้ไขปัญหาของตนเอง วิธีนี้สามารถใช้ในชุมชนที่มีขนาดไม่ใหญ่มาก จึงเหมาะสำหรับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลพี่เลี้ยงเมื่อฝึกปฏิบัติงานด้านการวินิจฉัยชุมชน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ซึ่งมีเกณฑ์พิจารณา 4 เกณฑ์คือ คือ 1.ขนาดของปัญหา 2.ความรุนแรงของปัญหา 3.ความยากง่ายต่อการแก้ปัญหา และ 4.ความตระหนักในการแก้ปัญหาของประชาชน

คำสำคัญ:การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา, การวินิจฉัยชุมชน, วิธีของภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลขั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

¹ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: อารีรัตน์ เปสูงเนิน, อีเมล: areerat@knc.ac.th

Problem Prioritization Methods of the Department of Community Health Nursing and Primary Medical Care Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima

Areerat Pesungnoen, M.N.S..^{1*}

Narumol Premmasawat, M.N.S..²

(Received: March 3rd, 2022; Revised: May 10th, 2022; Accepted: May 14th, 2022)

Abstract

Prioritizing problems is one of the most important steps of *community diagnosis*. The Department of Community Health Nursing and Primary Medical Care Nursing offers a course in *community diagnosis* for the fourth year nursing students having both theoretic and practical components to develop and improve the skills needed for working with a community. However, during their practicums, we have noticed that it is difficult for students to prioritize problems when they have similar scores. Consequently, several problems get categorized into one level. Moreover, during the coronavirus disease 2019 pandemic situation, the students have been unable to collect enough data from the communities to conduct community diagnosis. Therefore, the department had to adjust the plan for the practicums by assigning students to smaller communities and developing a method for prioritizing problems called The Problem Prioritization Methods of the Department of Community Health Nursing and Primary Medical Care Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima (CHN-NR Method). The prominent feature of this method is that it emphasizes the participation of the community members in determining how to solve their own problems. The CHN-NR Method works well when applied to a smaller community, making it suitable for use by nursing students and nurse preceptors for the revised *community diagnosis* practicum. The objective of this article is to present the CHN-NR Method which evaluates four criteria, including: 1. the size of problem 2. the severity of the problem, 3. the feasibility of solving the problems of people in the community, and 4. the community's concerns.

Keywords: priority of problems, community diagnosis, CHN-NR Method

¹ Registered Nurse, Practitioner Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Areerat Pesungnoen, Email: areerat@knc.ac.th

บทนำ

การวินิจฉัยชุมชน (Community diagnosis) หมายถึง การระบุปัญหาและภาวะสุขภาพของชุมชนด้วยการกำหนดข้อความที่บอกถึงสุขภาพชุมชน โดยใช้ข้อมูลที่รวบรวมได้จากชุมชนไปวิเคราะห์ เปรียบเทียบตามเกณฑ์ตัวชี้วัด (เดชา ทำดี, วชิระ สุริยะวงศ์, และนพมาศ ศรีเพชรวรรณดี, 2563) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่ทำการหลังจากการประเมินภาวะสุขภาพชุมชน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์และนำเสนอและร่วมกันระบุปัญหา เพื่อนำไปสู่การวางแผนในการแก้ไขปัญหาต่อไป ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลชั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมาได้จัดการเรียนการสอนเรื่องการวินิจฉัยชุมชนให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญในการดำเนินงานอนามัยชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการร่วมพัฒนาและจัดการกับปัญหา โดยมีเป้าหมายในการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและสุขภาพที่ดีของประชาชน การที่จะระบุปัญหาสุขภาพได้นั้นต้องทราบดัชนีชี้วัดสุขภาพของชุมชนทั้งจากภาครัฐและภาคชุมชน โดยตัวชี้วัดจากภาครัฐ ได้แก่ เป้าหมายแผนงานต่างๆ หรือความจำเป็นพื้นฐานของชุมชนในขณะนั้น เป็นต้น ส่วนตัวชี้วัดภาคชุมชน เช่น การให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการกำหนดดัชนีที่จะระบุปัญหาของชุมชนผ่านการสร้างภาพฝันชุมชนที่ปรารถนา ทั้งนี้การระบุปัญหาและความต้องการที่เหมาะสมจะต้องสอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชนจึงจะทำให้ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา โดยเมื่อมีการระบุปัญหาของชุมชนทั้งหมดแล้วจะต้องนำปัญหาเหล่านั้นมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาต่อไป

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการวินิจฉัยชุมชนที่มีความสำคัญในการค้นหาปัญหาชุมชน (ศิวพร อังวัฒนา, 2560) เพราะเป็นการนำปัญหาที่ได้ระบุไว้ มาจัดอันดับเพื่อเลือกปัญหาที่มีความสำคัญ จำเป็นและเร่งด่วนที่สุดในการแก้ไข ซึ่งหัวใจสำคัญในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาคือ การมีส่วนร่วมของประชาชน ดังนั้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมนี้จึงควรเป็นตัวแทนของประชาชนทุกกลุ่มวัย ทุกอาชีพ และองค์กรต่างๆ ในชุมชน โดยเมื่อได้ปัญหาที่มีความจำเป็นและเร่งด่วนในการแก้ไขแล้วต้องทำการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาโดยใช้ข้อมูลของชุมชนและหลักการทางระบาดวิทยาเพื่อให้ทราบสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา การจัดลำดับความสำคัญของปัญหานี้สามารถทำได้หลายวิธี เช่น วิธีการของแสนลอน วิธีของกระบวนการกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์หาคู่อันดับ วิธีของภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และวิธีการ 5D เป็นต้น ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดี หรือข้อจำกัดแตกต่างกันไป

บทความนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอวิธีการและประสบการณ์การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาฯ ที่มีการประยุกต์รูปแบบการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลในพื้นที่ชุมชนขนาดเล็ก โดยใช้ชื่อว่า วิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลชั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (Department of Community Health Nursing, Nakhon Ratchasima Method [CHN-NR Method])

ความสำคัญของการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ในชุมชนแต่ละแห่งอาจพบปัญหาสุขภาพหรือปัญหาด้านความเป็นอยู่หลายปัญหา แต่ละปัญหา ก็อาจมีสาเหตุและความสลับซับซ้อนแตกต่างกัน ซึ่งพยาบาลอนามัยชุมชนไม่สามารถดำเนินการแก้ไข ปัญหาที่มีอยู่ทั้งหมดได้ในเวลาเดียวกัน เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านเวลาและทรัพยากรที่มี (Sousa et al., 2017) ดังนั้นจึงต้องมีการตัดสินใจเลือกปัญหาที่มีอยู่มาพิจารณาให้เห็นความสำคัญว่าปัญหาใดมีความจำเป็น และเร่งด่วนที่ต้องแก้ไขทันที ปัญหาใดสามารถชะลอไว้แก้ไขได้ในภายหลัง โดยต้องใช้หลักเกณฑ์และ องค์ประกอบในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลและเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ซึ่งเรียกวิธีการ นี้ว่า การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสำคัญที่อาจเกิดปัญหาได้จึงต้อง ดำเนินการด้วยความละเอียดและรอบคอบ การฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน จึงจำเป็นต้องมี ทักษะและความเข้าใจในการดำเนินงานอนามัยชุมชน (บุญชัย ภาละกาล, 2557) โดยเฉพาะการเรียนรู้ เรื่องวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเพื่อเลือกตัดสินใจแก้ไขปัญหาในชุมชนได้อย่างถูกต้องและ เหมาะสม และเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติงานของพยาบาลชุมชนในอนาคตต่อไป

วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสามารถทำได้หลายวิธี การจะเลือกใช้วิธีใดนั้นอาจพิจารณา จากนโยบายหรือบริบทของแต่ละพื้นที่ ซึ่งวิธีที่นิยมใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ วิธีการของแฮนลอน วิธีของ กระบวนการกลุ่ม วิธีการวิเคราะห์หาคู่อันดับ วิธีของภาควิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และวิธีการ 5D ซึ่งแต่ละวิธีมีความแตกต่าง ดังต่อไปนี้

1. วิธีการของแฮนลอน (John J. Hanlon)

วิธีนี้เหมาะกับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาระดับนโยบาย แต่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในการ จัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชนขนาดใหญ่ได้ (เฉชา ทำดี และวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์, 2555; Issel & Wells, 2018) ซึ่งมีวิธีการพิจารณาความสำคัญของปัญหาจาก 4 องค์ประกอบคือ

1.1 องค์ประกอบ A ขนาดของปัญหา (Size of problem) หมายถึง จำนวนประชากรของชุมชน ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา คือมีจำนวนคนป่วยมากหรือเกิดปัญหามากย่อมได้รับความสำคัญมาก โดยทั่วไปจะพิจารณาจากอัตราป่วยและอัตราตาย ขนาดปัญหาจะมีคะแนนอยู่ระหว่าง 0-10 โดยแบ่งคะแนน ตามช่วงร้อยละ ช่วงอัตราหรือช่วงจำนวน ปัญหาใดมีผลกระทบกับประชาชนมากคะแนนจะสูงมาก

1.2 องค์ประกอบ B ความรุนแรงของปัญหา (Severity or Seriousness of problem) หมายถึง ความเร่งด่วน ความร้ายแรง การสูญเสียทางเศรษฐกิจและความเกี่ยวข้องของคนกับปัญหา ปัญหาที่มีความ รุนแรงสูงคะแนนจะมาก คะแนนอยู่ระหว่าง 0-20 และแต่ละปัจจัยมีคะแนนเท่ากับ 5 คะแนน

1.3 องค์ประกอบ C การคาดคะเนถึงประสิทธิผลของแนวทางแก้ปัญหา (Effectiveness of the intervention) หมายถึง ความเป็นไปได้ของวิธีการที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหา ปัญหาใดมีวิธีการแก้ไขที่ เหมาะสมคะแนนจะสูง โดยค่าคะแนน อยู่ระหว่าง 0 – 10

1.4 องค์ประกอบ D ข้อจำกัด (Limitation) หมายถึง ปัจจัยกำหนดความสำเร็จของโครงการ ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่และในระยะเวลาที่จำกัด โดยแต่ละปัจจัยมีคะแนนเป็น 0 หรือ 1 ซึ่งพิจารณาปัจจัย 5 ประการ คือ ความเหมาะสมของโครงการ (Propriety : P), ค่าใช้จ่ายในโครงการ (Economics : E), การยอมรับโครงการ (Acceptability : A), ทรัพยากรในโครงการ (Resource : R) และความเป็นไปได้ทางกฎหมาย (Legality : L) การคำนวณองค์ประกอบ D ให้นำคะแนนแต่ละปัจจัย (PEARL) มาคูณกัน ดังนั้นหากคะแนนปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเป็น 0 จะทำให้องค์ประกอบ D มีค่าเป็น 0 คำนวณโดย

$$1. \text{ Basic priority setting} = \frac{(A+B) C}{3}$$

3

$$2. \text{ Overall priority setting} = \frac{(A+B) C \times D}{3}$$

3

การจัดลำดับวิธีนี้มีเกณฑ์การให้คะแนนในแต่ละองค์ประกอบชัดเจน ข้อจำกัดคือ องค์ประกอบ D ถ้าคะแนนแต่ละปัจจัย คำนวณแล้วได้ 0 เมื่อแทนค่าในสูตรก็จะมีค่าเป็น 0 ทั้งที่ปัญหานั้นอาจเป็นปัญหาที่สำคัญ ซึ่งไม่เหมาะกับการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา เนื่องจากชุมชนมีขนาดเล็ก

2. วิธีของกระบวนการกลุ่ม (Nominal Group Process)

วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาวิธีนี้ มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนตัดสินใจเลือกแก้ปัญหาด้วยตนเองตามลำดับความสำคัญก่อนหลังตามความเห็นหรือความต้องการของชุมชน (สิวพร อึ้งวัฒนา, 2560) เช่น ความสำคัญของปัญหาหรือผลกระทบของปัญหาต่อชุมชน โดยนำขนาดของปัญหาหรือความรุนแรงของปัญหามาอภิปรายร่วมกับชุมชน ผลดีผลเสียในการดำเนินงาน และความสามารถของชุมชนในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา (ฉิชาภัทร ชันสาคร, 2561) ข้อดีสำหรับวิธีนี้คือ ประชาชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา แต่บางปัญหาที่ได้อาจเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ เช่น ปัญหาไฟฟ้า น้ำประปา เป็นต้น วิธีนี้จึงค่อนข้างมีข้อจำกัดกับการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา

3. วิธีการวิเคราะห์หาจุดอันดับ (Quadrant analysis)

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดวิเคราะห์ค่าคู่อันดับ ซึ่งประชาชนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ได้ด้วยตนเอง (พรฤดี นิธิรัตน์ และสายใจ จารุจิตร, 2559; Boxmeer & Thessenvitz, 2010) วิธีนี้เป็นการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาภายใต้เงื่อนไข 2 ประการที่ชุมชนเห็นว่าเป็นเงื่อนไขสำคัญในการตัดสินใจว่าจะเลือกแก้ไขปัญหาใด เช่น ความสำคัญ กับ ความเร่งด่วน ความสำคัญ กับ ความเป็นไปได้ในการแก้ไข ปัญหา ประโยชน์ที่จะได้รับกับสิ่งที่ต้องสูญเสีย เป็นต้น โดยแต่ละเงื่อนไขจะถูกแบ่งค่าเป็น 2 ระดับ คือ สูงกับต่ำ หรือมากกับน้อย จากนั้นต้องทำตารางคู่อันดับ วิเคราะห์ปัญหาของชุมชนแต่ละปัญหา และแปลผลการจัดลำดับดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตัวอย่างตารางการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ตามวิธีการวิเคราะห์หาคู่อันดับ

	ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา (+)	ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา (-)
สำคัญมาก (+)	ควรบริหารจัดการแก้ไขปัญหา	ให้ชะลอก่อน รอคอยความพร้อมในการแก้ไขปัญหาก็จะทำทันทีเมื่อพร้อม
สำคัญน้อย (-)	ควรหลีกเลี่ยงที่จะแก้ไขปัญห เพราะเกิดประโยชน์ไม่คุ้มค่า	ไม่แก้ไขปัญหาละเลยจะดีกว่า

วิธีการวิเคราะห์หาคู่อันดับทำได้ง่าย ไม่ต้องใช้ความรู้มาก ประชาชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาที่มีความเร่งด่วนต้องรีบแก้ไขได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อพิจารณาเกณฑ์การแก้ปัญหาก็พบว่าสิ่งที่เป็นเงื่อนไขในการพิจารณาได้เพียง 2 เงื่อนไขเท่านั้น ซึ่งถ้าชุมชนมีเงื่อนไขอื่นเพิ่มก็จะเป็นการใช้วิธีนี้ได้

4. วิธีของภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาวิธีนี้นิยมมากในปัจจุบัน เนื่องจากมีหลักเกณฑ์ที่ง่าย คำนวณเป็นคะแนนได้ไม่ซับซ้อน (ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539) หลักเกณฑ์ที่ใช้พิจารณา ได้แก่

4.1 ขนาดของปัญหา (Size of problem) พิจารณาปัญหาจากจำนวนผู้ป่วย การแพร่กระจายของโรค ใช้เป็นอัตราร้อยละ คิดคะแนนดังนี้ น้อยกว่าร้อยละ 25 (1 คะแนน) ร้อยละ 26-50 (2 คะแนน) ร้อยละ 51-75 (3 คะแนน) ร้อยละ 76-100 (4 คะแนน)

4.2 ความรุนแรงของปัญหา (Severity of problem) พิจารณาว่าปัญหานั้นมีอัตราตายหรือความพิการทำให้เกิดผลเสียกับครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ โดยพิจารณาความรุนแรงได้ดังนี้ มีความรุนแรงเล็กน้อย 0-25 (1 คะแนน) มีอันตราย พิจารณา 26-50 (2 คะแนน) มีอัตราตายสูง 51-75 (3 คะแนน) ตายทุกราย 76-100 (4 คะแนน)

4.3 องค์กรประกอบความยากง่ายในการแก้ปัญหา (Feasibility) พิจารณาจากด้านวิชาการ มีความรู้ด้านวิชาการที่จะนำมาใช้ในการแก้ปัญหาได้หรือไม่ ด้านทรัพยากร พิจารณาจากบุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และวิธีการดำเนินงาน รวมทั้งนโยบายของผู้บริหาร ด้านระยะเวลา ด้านกฎหมาย ดูวิธีการแก้ปัญหาว่าขัดกับกฎหมายหรือไม่ ด้านศีลธรรม ดูว่าการแก้ปัญหาคิดกับจริยธรรมหรือไม่ จากนั้นนำแต่ละองค์ประกอบมาพิจารณาปัญหา คือ ยากมาก (1 คะแนน) ยาก (2 คะแนน) ง่าย (3 คะแนน) และง่ายมาก (4 คะแนน)

4.4 ความสามารถหรือความร่วมมือของชุมชน (Community concern) เป็นความร่วมมือของชุมชน ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหาอย่างไร พิจารณาจากความสนใจในการแก้ไขปัญหาชุมชนแล้วให้คะแนนดังนี้ สนใจแก้ปัญหา ร้อยละ 0-25 (1 คะแนน) ร้อยละ 26-50 (2 คะแนน) ร้อยละ 51-75 (3 คะแนน) ร้อยละ 76-100 (4 คะแนน) เมื่อให้คะแนนปัญหาต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์จนครบทุกปัญหาแล้ว ให้รวมคะแนนโดยวิธีการบวกหรือวิธีการคูณก็ได้ แต่จะนิยมใช้วิธีการคูณมากกว่าเนื่องจากทำให้เห็น

ความแตกต่างของคะแนนในแต่ละปัญหาชัดเจนกว่าวิธีการบอก การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาวิธีนี้มีข้อดี คือมีเกณฑ์การพิจารณาให้คะแนนที่ละเอียด สามารถให้คะแนนได้ง่าย แต่เมื่อนำมาประยุกต์ใช้ในชุมชนขนาดเล็กที่นักศึกษาฝึกปฏิบัติงานและเป็นชุมชนที่มีหลายปัญหาพบว่าปัญหาหลายปัญหามีคะแนนซ้ำซ้อน จึงทำให้การตัดสินใจเลือกปัญหาที่จะแก้ไขได้ยาก

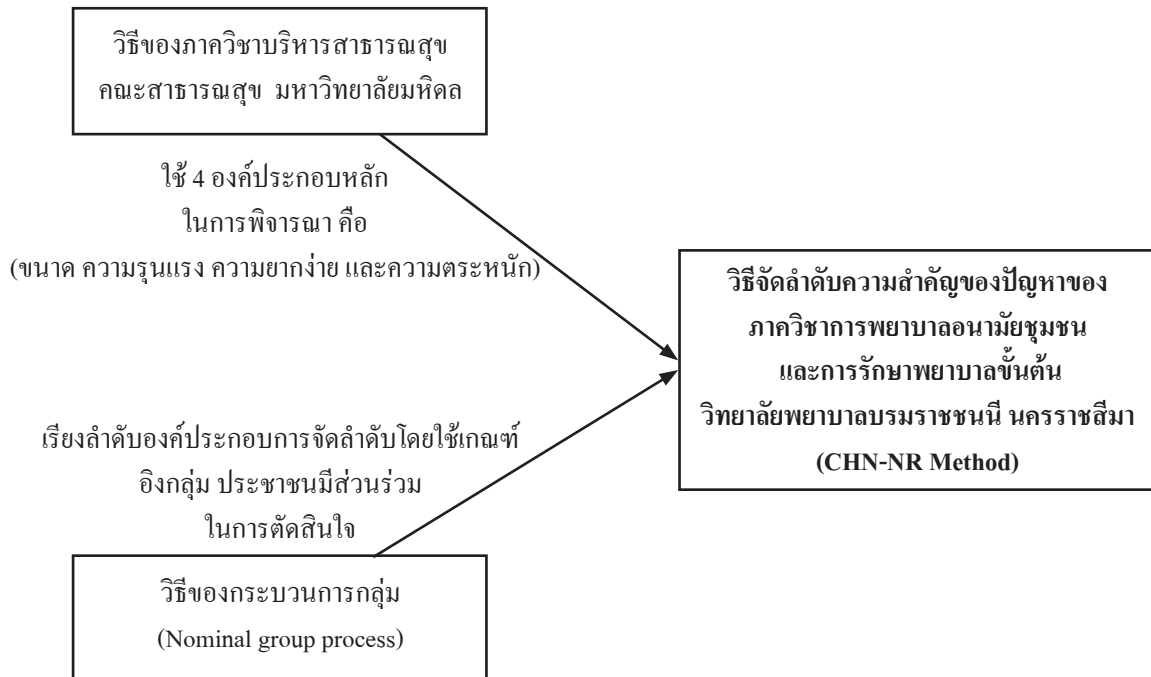
5. วิธีการของ 5 D

วิธีการ 5 D เป็นการจัดลำดับโดยใช้การศึกษาทางระบาดวิทยา ซึ่งมีเกณฑ์การพิจารณา ได้แก่ 1. Death คือ พิจารณาจากอัตราการตายที่เกิดจากปัญหานั้น ๆ ในชุมชน 2. Disability คือ พิจารณาจากจำนวนผู้พิการ หรือแนวโน้มของการเกิดปัญหาความพิการในชุมชน 3. Disease คือ พิจารณาอัตราป่วยด้วยปัญหานั้น ๆ ในชุมชน 4. Discomfort คือ พิจารณาจากการบอกลำบากของประชาชนถึงความรู้สึกไม่สบาย และการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และ 5. Dissatisfaction คือ พิจารณาจากการบอกลำบากของประชาชนถึงความไม่พึงพอใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน และมีความต้องการที่จะแก้ไขปัญหานั้น (เดชา ทาคี และคณะ, 2563)

วิธีนี้ประชาชนได้แสดงความต้องการในการแก้ไขปัญห องค์กรประกอบแต่ละส่วนมีความชัดเจนนำไปประยุกต์ใช้ง่ายกับองค์ประกอบอื่น อาจมีข้อจำกัดในการให้คะแนน บางกรณีเป็นความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ ทำให้ปัญหาที่ได้ไม่ตรงกับความต้องการของชุมชน นอกจากนี้ Dissatisfaction และ Discomfort เป็นเกณฑ์วัดที่ยากเพราะเป็นความรู้สึกของประชาชน การรับรู้และความตระหนักของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน อาจทำให้การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาไม่ชัดเจน

6. วิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนและการรักษาพยาบาลชั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา (CHN-NR Method)

จากข้อมูลการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาแต่ละวิธี มีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ผู้เขียนและอาจารย์ในภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชนฯ จึงมีการวิเคราะห์รูปแบบการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาวิธีต่าง ๆ และถอดบทเรียนประสบการณ์การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในชุมชนของนักศึกษาพยาบาล ร่วมประชุมกับอาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกเพื่อนำประสบการณ์ที่ได้มาวางแผนพูดคุยและประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน ซึ่งประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดลำดับจากวิธีของภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2539) โดยใช้องค์ประกอบในการพิจารณา 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ขนาดของปัญหา, ความรุนแรงของปัญหา, ความยากง่ายในการแก้ปัญหา และความตระหนักในการแก้ปัญหของชุมชนร่วมกับวิธีของกระบวนการกลุ่ม (Nominal group process) ในการจัดอันดับและค่าคะแนนของทั้ง 4 องค์ประกอบแบบอิงกลุ่ม โดยเรียงค่าคะแนนตามจำนวนปัญหาที่พบและใช้หลักการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเกณฑ์การพิจารณาของทั้ง 4 องค์ประกอบขึ้นใหม่ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษา ดังแสดงในภาพที่ 1 มีรายละเอียดการพิจารณาองค์ประกอบดังต่อไปนี้



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของ CHN-NR Method

6.1 ขนาดของปัญหา (Size of problem)

ขนาดของปัญหา คือ การหาช่องว่างระหว่างดัชนีตัวชี้วัดกับข้อมูลที่ชุมชนมีอยู่ (สิ่งที่ควรจะเป็น - สิ่งที่เป็นอยู่) และใช้ระบบอิงกลุ่ม ปัญหาที่มีขนาดใหญ่ที่สุดระยะห่างมากแสดงว่าเป็นปัญหามหาใหญ่ที่สุดจะเป็นปัญหาอันดับที่ 1 และได้คะแนนสูงสุด ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งขั้นตอนวิธีการหาขนาดของปัญหามีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเขียนปัญหา ควรเป็นข้อมูลเชิงลบ (เขียนให้เป็นปัญหา) เกณฑ์และผลการสำรวจต้องปรับเป็นจำนวนเชิงลบเช่นกัน จากนั้นนำเกณฑ์ตัวชี้วัดลบกับผลสำรวจจะได้ระยะห่าง

ขั้นตอนที่ 2 การหาระยะห่างระหว่างเกณฑ์ตัวชี้วัดและผลสำรวจ สามารถลบเลขเพื่อหาระยะห่างได้เลย โดยไม่คำนึงถึงว่าระยะห่างจะเป็นบวกหรือลบ

ขั้นตอนที่ 3 การจัดลำดับค่าคะแนนขึ้นกับจำนวนปัญหาที่พบ ถ้ามี 10 ปัญหา ก็จะมีลำดับตั้งแต่ 1-10 ค่าคะแนนก็เรียงตั้งแต่ 1-10 เช่นเดียวกัน ในกรณีที่ลำดับหรือค่าคะแนนซ้ำกัน ให้ข้ามขั้นนั้นไป แล้วนับต่อได้เลย เช่น ลำดับที่ 2 ซ้ำกัน 2 ปัญหา การเขียนลำดับขนาดของปัญหาก็จะมี 1, 2, 2, 4, 5 เป็นต้น

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการหาขนาดของปัญหา

ปัญหา	สิ่งที่ควรเป็น (เกณฑ์)	สิ่งที่เป็นอย่าง (ผลสำรวจ)	ความ ห่าง	ลำดับ	ค่าคะแนน
1. ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่	13	14.87	1.87	4	1
2. ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน	40	53	13	3	2
3. ครรภ์เรื้อรังกำจัดการคลอดโดยไม่ถูกวิธี	5	20	15	2	3
4. ครรภ์เรื้อรังไม่เป็นสมาชิกเพื่อเก็บออม	10	100	90	1	4

6.2 ความรุนแรงของปัญหา (Severity or Seriousness of Problem)

ความรุนแรงของปัญหา คือ ความเร่งด่วนของปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไข ถ้าทิ้งไว้จะเกิดความเสียหายส่งผลกระทบต่อร้ายแรง ซึ่งมีเกณฑ์ในการพิจารณา 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การตาย การป่วย ธรรมชาติของปัญหา และวิถีชุมชนสนับสนุนความรุนแรงของปัญหา คะแนนเต็มแต่ละองค์ประกอบจะต่างกัน พิจารณาจากความสูญเสีย ถ้าปัญหามีความรุนแรงจะได้คะแนนมาก และมีข้อมูลวิถีชุมชนที่สนับสนุนให้ปัญหานั้น ๆ รุนแรงมากขึ้นหรือไม่ นอกจากนี้ควรพิจารณาธรรมชาติของปัญหา ถ้าปัญหาใดมีผลที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนนั้นมาก ปัญหานั้นจะได้คะแนนสูง และปัญหาใดมีผลกระทบจริงในชุมชนนั้นน้อย ปัญหานั้นจะได้คะแนนต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยวิธีการหาความรุนแรงของปัญหามี 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเขียนข้อมูลความรุนแรง เริ่มจากการเขียนถึงความรุนแรงของข้อมูลนั้น ๆ ที่เรากล่าวถึง ต้องใช้ข้อมูลในชุมชนทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลคุณภาพมาเขียนเป็นเหตุผลสนับสนุนข้อมูลความรุนแรงของแต่ละปัญหา และเขียนบรรยายตามเกณฑ์การพิจารณาให้ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน พิจารณาได้ดังนี้

1. ปัญหาที่มีการตายเกิดขึ้น พิจารณาให้คะแนนความรุนแรง 3 คะแนน ไม่ขึ้นอยู่จำนวนคนตาย
2. ปัญหาที่มีการป่วย แบ่งเป็น 3 ระดับคะแนน คือ ป่วยเข้าโรงพยาบาล มีความพิการ ป่วยรุนแรง (3 คะแนน) ป่วยเล็กน้อยไปพบแพทย์แต่ไม่นอนโรงพยาบาล (2 คะแนน) และป่วยเล็กน้อยสามารถดูแลตนเองได้ (1 คะแนน)
3. เขียนอธิบายถึงวิถีชุมชนในชุมชนนั้น ๆ สนับสนุนให้ปัญหาเกิดความรุนแรงมากขึ้นหรือไม่ ถ้าวิถีชุมชนสนับสนุนให้เกิดความรุนแรง ร้อยละ 0-33 (1 คะแนน) ร้อยละ 34-66 (2 คะแนน) ร้อยละ 67-100 (3 คะแนน)
4. เขียนอธิบายให้เห็นธรรมชาติของตัวปัญหาเองส่งผลให้เกิดความรุนแรงมากขึ้นเพียงใด ถ้าธรรมชาติของปัญหา เกิดแล้วไม่รุนแรง (1 คะแนน) เกิดแล้วเสี่ยงต่อการป่วย หรือมีผลกระทบอื่น ๆ เล็กน้อย (2 คะแนน) ปัญหาที่เกิดแล้วอาจส่งผลให้เสียชีวิตหรือถ้าไม่เร่งแก้ไขจะส่งผลกระทบเป็นวงกว้าง (3 คะแนน)

ขั้นตอนที่ 2 การให้คะแนนโดยแบ่งเป็นช่อง 1, 2, 3 และ 4 แทน ป่วย ตาย วิธีชุมชนสนับสนุนความรุนแรง และธรรมชาติของปัญหา เพื่อให้ง่ายต่อการให้คะแนนและเข้าใจเหตุผลของคะแนนที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 ตัวอย่างตารางการคิดคะแนนความรุนแรงของปัญหา

เกณฑ์พิจารณาความรุนแรงของปัญหา

- (1) ตาย คะแนนเต็ม 3 คะแนน (2) ป่วย คะแนนเต็ม 3 คะแนน
(3) วิธีชุมชนสนับสนุนปัญหา คะแนนเต็ม 3 คะแนน (4) โดยธรรมชาติของปัญหาคะแนนเต็ม 3 คะแนน

ปัญหา	ข้อมูลความรุนแรง	1	2	3	4	รวม	อันดับ	ค่าคะแนน
1. ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่								
2. ประชากรอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน								
3. ครรภ์เรื้อรังกำจัดการคลอดไม่ถูกวิธี								
4. ครรภ์เรื้อรังไม่เป็นสมาชิกเพื่อเก็บออม								

6.3 ความยากง่ายในการแก้ปัญหา (Feasibility)

ความยากง่ายในการแก้ปัญหา คือ ความเป็นไปได้ในการวางแผนจัดทำโครงการแก้ไขปัญห โดยพิจารณาใน 2 ประเด็นใหญ่ ๆ คือ ด้านภาครัฐหรือเจ้าหน้าที่ เช่น มีนโยบาย กำลังคน งบประมาณ วิชาการหรือเทคโนโลยีสนับสนุนหรือไม่ ถ้ามีให้คะแนนมาก ด้านประชาชน มีศักยภาพ มีภูมิปัญญา ท้องถิ่นในการแก้ปัญหหรือไม่ และธรรมชาติของปัญหานั้นจะแก้ไยยากหรือไม่ ถ้าปัญหาใดประชาชน และรัฐสามารถแก้ปัญหได้ง่ายปัญหานั้นจะได้คะแนนสูงสุด ถ้าปัญหานั้นแก้ไขได้ยากจะได้คะแนนต่ำสุด อันดับและค่าคะแนนใช้การอิงกลุ่มตามจำนวนปัญหาดังแสดงในตารางที่ 4 มีขั้นตอนการหาความยากง่าย ดังนี้

1. การเขียนข้อมูลสนับสนุนความยากง่าย แบ่งเป็นด้านเจ้าหน้าที่และด้านประชาชน คือ

1.1 ด้านเจ้าหน้าที่ (พิจารณา 3 ประเด็น)

- นโยบาย เจ้าหน้าที่มีการกำหนดนโยบายเพื่อแก้ไขปัญหหรือไม่ มีการดำเนินการตามนโยบายหรือไม่ แล้วสามารถแก้ไขปัญหามากน้อยเพียงใด
- ทรัพยากร เจ้าหน้าที่หรือหน่วยบริการสนับสนุนสิ่งใดบ้างเพื่อแก้ไขปัญหานั้น
- องค์ความรู้ในการแก้ปัญหามหาวิทยาลัยหรือเจ้าหน้าที่มีองค์ความรู้หรือถ่ายทอดองค์ความรู้ในการแก้ปัญหายังไง ช่วยให้แก้ปัญหได้ง่ายยากมากน้อยแค่ไหน

1.2 ด้านประชาชน (พิจารณา 3 ประเด็น)

- ภูมิปัญญาชาวบ้าน ชุมชนมีภูมิปัญญาสำหรับแก้ไขปัญหหรือไม่ อย่างไร
- ศักยภาพชาวบ้าน ชาวบ้านมีความรู้ความสามารถในการแก้ปัญหายังไงบ้าง
- ธรรมชาติของปัญหา ตัวปัญหาเป็นปัญหาที่แก้ยากหรือง่าย เช่น ถ้าแก้พฤติกรรม แก้ความเชื่อ แก้สิ่งที่ทำแล้วมีความสุขอาจแก้ได้ยาก จึงได้คะแนนน้อย

2. การเขียนข้อมูลความยากง่าย เริ่มจากการเขียนนโยบาย ทรัพยากร วิชาการ/เทคโนโลยีที่ช่วยแก้ไขปัญห ภูมิปัญญาชาวบ้าน ศักยภาพของชาวบ้านที่จะแก้ไขปัญหและธรรมชาติของปัญหานั้นว่าแก้ไขยากหรือง่าย ต้องเขียนให้ครอบคลุมทุกด้านและใช้ข้อมูลในชุมชนมาเขียนเป็นเหตุผลสนับสนุน
3. อธิบายการให้คะแนนโดยแบ่งเป็นช่อง 6 ช่องเพื่อให้ง่ายต่อการให้คะแนนและเข้าใจเหตุผล
4. การให้คะแนนความยากง่ายขององค์ประกอบแต่ละองค์ประกอบคือถ้าไม่มี(0คะแนน)มีร้อยละ 0-33 (1 คะแนน) ร้อยละ 34-66 (2 คะแนน) ร้อยละ 67-100 (3 คะแนน)

ตารางที่ 4 ตัวอย่างตารางการคิดคะแนนความยากง่ายในการแก้ปัญหา

เกณฑ์พิจารณาความยากง่ายในการแก้ไขปัญห

ด้านเจ้าหน้าที่

ด้านประชาชน

- | | | | |
|-----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|
| (1) นโยบาย | คะแนนเต็ม 3 คะแนน | (4) ภูมิปัญญาชาวบ้าน | คะแนนเต็ม 3 คะแนน |
| (2) ทรัพยากร | คะแนนเต็ม 3 คะแนน | (5) ศักยภาพชาวบ้าน | คะแนนเต็ม 3 คะแนน |
| (3) วิชาการ/เทคโนโลยี | คะแนนเต็ม 3 คะแนน | (6) ธรรมชาติของปัญหา | คะแนนเต็ม 3 คะแนน |

ปัญหา	ข้อมูลความยากง่ายจาก	1	2	3	4	5	6	รวม	อันดับ	ค่าคะแนน
1. ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่										
2. ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน										
3. ครรภ์เรื้อรังกำจัดการชะลอผลไม่ถูกวิธี										
4. ครรภ์เรื้อรังไม่เป็นสมาชิกเพื่อเก็บออม										

6.4 ความตระหนักในการแก้ปัญหาของชุมชน (Community Concern)

ความตระหนักในการแก้ปัญหาของชุมชน คือ การหาความร่วมมือของชุมชนในการแก้ปัญหา ประชาชนส่วนใหญ่เห็นว่าปัญหาใดที่เกิดขึ้นมีความสำคัญ มีความตระหนัก ยอมรับ เพื่อจะร่วมแก้ไขโดยริบด่วน ข้อมูลเหล่านี้อาจได้จากการสัมภาษณ์ การพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน และการให้ข้อมูลชุมชนที่สำรวจ ซึ่งวิธีการหาความร่วมมือของชุมชนในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีรายละเอียด ดังนี้

1. การเตรียมตัวของนักศึกษา

- ศึกษาข้อมูลทุกปัญหาที่จะนำเสนอต่อประชาชน พร้อมตอบข้อซักถามของประชาชน
- จัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบภายในกลุ่ม ได้แก่ จัดเตรียมอุปกรณ์ เช่น บัตรลงคะแนน เครื่องเสียง สถานที่ กระดาษ ปากกาเคมี รวมทั้งประสานกับชุมชน เรื่องนัดวัน เวลา สถานที่

2. การประชุมประชาชนเพื่อหาความร่วมมือในชุมชนควรปฏิบัติดังนี้

- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำ Community Concern และประโยชน์ที่จะได้รับ

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาทุกปัญหาเพื่อให้ประชาชนมีความเข้าใจอย่างเพียงพอ และเปิดโอกาสให้ประชาชนเพิ่มเติมและซักถาม

- อธิบายวิธีการเลือกปัญหาพร้อมแจกบัตรลงคะแนนดังตัวอย่างในภาพที่ 2

บัตรลงคะแนน	
ลำดับ	ปัญหา
.....	ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่
.....	ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน
.....	ครัวเรือนกำจัดขยะมูลฝอยไม่ถูกวิธี
.....	ครัวเรือนไม่เป็นสมาชิกเพื่อเก็บออม

ภาพที่ 2 ตัวอย่างบัตรลงคะแนนความตระหนักในการแก้ปัญหาของประชาชน

3. การลงคะแนน

- ให้ประชาชนลงคะแนนในบัตรโดยเลือกปัญหาที่ต้องการแก้ไขก่อนเป็นอันดับที่ 1 เรียงลำดับไปจนถึงปัญหาที่ต้องการแก้ไขเป็นอันดับสุดท้าย โดยมีนักศึกษาคอยอำนวยความสะดวก

- เก็บบัตรคืน พร้อมนับและรวมคะแนนร่วมกับประชาชน ปัญหาที่ประชาชนเลือกเป็นอันดับที่ 1 จะคูณด้วยค่าคงที่ของจำนวนปัญหาได้ไปจนถึงปัญหาอันดับสุดท้ายจะคูณด้วย 1 จากนั้นรวมคะแนนโดยเอาค่าคะแนนที่ได้จากคูณของแต่ละปัญหามาวกกัน โดยปัญหาที่ได้คะแนนเป็นอันดับ 1 คือ ปัญหาที่ประชาชนต้องการแก้ปัญหามากที่สุด จะได้ค่าคะแนนสูงสุด ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ตารางการรวมคะแนนความตระหนักในการแก้ปัญหา

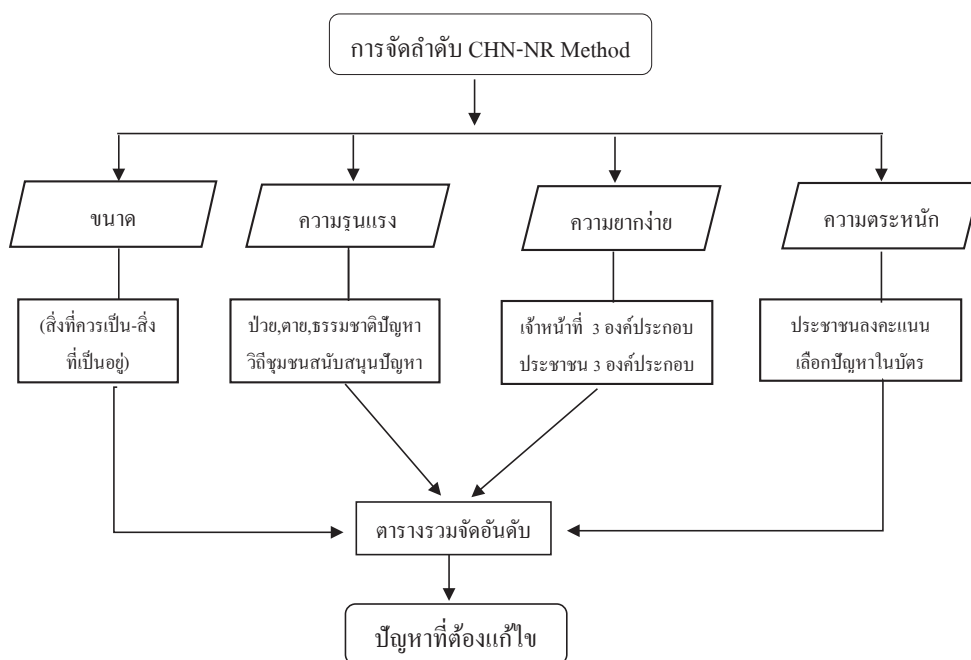
ปัญหา	ลำดับที่ 1 X 4	ที่ 2 X 3	ที่ 3 X 2	ที่ 4 X 1	รวม	ลำดับ	ค่าคะแนน
1. ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่	10 (10x4=40)	9 (9x3=27)	5 (5x2=10)	6 (6x1=6)	83	2	3
2. ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน	5 (=20)	9 (=27)	9 (=18)	7 (=7)	72	3	2
3. ครัวเรือนกำจัดขยะมูลฝอยไม่ถูกวิธี	12 (=48)	9 (=27)	5 (=10)	4 (=4)	89	1	4
4. ครัวเรือนไม่เป็นสมาชิกเพื่อเก็บออม	3 (=12)	3 (=9)	11 (=22)	13 (=13)	56	4	1

- นำค่าคะแนนจาก Community Concern ไปคิดรวมกับค่าคะแนนของอีก 3 องค์ประกอบ คือ ขนาด ความรุนแรง และความยากง่าย พร้อมทั้งนำเสนอ ดังตารางที่ 6 การรวมคะแนนที่ได้ในทุกเกณฑ์ของแต่ละปัญหา ปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุด จะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเร่งด่วน ส่วนปัญหาที่เหลือจะมีความสำคัญมากน้อยตามลำดับของคะแนนรวมที่ได้

ตารางที่ 6 ตารางสรุปการให้คะแนนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ชื่อปัญหา	ขนาด	ความรุนแรง	ความยากง่าย	ความตระหนัก	รวม	ลำดับ
1. ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่	1	1	3	3	8	4
2. ประชาชนอายุ 20 ปีขึ้นไป มีภาวะอ้วน	2	4	1	2	9	3
3. ครรภ์เรื้อรังกำจัดการคลอดไม่ถูกต้อง	3	3	4	4	14	1
4. ครรภ์เรื้อรังไม่เป็นสมาชิกเพื่อเก็บออม	4	2	3	1	10	2

เมื่อได้คะแนนของทั้ง 4 องค์ประกอบแล้วให้นำคะแนนในแต่ละองค์ประกอบมารวมกัน ซึ่งสามารถทำได้ 2 วิธี คือ การบวกและการคูณ การบวกจะทำให้เห็นความแตกต่างของคะแนนแต่ละปัญหาได้น้อย ส่วนวิธีการคูณจะทำให้เห็นความแตกต่างของคะแนนแต่ละปัญหาชัดเจนมากขึ้น ในกรณีที่พิจารณาเห็นว่า ควรให้ความสำคัญองค์ประกอบแต่ละด้านไม่เท่ากัน เช่น ค่าคะแนนความตระหนักในการแก้ปัญหาควรมีความสำคัญกว่าองค์ประกอบอื่น เพราะต้องการเน้นไปที่ความร่วมมือของชุมชนและประชาชนมีความพร้อมและสนใจในการแก้ไขปัญหา เราสามารถกำหนดค่าน้ำหนักของคะแนนช่องความตระหนักในการแก้ปัญหาของชุมชนควรเป็น 2 เท่า ก็ให้ถ่วงน้ำหนักด้วยการคูณ 2 ที่องค์ประกอบความตระหนักในการแก้ปัญหา การจัดลำดับโดยการถ่วงน้ำหนักบางองค์ประกอบจะมีผลต่อลำดับที่พิจารณาด้วยผลบวกเท่านั้น ดังนั้นหากต้องการถ่วงน้ำหนักต้องจัดลำดับโดยการให้ผลบวกมาเป็นตัวเลขเพื่อการพิจารณา ซึ่งการจัดลำดับแบบ CHN-NR Method สามารถเขียนเป็น Flow chat ดังแสดงในภาพที่ 3



ภาพที่ 3 Flowchart แสดงวิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหา CHN-NR Method

ข้อค้นพบและข้อจำกัดจากการนำวิธีจัดลำดับความสำคัญของปัญหา CHN-NR Method ไปใช้ในการฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษา

จากการทดลองนำวิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา CHN-NR Method ไปใช้ในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เป็นเวลา 4 ปีการศึกษา (ปีการศึกษา 2560 - 2564) ปีละ 4-5 กลุ่ม ทั้งในชุมชนเขตเมืองและชนบท พบว่า ขั้นตอนการหาความตระหนักในการแก้ปัญหาชุมชนในเขตชนบท จะได้รับความสนใจจากประชาชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมากกว่าชุมชนในเขตเมือง มีการร่วมแสดงความคิดเห็นที่เป็นไปในทางเดียวกันที่สามารถนำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหามาได้จริง รวมทั้งมีการเชื่อมโยงออกแบบรูปแบบการแก้ปัญหา ส่วนในชุมชนเมืองผู้เข้าร่วมน้อยกว่าซึ่งอาจมาจากฐานะทางเศรษฐกิจวิถีชีวิต ความเร่งรีบ พฤติกรรมความเป็นอยู่ที่หลากหลายกว่าชุมชนชนบท แต่ทำให้ได้ข้อคิดเห็นที่หลากหลายและแปลกใหม่ในการแก้ไขปัญหามาที่ตรงกับบริบทของชุมชน

ผลการประเมินความพึงพอใจและความคิดเห็นทั้งจากนักศึกษาและประชาชนที่เข้าร่วม พบว่า มีความพึงพอใจในระดับดี ประชาชนที่เข้าร่วมมีความพึงพอใจในกระบวนการหาความตระหนักในการแก้ปัญหาเพราะได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง และข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลจริงของชุมชน นักศึกษาพึงพอใจที่ได้เขียนอธิบายข้อมูลจากชุมชนในข้อมูลสนับสนุนของปัญหา มีเกณฑ์การให้คะแนน และไม่มีตัวเลขที่ซ้ำกันมาก นอกจากนี้ยังพบว่าวิธีนี้เหมาะสมกับบริบทการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาที่ประยุกต์ใช้กับชุมชนที่มีขนาดเล็ก ช่วยลดความซ้ำซ้อนในการคิดหาขนาด ความรุนแรง และความยากง่ายของปัญหาได้ ทำให้คะแนนแต่ละปัญหามีความแตกต่างกัน สามารถเลือกปัญหาที่ต้องจัดการแก้ไขได้ง่ายและเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ส่วนข้อจำกัดที่พบในบางชุมชนที่มีปัญหามากเมื่อให้ประชาชนร่วมให้คะแนนความตระหนักโดยในการลงคะแนน พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุตัดสินใจในการเรียงลำดับความต้องการในการแก้ไขปัญหามาได้เฉพาะปัญหาสำคัญ ๆ เช่น ลำดับที่ 1-3 นักศึกษาจึงต้องมีการอธิบายความเข้าใจในการเรียงอันดับเป็นรายกรณีไป สำหรับนักศึกษาเมื่อฝึกปฏิบัติแล้วเสร็จต้องมีการอธิบายเพิ่มเติมเพื่อทำความเข้าใจว่าวิธีการจัดลำดับนี้ไม่ได้ใช้ในการสอบขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับใบอนุญาตประกอบวิชาชีพของนักศึกษา แต่เป็นวิธีที่มีการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่การฝึกปฏิบัติงานเท่านั้น

สรุป

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาเป็นการตัดสินใจเลือกปัญหาที่จะต้องแก้ไขตามลำดับความสำคัญหรือความเร่งด่วน อาจต้องพิจารณาจากทรัพยากรและข้อจำกัดที่มีอยู่ในชุมชน ซึ่งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหามีหลากหลายวิธี แต่ละวิธีมีเกณฑ์และรายละเอียดในการพิจารณาที่ต่างกัน วิธีการใดที่มีเกณฑ์หรือรายละเอียดมากจะทำให้ได้ปัญหาที่ใกล้เคียงความเป็นจริง การตัดสินใจเลือกใช้วิธีใดนั้นจึงขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่และประสบการณ์เดิมของผู้ดำเนินงาน การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาโดยวิธี CHN-NR Method เป็นอีกหนึ่งวิธีที่เหมาะสมสำหรับประยุกต์ใช้ในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาลในชุมชนขนาดเล็ก เพราะประชาชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกแก้ไขปัญหามา และคะแนนที่ได้เกิดความซ้ำซ้อนน้อย ทำให้สามารถเลือกปัญหามาที่แก้ไขได้อย่างชัดเจน

เอกสารอ้างอิง

- ณิชชาภัทร ชันสาคร. (2561). การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน. *วารสารสุขศึกษา*, 41(2), 1-18.
- เดชา ทำดี, และวิลาวณีย์ เตือนราษฎร์. (2555). การวินิจฉัยชุมชนและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา. ใน ศิวพร อึ้งวัฒนา, และพรพรรณ ททรัพย์ไพบูลย์กิจ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลชุมชน* (พิมพ์ครั้งที่ 1, น. 89-104). เชียงใหม่: ครองช่างพรินท์ติ้ง จำกัด.
- เดชา ทำดี, วชิระ สุริยะวงศ์, และนพมาศ ศรีเพชรวรรณดี. (2563). กระบวนการพยาบาลชุมชน: การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพชุมชนและการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา. ใน ศิวพร อึ้งวัฒนา, และกัลยาณี ตันตรานนท์ (บรรณาธิการ), *แนวคิดและหลักการพยาบาลชุมชน* (น. 215-240). เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้งแอนเชอร์วิส.
- บุญชัย ภาสกาล. (2557). การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน บทเรียนในการนำทฤษฎีสู่การฝึกภาคปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 24(1), 1-11.
- พรฤดี นิธิรัตน์, และสายใจ จารุจิตร. (2559). *กระบวนการพยาบาลกับการดูแลสุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: ธนาเพลสจำกัด.
- ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2539). *การวางแผนงาน/โครงการสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาบริหารสาธารณสุข.
- ศิวพร อึ้งวัฒนา. (2560). การพยาบาลชุมชน : *กระบวนการพยาบาล*. เชียงใหม่: สิ่งพิมพ์และบรรณภัณฑ์ สมาร์ทโคตติ้งแอนเชอร์วิส.
- Boxmeer, N., & Thesenvitz, J. N. (2010). *Priority Setting Process Checklist (PSPC)*. Retrieved from <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/P/2014/priority-setting-process.pdf>
- Issel, L. M., & Wells, R. (2018). *Health program planning and evaluation: A practical, systematic approach for community health* (4th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Sousa, F. A. M. R., Goulart, M. J. G., Braga, A. M. S., Medeiros, C. M. O., Rego, D. C. M., Vieira, F. G., . . . Loura, M. M. P. (2017). Setting health priorities in a community: A case example. *Rev Saude Publica*, 51(11), 1-9.

การดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน

วัชรินทร์ วงษาหล้า, พย.ม.^{1*}

มโนไท วงษาหล้า, พย.ม.¹

(วันที่ส่งบทความ: 2 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 27 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 15 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

โรคเบาหวานและโรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กับอายุและวิถีการดำเนินชีวิต และความชุกของการเกิดโรคทั้งสองในประเทศไทยมีแนวโน้มสูงขึ้น โรคเบาหวานก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางร่างกายได้หลายระบบ รวมทั้งสุขภาพกระดูก คือ สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุนได้ โดยผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มีความเสี่ยงสูงต่อการมีมวลกระดูกลดลงน้อยกว่าปกติร่วมกับมีความแข็งแรงของกระดูกลดลง ส่วนการศึกษาผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุผลกระทบของโรคเบาหวานต่อมวลกระดูกได้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงขึ้นมีผลทำให้ความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกระดูกลดลง ดังนั้นผู้เป็นโรคเบาหวานจึงมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุนมากกว่าบุคคลทั่วไป บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลกระทบของโรคเบาหวานที่มีต่อปริมาณมวลกระดูกและคุณภาพของกระดูก และการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานซึ่งประกอบด้วย การส่งเสริมการสร้างและรักษามวลกระดูก การออกกำลังกาย และการเฝ้าระวังภาวะกระดูกบางหรือโรคกระดูกพรุน ความรู้ดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพกระดูกในผู้เป็นเบาหวานมากขึ้น

คำสำคัญ: โรคกระดูกพรุน, โรคเบาหวาน, การดูแล

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

* ผู้ประพันธ์บทความ: วัชรินทร์ วงษาหล้า, อีเมล: vacharin@knc.ac.th

Health Practices of People with Diabetics to Reduce the Risk of Osteoporosis

Vacharin Wongsala, M.N.S.^{1*}

Manothai Wongsala, M.N.S.¹

(Received: May 2nd, 2022; Revised: June 27th, 2022; Accepted: July 15th, 2022)

Abstract

Diabetes and osteoporosis are related to age and lifestyle and the trend of their prevalence is increasing in Thailand. Diabetes causes several physical complications, including bone health issues, which increase the risk of osteoporosis. People with type 1 diabetes are at a higher risk of having less bone mass and decreased bone strength. Current studies have not clearly determined effects of diabetes on bone mass in people with type 2 diabetes. However, it has been found that increased blood sugar can impair bone strength and flexibility. Therefore, people with diabetes are at a greater risk of developing osteoporosis than those without diabetes. The aims of this article were to present the impacts of diabetes on bone mass and bone quality and information on health care for diabetics related to promote the formation and maintenance of bone mass, exercise, and surveillance for the onset of osteopenia and osteoporosis. This knowledge may benefit health providers and patients by increasing concern about the importance of bone health practices among people with diabetes.

Keywords: osteoporosis, diabetes mellitus, health practice

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

* Corresponding author: Vacharin Wongsala, E-mail: vacharin@knc.ac.th

บทนำ

โรคกระดูกพรุนเป็นภาวะที่มีความเสื่อมของเนื้อเยื่อโครงสร้างภายในกระดูกซึ่งส่งผลให้มวลกระดูกมีความหนาแน่นลดลง การมีมวลกระดูกต่ำ (Low bone mass) ร่วมกับการเสื่อมของโครงสร้างระดับจุลภาคของกระดูก (Microarchitecture deterioration) ทำให้กระดูกมีความเปราะบางและแตกหักได้ง่าย แต่เนื่องจากการตรวจปริมาณและคุณภาพของกระดูกไม่ได้ถูกจัดอยู่ในโปรแกรมการตรวจสุขภาพประจำปีของคนทั่วไป ภาวะกระดูกพรุนจึงถูกพบเห็นได้เมื่อเกิดการแตกหักของกระดูกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายจนถึงวัยสูงอายุ โดยพบอุบัติการณ์การเกิดกระดูกหักที่เกี่ยวข้องกับภาวะกระดูกพรุน 1 ใน 5 และ 1 ใน 3 ของประชากรโลกที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ในเพศชายและเพศหญิงตามลำดับ (Aung et al., 2020) ส่วนในประเทศไทยกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะพบภาวะกระดูกพรุนที่บริเวณสะโพกร้อยละ 13.6 และบริเวณกระดูกสันหลัง ร้อยละ 19.8 (จิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย, 2561) การมีกระดูกหักทำให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และต้องพึ่งพาครอบครัวและระบบบริการสุขภาพมากขึ้น

โรคกระดูกพรุนมีความสัมพันธ์กับอายุและการเป็นโรคเบาหวานจะทำให้มีโอกาสดังเกิดโรคกระดูกพรุนได้มากยิ่งขึ้น ในปี พ.ศ. 2557 ประชากรไทยที่มีอายุ 15-79 ปี ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานถึงร้อยละ 8.3 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.8 ในปี พ.ศ. 2561 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ (อายุ 55-79 ปี) พบว่ามีอัตราป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงถึงร้อยละ 18.1 (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุริดา แก้วทา, 2563) และพบว่าอุบัติการณ์ของโรคกระดูกพรุนและโรคเบาหวานต่างมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุด้วยกันทั้งสองโรค (Paschou et al., 2017) โรคเบาหวานมีผลทำให้ความแข็งแรงและปริมาณมวลกระดูกลดลงเนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องมีผลให้ประสิทธิภาพการไหลเวียนโลหิตในไขกระดูกลดลง ส่งผลต่อเมตาบอลิซึมของกระดูกโดยตรง (Lin et al., 2021) และก่อสารยับยั้งหรือชะลอการสะสมมวลกระดูก และทำให้พร่องประสิทธิภาพในการสะสมและใช้แคลเซียม นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีอัตราการขาดวิตามินดีมากกว่าคนทั่วไป และยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานบางชนิด เช่น Thiazolidinediones ยังมีผลเสียต่อมวลกระดูกอีกด้วย (Compston, 2018)

แม้ว่าผู้มีภาวะเบาหวานและภาวะกระดูกพรุนต่างก็มีอัตราการเกิดโรคค่อนข้างสูงและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นตามอายุของประชากรที่เพิ่มขึ้น แต่ความสัมพันธ์ของทั้งสองภาวะนี้กลับได้รับการกล่าวถึงไม่มากนักในระบบบริการสุขภาพของไทย การศึกษาในต่างประเทศพบว่าโรคเบาหวานทำให้ความแข็งแรงของกระดูกลดลง เช่น การศึกษาของ Si, Wang, Guo, Yin, and Ma (2020) พบว่าในประเทศจีนผู้เป็นโรคเบาหวานมีภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วยถึงร้อยละ 37.8 ส่วนการศึกษาของ Prakash, Jatti, Ghagane, Jali, and Jali (2017) พบว่าในประเทศอินเดีย ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Type 2 Diabetes Mellitus [T2DM]) มีโอกาสดังเกิดภาวะกระดูกพรุนได้ร้อยละ 43.8 และนอกจากนี้ Abdulameer, Sahib, and Sulaiman (2018) ยังศึกษาพบว่าในประเทศมาเลเซีย ร้อยละ 82 ของผู้มีภาวะเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการมีมวลกระดูกน้อยกว่าปกติ ส่วนในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาที่ระบุอัตราการเกิดภาวะกระดูกพรุนในผู้มีภาวะเบาหวานอย่างชัดเจน มีเพียงการศึกษาของ พรฤทัย รัตนเมธานนท์ และประสิทธิ์ สิวพัฒนภัทร (2564) ที่ใช้

เครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดกระดูกหัก (Fracture Risk Assessment Tool [FRAX]) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงการเกิดกระดูกหัก (FRAX score) ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานที่เคยมีกระดูกสะโพกหัก ผลการศึกษาพบว่าผู้มีภาวะเบาหวานมีความเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักบริเวณสะโพกจากกระดูกพรุนและตำแหน่งที่สำคัญในอีก 10 ปีข้างหน้ามากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน

เมื่อพิจารณาตามชนิดของโรคเบาหวานจะพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Type 1 Diabetes Mellitus [T1DM]) ที่เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถผลิตอินซูลินได้ และมักเกิดเมื่ออายุน้อย จะตรวจพบความหนาแน่นของกระดูกน้อยกว่าคนวัยเดียวกัน ในขณะที่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ที่มีอายุมากกว่า มักตรวจไม่พบความผิดปกติของปริมาณและความหนาแน่นของกระดูก และบางรายอาจตรวจพบว่ามีมวลกระดูกมากกว่าคนปกติ (Wang, Ba, Xing, & Du, 2019) เนื่องจากในหลายศตวรรษที่ผ่านมา เทคโนโลยีการวิเคราะห์มวลกระดูกและโครงสร้างของกระดูกยังมีความละเอียดแม่นยำที่จำกัด จึงพบว่าการศึกษามวลกระดูกของผู้เป็นโรคเบาหวานมีทั้งลดลง เพิ่มขึ้น และไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบกับผู้ไม่เป็นโรคเบาหวาน จึงไม่สามารถชี้ชัดได้ว่าเบาหวานมีผลทำให้มวลกระดูกลดลงหรือไม่ (Jackuliak & Payer, 2014) จนกระทั่งในช่วง 5-10 ปีที่ผ่านมา เทคโนโลยีการวิเคราะห์มวลกระดูกและโครงสร้างของกระดูกมีความละเอียดแม่นยำมากขึ้น รวมทั้งมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องในประเด็นดังกล่าว จึงพบว่าโรคเบาหวานมีผลทำให้ความแข็งแรงของกระดูกลดลง แต่ยังคงมีข้อสงสัยและโต้แย้งเกี่ยวกับผลด้านความหนาแน่นของกระดูก (นรัตพล เจริญพันธุ์, 2558; Jackuliak & Payer, 2014) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าโรคกระดูกพรุนหรือการเกิดกระดูกหักที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานนั้นมีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก (Kumari, Yagoub, Ashfaq, Jawed, & Hamid, 2021) ภาวะเบาหวานจึงนับเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะกระดูกพรุนได้

ในประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุและผู้ที่เป็นเบาหวานเพิ่มมากขึ้น อุบัติการณ์ของโรคกระดูกพรุนและโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่างก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ แต่ในช่วงเวลาที่ผ่านมาคำแนะนำในการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานเพื่อป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนยังไม่ครอบคลุมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของกระดูกเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของโรคเบาหวานต่อสุขภาพของกระดูก รวมทั้งเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพของกระดูกในผู้เป็นโรคเบาหวาน เพื่อให้บุคลากรทางด้านสุขภาพมีความตระหนักและให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานให้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพของกระดูกเพิ่มมากยิ่งขึ้น

ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อสุขภาพของกระดูก

โรคเบาหวานทำให้ร่างกายต้องเผชิญกับภาวะการมีน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง โรคเบาหวานและการรักษาโรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อการสะสมมวลกระดูกและคุณภาพของกระดูก ทำให้กระดูกเปราะบางหรือเกิดโรคกระดูกพรุนได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อการสะสมมวลกระดูก

1. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานานส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อระบบเส้นเลือดทั้งขนาดเล็ก (Microvascular complications) และขนาดใหญ่ (Macrovascular complications) โดยจะทำให้เซลล์ผนังหลอดเลือดทำงานผิดปกติ กระตุ้นให้เกิดการอักเสบในเส้นเลือด และอาจเกิดแผลที่ผนังด้านในหลอดเลือด เมื่อผนังหลอดเลือดเกิดแผลคอเลสเตอรอลชนิดไม่ดี (Low density lipoprotein [LDL]) จะสะสมเกิดเป็นกลุ่มไขมันเกาะที่ผนังหลอดเลือดทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดแข็งตัว ส่งผลให้ขาดความยืดหยุ่น เพราะแตกง่าย รวมทั้งเกิดการอุดตันจากก้อนลิ่มเลือดได้ง่ายขึ้นอีกด้วย ประสิทธิภาพการไหลเวียนเลือดจึงลดลง เมื่อเลือดไหลเวียนไปที่กระดูกไม่เพียงพอทำให้กระบวนการการสร้างกระดูกชะลอหรือหยุดชะงักส่งผลต่อมวลกระดูกทำให้กระดูกเปราะบางและกระดูกพรุนในที่สุด นอกจากนี้การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อคุณภาพหลอดเลือดขนาดเล็กที่ไต ทำให้ไตเสื่อม เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับแคลเซียมในเลือด เมื่อไตทำงานผิดปกติจะทำให้มีการขับฟอสฟอรัสทางปัสสาวะลดลง มีการเพิ่มขึ้นของระดับฟอสฟอรัสในเลือด กระตุ้นการสร้างพาราไทรอยด์ฮอร์โมน ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่มีหน้าที่สลายแคลเซียมจากกระดูกสู่กระแสเลือด จึงทำให้กระดูกมีการสลายมากกว่าการสร้าง นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนอย่างหนึ่งของโรคเบาหวานมักจะมีภาวะขาดวิตามินดีร่วมด้วย การขาดวิตามินดีมีผลให้ลำไส้เล็กดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลง จึงส่งผลต่อปริมาณและความหนาแน่นของกระดูก เสี่ยงต่อการมีกระดูกไม่แข็งแรง เปราะและแตกหักได้ง่ายมากขึ้น (Deeba et al., 2021; Wongdee, Krishnamra, & Charoenphandhu, 2016)

2. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน ส่งเสริมการสร้างสารยับยั้งหรือชะลอการสะสมมวลกระดูก โดยน้ำตาลในเลือดทำปฏิกิริยากับโปรตีนชนิดต่าง ๆ ทำให้เกิดสารประกอบ Advanced Glycation End-product (AGEs) ซึ่งสารนี้จะทำให้เกิดการแก่ตัวของเซลล์ทั่วร่างกาย (Compston, 2018) จึงยับยั้งหรือชะลอการทำงานของ Osteoblast ที่เป็นเซลล์ตัวอ่อนที่จะสร้างเนื้อกระดูกและกลายเป็นกระดูกแก่ที่เรียกว่า Osteocyte และสารนี้ยังส่งเสริมการทำงานของเซลล์ที่มีหน้าที่สลายกระดูก คือ Osteoclast (Kanazawa & Sugimoto, 2018) การสร้างมวลกระดูกจึงลดลง สวนทางกับการสลายของมวลกระดูกที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าโรคเบาหวานมีผลต่อการลดลงของจำนวนเซลล์กระดูก (Osteocyte) ด้วย (Wongdee et al., 2016) การมีน้ำตาลในเลือดสูงเรื้อรังจึงมีผลทำให้ระบบกระดูกมีภาวะแก่ก่อนวัยหรือชะลอการสร้างมวลกระดูกก่อนวัยอันควร

3. ระดับน้ำตาลในเลือดที่สูงจะรบกวนการรักษาสมดุลของแคลเซียมในร่างกาย ซึ่งแคลเซียมเป็นองค์ประกอบหลักของกระดูกและทำให้กระดูกมีความแข็งแรง แคลเซียมร้อยละ 99 อยู่ในกระดูก ร้อยละ 1 อยู่ในเลือด การรักษาความสมดุลของระดับแคลเซียมในเลือด (Total plasma calcium) โดยควบคุมการดูดซึมแคลเซียมโดยลำไส้เล็กและการขับแคลเซียมออกโดยไต ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (Parathyroid hormone [PTH]) ทำหน้าที่สลายแคลเซียมจากกระดูกเข้าสู่กระแสเลือด ระดับน้ำตาลในเลือดสูงทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนนี้มากขึ้น รวมทั้งยังลดทอนคุณภาพการไหลเวียนโลหิตซึ่งส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพการดูดซึมสารอาหารของลำไส้เล็กและการทำงานของไต (Wongdee et al., 2016)

4. การขาดวิตามินดี วิตามินดีมีบทบาทในการเพิ่มอัตราการดูดซึมแคลเซียมของลำไส้เล็ก และยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนพาราไธรอยด์ที่ทำให้เกิดการสลายกระดูก ตลอดจนมีบทบาทในกระบวนการการฟื้นฟูและสร้างสารเกลือแร่ (Mineralization) ของกระดูก การขาดวิตามินดีจะส่งผลให้การดูดซึมแคลเซียมในทางเดินอาหารลดลง (วัชรินทร์ วงษาหล้า และมโนไท วงษาหล้า, 2563; Cooper, Dawson-Hughes, Gordon, & Rizzoli, 2015) จากผลการศึกษายืนยันว่าภาวะการขาดวิตามินดีนั้นพบได้ในผู้มีภาวะเบาหวานมากกว่าคนทั่วไป (Compston, 2018) เช่น ในอินเดียพบผู้มีภาวะเบาหวานขาดวิตามินดีถึงร้อยละ 74.73 ในขณะที่คนทั่วไปขาดวิตามินดีเพียงร้อยละ 18.6 เท่านั้น (Patel & Pandya, 2020) อย่างไรก็ตามยังไม่พบคำอธิบายกลไกความสัมพันธ์ระหว่างระดับวิตามินดีกับโรคเบาหวานได้อย่างชัดเจนมากนัก (Chueansuwan, Yongsiri, & Chaivanich, 2018) พบแต่เพียงว่าเกี่ยวข้องกับพันธุกรรมและโรคที่สัมพันธ์กับความอ้วน รวมทั้งการมีน้ำตาลในเลือดสูงจะส่งผลให้มีการขับวิตามินดีออกทางไตมากกว่าปกติ (Jackuliak & Payer, 2014; Compston, 2018)

ผลกระทบของโรคเบาหวานต่อคุณภาพของกระดูก

โครงสร้างคอลลาเจนเป็นตัวสร้างความแข็งแรง ความเหนียว และความยืดหยุ่นให้กับกระดูก (Jackuliak & Payer, 2014; Wongdee et al., 2016) ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง (Chronic Hyperglycemia) จะทำลายโครงสร้างคอลลาเจนของกระดูกอย่างช้า ๆ โดยสาร AGEs ส่งผลให้การสังเคราะห์คอลลาเจนบกพร่องและเกิดความผิดปกติของการวางตำแหน่งคอลลาเจนในกระดูก (Aoki, Uto, Honda, Kato, & Oda, 2013) เมื่อพิจารณาประเด็นความแข็งแรงของกระดูกผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จะพบว่านอกจากกระดูกจะไม่แข็งแรง มีความยืดหยุ่นน้อยแล้ว ยังมีปริมาณและความหนาแน่นของมวลกระดูกน้อยกว่าคนทั่วไป ส่วนผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ถึงแม้ว่าความหนาแน่นของมวลกระดูกจะไม่ได้รับผลกระทบอย่างชัดเจน แต่ความแข็งแรงของกระดูกก็ถูกทำลายเช่นเดียวกันกับเบาหวานชนิดที่ 1 ด้วยเหตุนี้ผู้มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะกระดูกหักมากยิ่งขึ้นด้วยกันทั้งสองชนิด (นริศพล เจริญพันธุ์, 2558; Kanazawa & Sugimoto, 2018)

ผลจากการรักษาโรคเบาหวานต่อสุขภาพของกระดูก

ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเบาหวานอาจมีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพของกระดูก ถึงแม้ว่าการใช้ยาจะสามารถช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ แต่ยาบางชนิดที่ใช้รักษาโรคเบาหวานก็มีผลทางลบโดยตรงต่อกระดูก เช่น Thiazolidinediones ซึ่งเป็นยาลดระดับน้ำตาลในเลือดนั้นมีผลยับยั้งการสร้าง osteoblast (Compston, 2018) และมีรายงานการเพิ่มขึ้นของปัจจัยเสี่ยงต่อกระดูกแตกหักในผู้ที่ได้รับยา Thiazolidinediones นอกจากนี้ยังพบอัตราการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้มีภาวะเบาหวานสูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 30 เนื่องจากการหกล้มที่สัมพันธ์กับน้ำตาลในเลือดต่ำจากการได้รับยา Sulphonylureas แม้ผู้มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 อาจจะไม่มียาการลดของมวลกระดูกที่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการมีกระดูกหัก แต่ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ขาดเลือดเลี้ยงสมอง และภาวะแทรกซ้อนทางสายตาจะทำให้ผู้มีภาวะเบาหวานเสี่ยงต่อการหกล้มและมีกระดูกหักมากขึ้น (Deeba et al., 2021) เนื่องจากยาด้านเบาหวาน

บางชนิดอาจทำให้ภาวะกระดูกพรุนรุนแรงขึ้น หรือมีความสัมพันธ์กับปัจจัยเสี่ยงต่อการมีกระดูกแตกหัก จึงจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการใช้ยารักษาโรคเบาหวานในผู้ที่มีภาวะโรคกระดูกพรุน (Wongdee et al., 2016) รวมทั้งคำนึงถึงการให้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือดแก่ผู้ที่มีภาวะเบาหวานโดยทั่วไปเพื่อไม่ให้เสี่ยงต่อการลดทอนคุณภาพของกระดูกอีกด้วย

แนวทางการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน

ปัญหาการมีมวลกระดูกน้อยและไม่แข็งแรงเป็นปัญหาสุขภาพที่ไม่มีอาการแสดงจนกว่าจะมีการตรวจมวลกระดูกหรือเมื่อมีกระดูกหัก เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ สาเหตุของภาวะกระดูกบางและโรคกระดูกพรุนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย รวมทั้งการเฝ้าระวังทางสุขภาพ แนวทางการดูแลสุขภาพกระดูกจึงอยู่ในกรอบของการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้ส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีเช่นเดียวกัน โดยผู้เป็นโรคเบาหวานมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพของกระดูกตนเองให้มากขึ้นกว่าบุคคลโดยทั่วไป โดยเฉพาะการรักษา ระดับน้ำตาลในเลือดให้เป็นปกติให้ได้มากที่สุด เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดเป็นปัจจัยสำคัญที่รบกวนการสร้างมวลกระดูกและยังส่งเสริมการทำลายมวลกระดูกดังที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้นจึงขอเสนอแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้เป็นโรคเบาหวานเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคกระดูกพรุน ดังนี้

การส่งเสริมการสร้างและรักษามวลกระดูก

สำหรับผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 แนวทางการปฏิบัติคือ เริ่มจากการยอมรับว่ามีต้นทุนการสะสมมวลกระดูกน้อยกว่าคนทั่วไปและไม่สามารถจัดอุปสรรคนี้นี้ได้ ส่วนผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 นั้น แม้ว่าปริมาณมวลกระดูกที่สะสมไว้จะไม่แตกต่างจากคนทั่วไป แต่การมีน้ำตาลในเลือดสูงไม่เป็นผลดีต่อการรักษามวลกระดูกหลังจากช่วงเวลาที่มวลกระดูกสูงสุด (Peak bone mass) แล้ว เนื่องจากการมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะมีการสลายแคลเซียมออกจากกระดูกได้มากขึ้น (Compston, 2018; Wongdee et al., 2016) ดังนั้นทางเลือกที่ดีคือ ผู้ป่วยเบาหวานต้องมีความตระหนักและเคร่งครัดให้มากขึ้นในการชดเชยสิ่งที่ขาดหายไปด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยส่งเสริมการสร้างมวลกระดูกให้มากกว่าคนทั่วไป โดยเฉพาะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานจึงควรปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. รับแคลเซียมให้เพียงพอ โดยวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ควรได้รับแคลเซียม 800-1000 มิลลิกรัมต่อวัน ซึ่งเท่ากับนมสดประมาณ 3-4 แก้ว (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ควรเลือกดื่มนมพร่องมันเนย นมขาดมันเนย หรือโยเกิร์ตธรรมชาติ หลีกเลี่ยงนมรสหวาน นมเปรี้ยว โยเกิร์ตพร้อมดื่ม เพราะนมเหล่านี้มีการเติมน้ำตาลในปริมาณที่สูง ส่วนนมถั่วเหลืองถือว่าเป็นนมที่เป็นโปรตีนสูงใกล้เคียงกับเนื้อสัตว์ อีกทั้งมีไขมันไม่อิ่มตัวมากกว่านมวัว ช่วยลดไขมันคอเลสเตอรอล แต่มีข้อเสียคือปริมาณแคลเซียมน้อยกว่านมวัว แม้ว่าในชีวิตจริงจะได้แคลเซียมจากอาหารชนิดอื่น ๆ ด้วยก็ตาม หากสามารถดื่มนมได้เพียงพอโดยไม่มีข้อจำกัดควรเลือกการดื่มนมเป็นหลัก เนื่องจากร่างกายสามารถดูดซึมแคลเซียมจากนมได้ดีที่สุด โดยเฉพาะผู้เป็นโรคเบาหวานที่พบว่าประสิทธิภาพการดูดซึมของลำไส้เล็กลดลงยังจำเป็นต้องหาวิธีชดเชยแคลเซียมให้ได้มากที่สุด

2. หลีกเลี้ยงปัจจัยที่ลดการดูดซึมแคลเซียมเช่น งดการดื่มกาแฟหรือดื่มให้น้อยลงเนื่องจากคาเฟอีนในกาแฟจะไปลดการดูดซึมแคลเซียม (Cooper et al., 2015) งดการดื่มน้ำอัดลมเนื่องจากกรดฟอสฟอริกที่ทำให้เกิดฟองฟูจะทำให้ฟอสฟอรัสในเลือดสูงขึ้น แคลเซียมจึงถูกสลายออกจากกระดูกเพื่อรักษาสมดุลของแคลเซียมและฟอสฟอรัสในเลือด นอกจากนี้ น้ำอัดลมยังมีคาเฟอีนเหมือนกับกาแฟอีกด้วย (Fung et al., 2014) งดอาหารเค็มจัดเพราะการบริโภคโซเดียมในปริมาณสูงจะทำให้ลำไส้ดูดซึมแคลเซียมได้น้อยลงและเพิ่มการขับแคลเซียมทางไตมากขึ้น (ธีรพล กรีพานิช, 2560) งดการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เนื่องจากจะรบกวนกระบวนการทำงานของฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างมวลกระดูกเช่น พาราไธรอยด์และฮอร์โมนเพศรวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อกระบวนการสร้างเซลล์กระดูกเส้นเลือดในกระดูกด้วย (Al-Bashaireh et al., 2018) การรับประทานยดผักบางชนิดที่มีแคลเซียมสูงแต่มีออกซาเลตที่ขัดขวางการดูดซึมแคลเซียมสูงด้วย (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) เพราะฉะนั้นทางที่ดีควรหลีกเลี้ยงการดื่มนมหลังการรับประทานอาหารที่มีผักดังกล่าวเป็นต้น

3. รับวิตามินดีเพียงพอ วิตามินดีมีบทบาทในการรักษาระดับแคลเซียมในเลือดให้เป็นปกติ ช่วยให้ลำไส้เล็กเพิ่มอัตราการดูดซึมแคลเซียม และยับยั้งการหลั่งฮอร์โมนพาราไธรอยด์ ผิวหนังสามารถสร้างวิตามินดีได้เองประมาณร้อยละ 80-90 โดยรังสี Ultraviolet B (UVB) จากแสงแดดจะสร้างวิตามินดีจากคอเลสเตอรอลได้ผิวหนัง และอีกประมาณร้อยละ 10-20 มาจากอาหาร (Cooper et al., 2015) จึงควรให้ผิวหนังได้รับแสงแดดโดยตรง เช่น สวมเสื้อแขนสั้น กางเกงขาสั้นให้ผิวหนังสัมผัสแสงแดดในช่วงเวลา 9.00-15.00 น. ซึ่งเป็นช่วงที่มีรังสี UVB สูง อย่างน้อยครั้งละ 15 นาที ประมาณ 2-4 ครั้ง/สัปดาห์ ส่วนอาหารที่มีวิตามินดีสูงจะเป็นอาหารประเภทไขมันปลาทะเล เช่น น้ำมันตับปลาแต่หากได้รับแสงแดดเพียงพอแล้วการรับประทานวิตามินดีอาจไม่ใช่สิ่งที่จำเป็นนัก

4. มีภาวะโภชนาการที่ดี ซึ่งส่งผลดีต่อการสร้างมวลกระดูกและกล้ามเนื้อ สามารถลดปัจจัยเสี่ยงในการเกิดกระดูกแตกหัก โดยได้รับโปรตีนประมาณ 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เนื้อสัตว์จะมีโปรตีนประมาณร้อยละ 30 โดยน้ำหนัก (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โปรตีนจะให้กรดอะมิโนที่จำเป็นต่อการสร้างมวลกระดูก รวมทั้งการได้รับโปรตีนในปริมาณน้อยเกินไปในวัยผู้ใหญ่จะมีผลต่อระดับความหนาแน่นของกระดูกได้ (Cooper et al., 2015) ทั้งนี้ยังมีแหล่งข้อมูลสำหรับการเลือกบริโภคอาหารที่รวบรวมชนิดของอาหารและปริมาณสารอาหารสำหรับคนไทยได้แก่เอกสารปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2563 (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และโปรแกรมคำนวณปริมาณสารอาหารสำหรับคนไทย (Thai Food Composition Tables [FCTs] 2015) โดยสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล (Judprasong et al., 2018)

การออกกำลังกาย

การออกกำลังกายเป็นแนวทางในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้เป็นโรคเบาหวานให้ใกล้เคียงปกติ นอกจากวัตถุประสงค์ในการลดระดับน้ำตาลในเลือดแล้ว การออกกำลังกายยังส่งผลต่อมวลกระดูกโดยตรง เนื่องจากกระดูกและกล้ามเนื้อเป็นอวัยวะที่มีการเชื่อมสภาพได้เมื่อไม่คอยใช้งาน การออกกำลังกาย

กายจึงมีความเกี่ยวข้องอย่างชัดเจนกับปริมาณและความหนาแน่นของมวลกระดูก (Ilesanmi-Oyelere, Roy, Coad, & Kruger, 2019) โดยส่งเสริมการสร้างกระดูกในช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น และรักษามวลกระดูกในวัยผู้ใหญ่ รวมทั้งส่งเสริมการทรงตัวป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่มีผลดีต่อมวลกระดูกคือการออกกำลังกายแบบที่มีแรงต้านและแบกรับน้ำหนัก (Weight-bearing exercise) เช่น ยกน้ำหนัก (Weight lifting) และการต้านแรงโน้มถ่วง (Resistance exercises) เช่น การเดิน การวิ่ง การก้าวขึ้นลงบันได (Weaver et al., 2016) องค์การอนามัยโลกมีข้อเสนอแนะการออกกำลังกายสำหรับผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังคือ ออกกำลังกายแบบต่อเนื่องความหนักระดับปานกลาง (อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 50-70 ของอัตราการเต้นสูงสุด) อย่างน้อย 150-300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือหากออกกำลังกายแบบต่อเนื่องระดับเข้มข้น (อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ที่ร้อยละ 70-85 ของอัตราการเต้นสูงสุด) อย่างน้อย 75-150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยสามารถเพิ่มหรือลดลงตามสภาพร่างกายและเงื่อนไขทางสุขภาพอื่น ๆ

การเฝ้าระวังภาวะกระดูกบางหรือโรคกระดูกพรุน

ผู้เป็นโรคเบาหวานควรให้ความสำคัญกับการประเมินและเฝ้าระวังสัญญาณการเกิดโรคกระดูกพรุนให้มากกว่าคนทั่วไปเนื่องจากมีภาวะเสี่ยงมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีความเสี่ยงแล้ว เช่น อยู่ในวัยหมดประจำเดือน วัยสูงอายุ ตนเองหรือคนในครอบครัวมีประวัติกระดูกหักหรือหัก สบุนหรี ดื่มน้ำดื่มกาแฟ น้ำอัดลม รวมทั้งได้รับยาที่มีผลต่อมวลกระดูก ได้รับการฉีดอินซูลินตั้งแต่อายุน้อย ดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ซึ่งจะมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงกว่าคนปกติ

ผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ควรได้รับการตรวจความหนาแน่นของมวลกระดูกด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น Dual energy X-ray absorptiometry (DXA) เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการมีมวลกระดูกต่ำกว่าปกติ และผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี ซึ่งเป็นวัยหลังการมีมวลกระดูกสูงสุดก็ควรได้รับการตรวจด้วยเช่นกัน เนื่องจากมีข้อบ่งชี้ว่ามีความเสี่ยงที่จะมีการสลายของมวลกระดูกมากกว่าปกติ นอกจากนี้ยังมีการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุนและภาวะกระดูกหักด้วยตนเอง ซึ่งในปัจจุบันเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตช่วยให้ผู้คนเข้าถึงเครื่องมือประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง เช่น แบบทดสอบความเสี่ยงต่อการเป็นโรคกระดูกพรุน (International Osteoporosis Foundation, 2022) และเครื่องมือประเมินความเสี่ยงการเกิดกระดูกหักในระยะเวลา 10 ปี (FRAX; University of Sheffield, 2011)

บทสรุป

การมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากโรคเบาหวานมีผลกระทบต่อปริมาณมวลกระดูกและความแข็งแรงของกระดูก จึงทำให้ผู้เป็นโรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพกระดูกมากกว่าคนทั่วไป บุคลากรทางสุขภาพจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เห็นความสำคัญของการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ตลอดจนให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพของกระดูกเป็นพิเศษสำหรับผู้เป็นเบาหวาน อีกทั้งควรจัดโรคเบาหวานให้เป็นตัวชี้วัดในการคัดกรองและพิจารณาวางแผนทางการรักษาโรคกระดูกพรุน ในทางกลับกันควรพิจารณาประเด็นการดูแลสุขภาพของกระดูกให้อยู่ในแผนการดูแลและรักษาพยาบาลผู้เป็นโรคเบาหวานให้มีความชัดเจนและครอบคลุมเพิ่มมากยิ่งขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

- จิตินันท์ อนุสรณ์วงศ์ชัย. (2561). ปัจจัยเสี่ยงการเกิดกระดูกสะโพกหักในผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลเลิดสิน. *วารสารกรมการแพทย์*, 3(3), 56–59.
- ธีรพล กริพานิช. (2560). *ภาวะกระดูกพรุนกับการพัฒนาสังคมไทย* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- นรัตถพล เจริญพันธุ์. (2558). *นักวิจัยเตือน "เบาหวาน" ยังทำลายกระดูกด้วย*. สืบค้นจาก <https://mgronline.com/science/detail/9580000071397>
- พรฤทัย รัตนเมฆานนท์, และประสิทธิ์ ลิ่วฉนวนภัทร. (2564). การเปรียบเทียบ FRAX score เพื่อประเมินโอกาสเกิดกระดูกหักเนื่องจากกระดูกพรุนในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่สอง เปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานที่เคยมีกระดูกสะโพกหักจากกระดูกพรุนมาก่อน. *วารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 65(3), 221–234. <https://doi.org/https://doi.org/10.14456/vmj.2021.21>
- วัชรินทร์ วงษาหล้า, และมนัสนิ ไหวงษาหล้า. (2563). การเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก : แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 14(35), 410–424. <https://doi.org/10.14456/rhpc9j.2020.26>
- สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2563*. สืบค้นจาก <https://www.thaidietetics.org/?p=6120>
- อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, และสุริดา แก้วทา. (2563). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพฯ: กลุ่มเทคโนโลยีระบาดวิทยา และมาตรการชุมชน กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- Abdulameer, S. A., Sahib, M. N., & Sulaiman, S. A. (2018). The prevalence of osteopenia and osteoporosis among Malaysian type 2 diabetic patients using quantitative ultrasound densitometer. *The Open Rheumatology Journal*, 12(1), 50–64. <https://doi.org/10.2174/1874312901812010050>
- Al-Bashaireh, A. M., Haddad, L. G., Weaver, M., Chengguo, X., Kelly, D. L., & Yoon, S. (2018). The effect of tobacco smoking on bone mass: An overview of pathophysiologic mechanisms. *Journal of Osteoporosis*, 2018, 1–17. <https://doi.org/10.1155/2018/1206235>
- Aoki, C., Uto, K., Honda, K., Kato, Y., & Oda, H. (2013). Advanced glycation end products suppress lysyl oxidase and induce bone collagen degradation in a rat model of renal osteodystrophy. *Laboratory Investigation*, 93(11), 1170–1183. <https://doi.org/10.1038/labinvest.2013.105>
- Aung, M., Amin, S., Gulraiz, A., Gandhi, F. R., Pena Escobar, J. A., & Malik, B. H. (2020). The future of metformin in the prevention of diabetes-related osteoporosis. *Cureus*, 12(9), 1-6. <https://doi.org/10.7759/cureus.10412>

- Compston, J. (2018). Type 2 diabetes mellitus and bone. *Journal of Internal Medicine*, 283(2), 140–153. <https://doi.org/10.1111/joim.12725>
- Cooper, C., Dawson-Hughes, B., Gordon, C. M., & Rizzoli, R. (2015). *Healthy nutrition, healthy bones: How nutritional factors affect musculoskeletal health throughout life*. Retrieved from https://www.osteoporosis.foundation/sites/iofbonehealth/files/2019-03/2015_HealthyNutritionHealthyBones_ThematicReport_English.pdf
- Chueansuwan, R., Yongsiri, S., & Chaivanich, P. (2018). Vitamin D deficiency in diabetic patients. *Burapha Journal of Medicine*, 5(2), 10-24.
- Deeba, F., Younis, S., Qureshi, N., Mustafa, T., Iqbal, N., & Hussain, S. (2021). Effect of diabetes mellitus and anti-diabetic drugs on bone health-A review. *Journal of Bioresource Management*, 8(2), 131–148. <https://doi.org/10.35691/jbm.1202.0187>
- Fung, T. T., Arasaratnam, M. H., Grodstein, F., Katz, J. N., Rosner, B., Willett, W. C., & Feskanich, D. (2014). Soda consumption and risk of hip fractures in postmenopausal women in the Nurses' Health Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 100(3), 953–958. <https://doi.org/10.3945/ajcn.114.083352>
- Ilesanmi-Oyelere, B. L., Roy, N. C., Coad, J., & Kruger, M. C. (2019). Associations between self-reported physical activity, heel ultrasound parameters and bone health measures in post-menopausal women. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(17), 3177. <https://doi.org/10.3390/ijerph16173177>
- International Osteoporosis Foundation. (2022). *Osteoporosis risk check*. Retrieved from <https://riskcheck.osteoporosis.foundation/>
- Jackuliak, P., & Payer, J. (2014). Osteoporosis, fractures, and diabetes. *International Journal of Endocrinology*, 2014, 1–10. <https://doi.org/10.1155/2014/820615>
- Judprasong, K., Puwastien, P., Rojroongwasinkul, N., Nitithamyong, A., Sridonpai, P., & Somjai, A. (2018). *Thai food composition tables (FCTs) 2015*. Retrieved from <https://inmu2.mahidol.ac.th/thaifcd/home.php>
- Kanazawa, I., & Sugimoto, T. (2018). Diabetes mellitus-induced bone fragility. *Internal Medicine*, 57(19), 2773–2785. <https://doi.org/10.2169/internalmedicine.0905-18>
- Kumari, C., Yagoub, G., Ashfaq, M., Jawed, S., & Hamid, P. (2021). Consequences of diabetes mellitus in bone health: Traditional review. *Cureus*, 13(3), 1-7. <https://doi.org/10.7759/cureus.13820>

- Lin, H. H., Hsu, H. Y., Tsai, M. C., Hsu, L. Y., Chien, K. L., & Yeh, T. L. (2021). Association between type 2 diabetes and osteoporosis risk: A representative cohort study in Taiwan. *PLOS ONE*, 16(7), e0254451. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254451>
- Paschou, S. A., Dede, A. D., Anagnostis, P. G., Vryonidou, A., Morganstein, D., & Goulis, D. G. (2017). Type 2 diabetes and osteoporosis: A guide to optimal management. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(10), 3621–3634. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-00042>
- Patel, D., & Pandya, H. (2020). Prevalence and severity of vitamin D deficiency in type 2 diabetic patients. *International Journal of Advances in Medicine*, 7(8), 1251. <https://doi.org/10.18203/2349-3933.ijam20203123>
- Prakash, S., Jatti, R. S., Ghagane, S. C., Jali, S. M., & Jali, M. V. (2017). Prevalence of osteoporosis in type 2 diabetes mellitus patients using Dual Energy X-Ray Absorptiometry (DEXA) scan. *International Journal of Osteoporosis and Metabolic Disorders*, 10(2), 10–16. <https://doi.org/10.3923/ijom.2017.10.16>
- Si, Y., Wang, C., Guo, Y., Yin, H., & Ma, Y. (2020). Prevalence of osteoporosis in patients with type 2 diabetes mellitus in the Chinese mainland. *Medicine*, 99(16), 1203–1214. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000019762>
- University of Sheffield. (2011). *FRAX[®] Fracture risk assessment tool: Calculation tool*. Retrieved from <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=th>
- Wang, H., Ba, Y., Xing, Q., & Du, J. L. (2019). Diabetes mellitus and the risk of fractures at specific sites: A meta-analysis. *BMJ Open*, 9(1), e024067. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024067>
- Weaver, C. M., Gordon, C. M., Janz, K. F., Kalkwarf, H. J., Lappe, J. M., Lewis, R., . . . Zemel, B. S. (2016). The national osteoporosis foundation’s position statement on peak bone mass development and lifestyle factors: A systematic review and implementation recommendations. *Osteoporosis International*, 27(4), 1281–1386. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3440-3>
- Wongdee, K., Krishnamra, N., & Charoenphandhu, N. (2016). Derangement of calcium metabolism in diabetes mellitus: Negative outcome from the synergy between impaired bone turnover and intestinal calcium absorption. *The Journal of Physiological Sciences*, 67(1), 71–81. <https://doi.org/10.1007/s12576-016-0487-7>

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์

นิภัทรา เศรษฐจันทร์, พย.ม.^{1*}

ศิริลักษณ์ สุทธิรัตนกุล, พย.ม.¹

ธีรณัฐ ยืนศิสุข, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 8 กรกฎาคม 2565; วันที่แก้ไข: 22 กันยายน 2565; วันที่ตอบรับ: 26 กันยายน 2565)

บทคัดย่อ

โรคเกาต์เป็นโรคข้ออักเสบเฉียบพลันที่พบบ่อยที่สุดในปัญหาโรคกระดูกและข้อซึ่งส่งผลกระทบต่อด้านสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลกในปัจจุบัน โรคเกาต์เกิดจากการมีระดับของกรดยูริกในเลือดสูงกว่าปกติจนทำให้เกิดผลึกของเกลือโมโนโซเดียมยูเรตที่บริเวณข้อและเนื้อเยื่อรอบข้อ ส่งผลให้เกิดกระบวนการอักเสบของข้อ ทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานจากอาการปวดข้อที่รุนแรง หากผู้ป่วยมีระดับกรดยูริกในเลือดสูงอย่างต่อเนื่องจะเกิดการสะสมของเกลือโมโนโซเดียมยูเรตจนจับตัวกันเป็นปุ่มโทไฟส บริเวณข้อและเนื้อเยื่อรอบข้อ และผิวหนัง ซึ่งทำให้เกิดข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะทุพพลภาพ นอกจากนี้แล้วโรคเกาต์ยังมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคร่วมต่าง ๆ อีกทั้งยังเพิ่มอัตราการเสียชีวิตและทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้เกี่ยวกับโรคเกาต์และบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ ซึ่งจะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในการประยุกต์ใช้ความรู้ดังกล่าวเพื่อดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการลดความรุนแรงของโรคและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: เกาต์, บทบาทพยาบาล, การดูแล

¹ อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

² อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี

* ผู้ประสานงานบรรณกิจ: นิภัทรา เศรษฐจันทร์, อีเมล: niphatra.p@gmail.com

Nurses' Roles in Providing Care for Patients with Gout

Niphatra Setthajan, M.N.S.^{1}*

Sirilak Suttharattanakun, M.N.S.¹

Teranut Yindesuk, M.N.S.²

(Received: July 8th, 2022; Revised: September 22nd, 2022; Accepted: September 26th, 2022)

Abstract

Gout is a type of acute arthritis and is the most common type of bone and joint problems which adversely affects public health in several countries around the world. Gout occurs when high levels of uric acid in the blood form monosodium urate crystals in joints and their surrounding tissues, leading to an inflammatory process in the joint. Patients consequently suffer from severe joint pain. The buildup of monosodium urate crystals due to longstanding high levels of uric acid in the blood results in the formation of tophi around the joints, their surrounding tissues, and adjacent subcutaneous tissues which may lead to limited mobility and disability in some patients. In addition, gout has been associated with being a comorbid factor of many diseases, increased risks of mortality, and decreased quality of life. This article aims to present knowledge about gout and nurses' roles in providing care for patients with gout. It should be beneficial to nurses applying the knowledge to effectively provide care for gouty patients in terms of both reducing the severity of the disease and enhancing patients' appropriate and proper self-care.

Keywords: gout, nurses' roles, nursing care

¹ Lectures, Faculty of Nursing, Vongchavalitkul University

² Lectures, Faculty of Nursing, Ratchathani University

* Corresponding author: Niphatra Setthajan, E – mail: niphatra.p@gmail.com

บทนำ

โรคเกาต์เป็นโรคปวดข้อชนิดหนึ่งที่เกิดกับข้อใดข้อหนึ่งอย่างรุนแรงจากการมีปริมาณกรดยูริก (Uric acid) ในเลือดสูงมากเกินไปที่จะอยู่ในรูปของสารละลาย จึงมีการตกตะกอนของกรดยูริกสะสมตามข้อต่าง ๆ (Dowell, Morris, Macdonald, & Stubbe, 2017) ในสองทศวรรษที่ผ่านมาผู้ป่วยโรคเกาต์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในประเทศจีน เกาหลีใต้ ไต้หวัน ไทย และทั่วโลก (Pascart & Lioté, 2019) ในประเทศอังกฤษ มีความชุกของผู้ป่วยโรคเกาต์คิดเป็นร้อยละ 2.5 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ (Chandratte et al., 2018) ประเทศจีนมีความชุกร้อยละ 1.14 ของประชากรวัยผู้ใหญ่ (Fu et al., 2018) สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคเกาต์มีความชุก 1.6 ต่อประชากร 1,000 คน (พรทิศา ชัยอำนวย, 2559)

โรคเกาต์มีการดำเนินของโรค และส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อกรดยูริกสะสมเป็นเวลานานจนเกิดการอักเสบและตกผลึกเป็นเกลือโมโนโซเดียมยูเรต (Monosodium urate [MSU]) ในร่างกายโดยเฉพาะน้ำไขข้อ (Synovial fluid) และเนื้อเยื่อรอบข้อ (Surrounding tissue) ทำให้เกิดกระบวนการอักเสบ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวดข้ออย่างรุนแรงและเฉียบพลัน (Neogi et al., 2015) หากมีการดำเนินของโรคเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของข้อลดลง เกิดความพิการ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การเดิน การทำความสะอาดบ้าน การเข้าห้องน้ำ การแต่งตัว การซื้อของ หรือ การทำกิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น (Cairns et al., 2020) ผลกระทบด้านจิตใจพบว่า ผู้ป่วยโรคเกาต์มีโรคซึมเศร้า ร้อยละ 5.3 และมีความวิตกกังวล ร้อยละ 15 (Fu et al., 2018) นอกจากนี้ยังพบ การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาการนอนไม่หลับ ความรู้สึกต้องการความช่วยเหลือ และความรู้สึกโดดเดี่ยว ส่วนผลกระทบด้านสังคม พบว่า อาการปวดข้ออย่างรุนแรงอาจทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดงาน เกิดปัญหาไม่ได้รับคำตอบแทนจากการจ้างงานหรือถูกเลิกจ้างงาน และในผู้ป่วยบางรายอาจเกิดปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน ครอบครัว และคู่สมรส (Cairns et al., 2020) จึงเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคเกาต์ทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากพยาธิสภาพของโรคที่มีการดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามปกติและเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ป่วยโรคเกาต์มีอุบัติการณ์การเกิดโรคร่วมมากกว่าประชากรทั่วไป โรคเกาต์มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคร่วมต่าง ๆ (Chandratte et al., 2018; Dowell et al., 2017) ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด (Hui et al., 2017) โรคไตวายเรื้อรัง ภาวะเมแทบอลิกซินโดรม (Metabolic syndrome; สมศรี เผ่าสวัสดิ์ และคณะ, 2561; Pascart & Lioté, 2019) โรคร่วมเหล่านี้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ส่งผลต่อการทำหน้าที่ของร่างกายลดลง มีความทุกข์ทรมานและทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำ (Chandratte et al., 2018) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ โดยผู้แต่งได้ทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และประสบการณ์ของผู้นิพนธ์ โดยนำความรู้ที่ได้ขึ้นไปเป็นแนวทางในการให้ความรู้คำแนะนำ ตลอดจนการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเกาต์ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการปวดข้อกำเริบ

ลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเกาต์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ

โรคเกาต์

อาการและอาการแสดงของโรคเกาต์

อาการสำคัญของโรคเกาต์ คือ อาการปวดข้อรุนแรงและเจ็บพลัน ส่วนมากมักจะเป็นเพียงข้อเดียว มักพบแบบไม่สมมาตร (Asymmetry) โดยเฉพาะนิ้วหัวแม่เท้ามักพบการอักเสบบ่อยที่สุด จนทำให้ผิวหนังบริเวณนั้น แดง บวม แสบร้อน และกดเจ็บ ผู้ป่วยจะมีอาการปวดโดยเฉพาะเวลากลางคืน เนื่องจากอุณหภูมิต่ำลง อาการปวดจะรุนแรงช่วง 4 – 12 ชั่วโมงแรก จากนั้นจะเริ่มปวดน้อยลง และมีอาการดีขึ้นภายใน 7 – 10 วัน แต่ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการปวดนานเป็นสัปดาห์ หากผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาหรือมีอาการเรื้อรังจะเกิดการสะสมของ MSU จนทำให้มีการอักเสบของข้อและเกิดปุ่มไตผิวน้ำ หรือปุ่มโทฟัส (Tophus) บริเวณข้อเท้า ข้อเข่า ข้อศอก ข้อนิ้วมือ และปุ่มโทฟัสอาจแตกออกเป็นสารสีขาวคล้ายขี้ผึ้งได้ (Neogi et al., 2015) นอกจากนี้ปุ่มโทฟัสจะรวมกันกับเนื้อเยื่อรอบข้อที่หนาตัวขึ้น เกิดการกัดเซาะทำลายกระดูกอ่อนผิวข้อ และกระดูกแข็งได้ข้อ ทำให้ข้อสูญเสียการทำงาน ขาดสมรรถภาพในการเคลื่อนไหว และเกิดความพิการในที่สุด (Ragab, Elshahaly, & Bardin, 2017)

ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเกาต์

โรคเกาต์ คือ โรคข้ออักเสบที่เกิดจากภาวะกรดยูริกในเลือดสูง โดยทั่วไปกำหนดว่า ภาวะกรดยูริกในเลือดสูง (Hyperuricemia) คือ ภาวะที่มีกรดยูริกในเลือด ผู้ชายมากกว่า 7.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และผู้หญิงมากกว่า 6.0 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนจะมีค่าของกรดยูริกสูงเท่ากับผู้ชาย (กนกรัตน์ นันทิรุจ และคณะ, 2555) ภาวะกรดยูริกในเลือดสูงเกิดจากปัจจัยภายในร่างกายได้แก่ เพศ อายุ การมีโรคประจำตัว และกรรมพันธุ์ (กนกรัตน์ นันทิรุจ และคณะ, 2555; Dalbeth, Merriman, & Stamp, 2016) ส่วนปัจจัยภายนอกในร่างกาย ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน (Danve, Sehra, & Neogi, 2021; Ragab et al., 2017) การใช้ยา เช่น ยาแอสไพริน ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop diuretics เป็นต้น (Dalbeth et al., 2016) การรับประทานอาหารที่มีพิวรีนสูง เช่น เนื้อแดง อาหารทะเล (Hui et al., 2017) การรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลฟรุกโตสหรือซูโครสมากเกินไป (สมศรี เผ่าสวัสดิ์ และคณะ, 2561; Danve et al., 2021) รวมถึงการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด (Danve et al., 2021; Hui et al., 2017; Li, Yu, & Li, 2018)

การวินิจฉัยโรคเกาต์

ในปัจจุบันมีการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเกาต์ ของวิทยาลัยโรคข้อและรูมาติสซั่มแห่งสหรัฐอเมริกา (America collage of rheumatology [ACR]) ในการจำแนกโรคเกาต์ (Gout classification criteria 2015) ใช้วิธีการประเมินลักษณะทางคลินิก ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการและภาพถ่ายรังสีของข้อที่จำเพาะ โดยให้คะแนนน้ำหนักแต่ละข้อแตกต่างกันตามหลักฐานสนับสนุนความสัมพันธ์ของโรคเกาต์ ซึ่งข้อกำหนดของการใช้เกณฑ์การวินิจฉัยดังกล่าวคือ ผู้ป่วยต้องมีอาการปวด บวม หรือ ตึงบริเวณข้อหรือถุงน้ำรอบข้อ

(Bursa) ของรยางค์ส่วนปลาย จึงสามารถใช้เกณฑ์นี้ได้ ผู้ประเมินต้องทำการตอบคำถามในแต่ละข้อ จากนั้นจึงรวมคะแนน และแปลผลการวินิจฉัย หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน จึงวินิจฉัยว่าเป็นโรคเกาต์ ดังตารางที่ 1 (Neogi et al., 2015)

ตารางที่ 1 เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเกาต์ตาม American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) gout classification criteria 2015

เกณฑ์การวินิจฉัย		รายละเอียด	คะแนน
ลักษณะทางคลินิก	บริเวณที่มีการอักเสบของข้อหรือถุงน้ำรอบข้อ (Bursa)	ข้อเท้าหรือข้อกลางเท้า (ข้อเดียวหรือหลายข้อ) ไม่นับรวมข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าแรก (First metatarsophalangeal joint [MTP1])	1
		ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้าแรก (MTP1)	2
	ลักษณะอาการที่เกิดขึ้น 1. แดงบริเวณข้อ 2. ปวดบริเวณข้อจนไม่สามารถจับหรือกดได้ 3. เดินหรือเคลื่อนไหวลำบากไม่สามารถใช้ข้อนั้นได้	พบ 1 อาการ	1
		พบ 2 อาการ	2
		พบ 3 อาการ	3
	ระยะเวลาการอักเสบของข้อ: อาการปวดถึงจุดสูงสุดภายใน 24 ชั่วโมง และอาการกลับมาเป็นปกติภายใน 14 วัน	เกิดครั้งแรก	1
		กลับมาเป็นซ้ำ	2
	ปุ่มโทฟัส	พบปุ่มโทฟัส	4
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ระดับกรดยูริกในเลือด	< 4 มก./ดล.	- 4
		6 – < 8 มก./ดล.	2
		8 - < 10 มก./ดล.	3
		≥ 10 มก./ดล.	4
	ผลึก MSU ในน้ำไขข้อ	ไม่พบ/ไม่ได้ตรวจ	- 2
การถ่ายภาพทางรังสีของข้อ	ภาพถ่ายรังสีตรวจการสะสม MSU ในข้อหรือถุงน้ำรอบข้อ	ตรวจพบ MSU	4
	ภาพถ่ายรังสีตรวจความเสียหายของกระดูกและข้อที่สัมพันธ์กับโรคเกาต์	พบความผิดปกติ	4

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์

พยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมสหสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์มีดังนี้ **การประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (Risk assessment and evaluation)**

ความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยงของโรคเกาต์ ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย กรรมพันธุ์ การรับประทานอาหารที่มีพิวรีนสูง การดื่มแอลกอฮอล์ การใส่ยา โรคประจำตัว รวมถึงผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับกรดยูริกในเลือด ความถี่ในการกำเริบของข้ออักเสบ ความผิดปกติทางกายภาพรังสีข้อและกระดูก ปุ่มโทฟัส (กนกรัตน์ นันทิรุจ และคณะ, 2555) ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกที่พยาบาลจะต้องประเมินในผู้ป่วยทุกระยะ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเรื้อรังและกลับมามีอาการของโรคบ่อยครั้ง ทั้งนี้เพื่อหาสาเหตุที่แท้จริงในการกลับเป็นซ้ำของโรค และให้การดูแลรักษาที่สาเหตุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละราย

การให้ความรู้ทางสุขภาพ (Providing health education)

วิทยาลัยโรคข้อและรูมาติสซั่มแห่งสหรัฐอเมริกา และสมาคมโรคข้อรูมาติสซั่มแห่งสหราชอาณาจักร (The British society for rheumatology [BSR]) ได้ให้ความสำคัญของการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทอย่างมากในการให้ความรู้ทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเกาต์มีความรู้ ความเข้าใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง ได้แก่

1. การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยโรคเกาต์ควรหลีกเลี่ยงหรือจำกัดอาหารที่มีพิวรีนสูง อาหารที่มีส่วนประกอบของสารพิวรีนแบ่งได้ตามปริมาณของพิวรีนต่ออาหาร 100 กรัม ดังนี้ (สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

1.1 อาหารที่มีพิวรีนสูง (150 มิลลิกรัมขึ้นไป ต่ออาหาร 100 กรัม) อาหารที่ไม่ควรรับประทาน ได้แก่ หัวใจไก่ ตับไก่ กุ้งไก่ เนื้อไก่ ห่าน เนื้อเป็ด หอย ตับหมู ตับอ่อน เซ่งจี (หมู) มันสมองวัว กุ้งชีแฮ้ ไข่ปลา ปลาไส้ตัน ปลาคู ปลาอินทรี ปลาขนาดเล็ก เห็ด กระถิน ชะอม กะปิ ปลาซาร์ดีนกระป๋อง ยีสต์ น้ำดื่มกระดุก ชุปก้อน สาหร่าย ถั่วดำ ถั่วแดง ถั่วเหลือง และถั่วเขียว

1.2 อาหารที่มีพิวรีนปานกลาง (50 – 150 มิลลิกรัม ต่ออาหาร 100 กรัม) ได้แก่ เนื้อวัว เนื้อหมู ไข่ ปลาหมึก ถั่วลิสง ข้าวโอ๊ต สะตอ ใบขี้เหล็ก ผักโขม เม็ดถั่วลิสงเตา หน่อไม้ และคะน้า

1.3 อาหารที่มีพิวรีนน้อย (0 – 50 มิลลิกรัม ต่ออาหาร 100 กรัม) ได้แก่ นมพร่องมันเนย และผลิตภัณฑ์จากนม ไข่ไก่ ไข่เป็ด กล้วย ฝรั่ง ผลไม้เปลือกแข็ง ผลไม้ ผักพื้นบ้านไทย ได้แก่ หน่อไม้ฝรั่ง ผักกาดอื่น ผักขม ผักแว่น ดอกแค ดอกขจร ผักโขม ยอดผักแว่น บวบงู ข้าวโพดอ่อน ผักชีลาว มะระขี้นก มะเขือพวง และยอดมะระ (ชุดิมา เพ็ชรกระจ่าง, ปิยนุช โรจน์สง่า, และ นริศรา รักดี, 2559)

กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก (2565) ได้แนะนำสมุนไพรไทยที่สามารถลดกรดยูริกตามองค์ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทย ได้แก่ กล้วยาหนวดแมว และใบย่านาง โดยกล้วยาหนวดแมวสามารถลดกรดยูริก ลดน้ำที่เกิดจากกรดยูริก และลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดอาการปวดเกาต์ สามารถนำไปปรุงเป็นอาหาร

และขงเป็นสมุนไพรเพื่อดื่ม ส่วนใบย่านางมีสรรพคุณลดการอักเสบในร่างกาย มีฤทธิ์ต้านออกซิเดชัน (Oxidation) การประกอบอาหารโดยนำน้ำใบย่านางไปต้มกับแกงหน่อไม้ น้ำใบย่านางจะช่วยลดปริมาณ กรดยูริกในหน่อไม้ เมื่อผู้ป่วยรับประทานแล้วจะทำให้ลดการสร้างกรดยูริกในร่างกายได้ (อรรณวิทย์ไพรัช, 2562) นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเกี่ยวกับสมุนไพรไทยที่บรรเทาอาการปวดข้อและลดการอักเสบของข้อ จากโรคเกาต์ ได้แก่ มะรุม คองคิง ลูกเดือย ผักกาดน้ำ เถาวัลย์เปรียง ไพล กระเจา ข่า คนทีสอ เถาเอ็นอ่อน ผักคราด ผักบั้งทะเล ผักแพวแดง พญารากเดียว ขอ ละหุ่ง ลำไย อังคาบ เปล้าใหญ่ กระดังใบ ขี้เหล็ก คำฝอย และโคคลาน (จันทนา ศิริพรหมภัก, 2556)

อาหารที่เหมาะสมกับคนไข้โรคเกาต์ขณะมีอาการข้ออักเสบ ควรเลือกอาหารที่มีกรดไขมันโอเมกา-3 (Omega-3 fatty acid) เนื่องจากมีกรดอีโคซะเพนตะอีโนอิก (Eicosapentaenoic [EPA]) กรดโดโคซะเฮกซะอีโนอิก (Docosahexaenoic [DHA]) และกรดไขมันไม่อิ่มตัวมีพันธะคู่หลายคู่ (Polyunsaturated fatty acid [PUFA]) ซึ่งมีคุณสมบัติด้านการอักเสบของ MSU (Danve et al., 2021) อาหารที่มีกรดไขมันโอเมกา-3 สูง พบได้ในปลาทะเลและปลาน้ำจืด เช่น ปลาทู ปลาชะโอน ปลาซำลี ปลาช่อน ปลาสร้อย ปลาสด และ ปลานิล ตัวอย่างเมนูอาหาร เช่น ปลาชะโอนผัดขึ้นฉ่าย ต้มยำปลานิล เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลต้องให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยให้สังเกตและงดอาหารบางชนิดที่จะทำให้โรคเกาต์กำเริบ (กนกรัตน์ นันทิรุจ และคณะ, 2555; อัจฉรา กุลวิสุทธิ, 2559)

2. การหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลฟรุกโตสและอาหารที่ผสมน้ำเชื่อมข้าวโพด เช่น น้ำอัดลม น้ำผลไม้กล่อง หรือ ชาพร้อมดื่ม เนื่องจากน้ำตาลฟรุกโตสจะถูกเผาผลาญ ทำให้เกิดสารอะดีโนซีนโมโนฟอสเฟต (Adenosine monophosphate [AMP]) และจะถูกเปลี่ยนให้กลายเป็นกรดยูริก ส่งผลให้ระดับกรดยูริกในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้นได้ (สมศรี เผ่าสวัสดิ์ และคณะ, 2561) หากผู้ป่วยโรคเกาต์ต้องการรับประทานอาหารที่มีน้ำตาลฟรุกโตส พยาบาลควรแนะนำการรับประทานผลไม้ที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำ (Glycemic index) เช่น พุทรา นมสด 2 ผลใหญ่ มะม่วงดิบ 1/2 ผลกลาง ฝรั่ง 1/2 ผล ส้มสายน้ำผึ้ง 1 ผล ลำไย 8 ผล ถั่วเขียว 1 ผลกลาง ถั่วเขียว 1 ผลกลาง ถั่วเขียว 1 ผลกลาง ถั่วเขียว 1 ผล เถา 4 ผล และทุเรียนหมอนทอง 1 เม็ดกลาง เป็นต้น (สุปราณี แจ่มบำรุง และคณะ, 2563) นอกจากนี้ ผลไม้ดังกล่าวยังมีวิตามิน ไฟเบอร์และแร่ธาตุที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายอีกด้วย

3. การงดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากแอลกอฮอล์มีผลลดการขับ MSU และยังเป็นตัวเร่งการสลายตัวของสารอะดีโนซีนไตรฟอสเฟต (Adenosine triphosphate [ATP]) ทำให้ร่างกายสร้างกรดยูริกได้มากกว่าปกติ (Li et al., 2018) นอกจากนี้แอลกอฮอล์ยังทำให้เกิดข้ออักเสบเฉียบพลันได้อีกด้วย (Chaplin, 2018; Danve et al., 2021) ดังนั้นพยาบาลจึงควรจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อคัดกรองการดื่มแอลกอฮอล์แก่ผู้ป่วยโรคเกาต์ทุกราย หากพบผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีพฤติกรรมดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ควรปรับพฤติกรรมให้ลดหรือหยุดดื่ม โดยมีแนวทางดังนี้ 1) ค้นหาสาเหตุของการดื่มน้ำแอลกอฮอล์ที่แท้จริงเพื่อทำให้เกิดการปรับพฤติกรรมดื่มน้ำแอลกอฮอล์ได้อย่างถูกต้อง 2) การสร้างแรงจูงใจและค้นหาเป้าหมายในชีวิตของผู้ที่ดื่มน้ำแอลกอฮอล์ ซึ่งจะนำไปสู่การลด ละ เลิกดื่มน้ำแอลกอฮอล์ และ 3) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมเนื่องจาก

การส่งเสริม การสนับสนุน และการให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวจะทำให้ผู้ป่วยสามารถเลิกดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้

4. การดื่มน้ำสะอาด ควรแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเกาต์ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000 – 3,000 มิลลิลิตร เนื่องจากกรดยูริกถูกขับออกทางไต และการดื่มน้ำจะช่วยป้องกันการการสะสมของผลึกกรดยูริก และน้ำในระบบทางเดินปัสสาวะ (สมศรี เผ่าสวัสดิ์ และคณะ , 2561; Chaplin, 2018)

5. ยาบางชนิดสามารถทำให้กรดยูริกในเลือดสูง เช่น ยาขับปัสสาวะกลุ่ม Loop diuretics ยาลดความดันโลหิตกลุ่ม Angiotensin converting enzyme (ACE) inhibitors และกลุ่ม Angiotensin receptor blockers เป็นต้น รวมถึงยารักษาโรคหัวใจและหลอดเลือดกลุ่ม Beta-blockers (Dalbeth et al., 2016) ดังนั้นพยาบาลจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยไม่ซื้อยารับประทานเอง ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรก่อนใช้ยา

6. การออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนักตัว เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่ช่วยลดกรดยูริก (Chaplin, 2018) แนวทางเวชปฏิบัติของสมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทยแนะนำให้ผู้ป่วยโรคเกาต์ออกกำลังกายในระดับปานกลาง และหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายอย่างหักโหม เนื่องจากอาจทำให้เกิดข้ออักเสบได้ (กนกรัตน์ นันทิรุจ และคณะ, 2555) การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคเกาต์ ได้แก่ การเดินหรือวิ่งเหยาะ ๆ ว่ายน้ำ การปั่นจักรยาน โยคะ ไทเก็ก การแกว่งแขน การใช้ยางยืด และการรำไม้พลอง (สมศรี เผ่าสวัสดิ์ และคณะ, 2561) สำหรับผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย สามารถปฏิบัติกิจกรรมงานบ้านที่เป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในระดับปานกลางได้ เช่น การเช็ดถูบ้าน การรดน้ำต้นไม้ การกวาดบ้าน การตัดหญ้าโดยใช้เครื่อง การล้างและขัดสีรถยนต์ เป็นต้น ควรปฏิบัติ 3 – 5 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 20 – 60 นาที (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

7. การจัดการความเครียด ความเครียดทำให้ร่างกายเกิดกระบวนการอักเสบ ทำให้ระดับกรดยูริกในเลือดสูงขึ้น (Yisireyili et al., 2017) วิธีการจัดการความเครียด (Stress management) ได้แก่ 1) การแก้ไขสาเหตุความเครียด 2) การจัดการตอบสนองต่อความเครียด เช่น การปรับเปลี่ยนความคิด การสร้างทัศนคติบวกและอารมณ์ขัน 3) การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การจัดสรรเวลาให้สมดุลทั้งชีวิตส่วนตัว ครอบครัว และหน้าที่การงาน 4) การระมัดระวังการแก้ปัญหาผิดวิธี โดยการกระทำรุนแรงต่อบุคคลอื่น ทรัพย์สิน การทำร้ายตนเอง 5) การปรึกษาแพทย์เพื่อให้การรักษาเยียวยาทั้งร่างกายและจิตใจ และ 6) การจัดการความเครียดด้วยวิธีอื่นๆ เช่น การออกกำลังกายเล่นดนตรี ดูหนัง ฟังเพลง การชมภาพยนตร์ การทำงานอดิเรก การไปเที่ยวพักผ่อนตามสถานที่ต่าง ๆ การปฏิบัติพิธีกรรมทางศาสนา การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น และการใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การทำสมาธิ การนวดคลายเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2564)

8. การปฏิบัติตนในระบะที่มีการอักเสบของข้อ ในระยะนี้ผู้ป่วยโรคเกาต์จะมีการปวดบริเวณข้อที่มีการอักเสบอย่างมาก ดังนั้นการปฏิบัติตนในระยะนี้ได้แก่ การพักข้อและการยกขาข้างที่มีการอักเสบให้สูง การประคบเย็นบริเวณข้อที่อักเสบ ประมาณ 20 นาที หลีกเลี่ยงการยืนหรือเดินนาน ๆ การลงน้ำหนักบริเวณข้อ และการงดออกกำลังกายขณะที่มีการอักเสบของข้อเนื่องจากการเคลื่อนไหวจะทำให้มีอาการ

ปวดข้อมากขึ้น (Hui et al., 2017) รวมทั้งห้ามบีบนิ้วข้อที่มีการอักเสบ (อัจฉรา กุลวิสุทธิ, 2559) หากอาการปวดข้อไม่ทุเลา พยาบาลควรแนะนำให้ผู้ป่วยพบแพทย์เพื่อรับการรักษาต่อไป

9. การคงสภาพผิวหนังที่ปกติ พยาบาลควรให้คำแนะนำการดูแลรักษาความสะอาดของผิวหนังบริเวณปุ่มโทฟัส โดยระมัดระวังไม่ให้ปุ่มโทฟัสเกิดการเสียดสีกับเสื้อผ้าเพราะจะทำให้เกิดแผลได้ หากมีการแตกของปุ่มโทฟัสจนทำให้เกิดบาดแผลแล้ว ควรให้การพยาบาลโดยการทำความสะอาดแผลด้วยหลักปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ร่วมกับการใช้ยาทาภายนอกเฉพาะที่ตามแผนการรักษา เช่น การใช้ Silver containing dressing การพิจารณาผ่าตัดแต่งแผล (Debridement) หรือการใช้เนื้อเยื่ออิสระร่วมกับการตัดต่อเส้นเลือด (Microvascular free flap) โดยศัลยแพทย์ (Lam, Ross, & Chiu, 2017) นอกจากนี้แล้วควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการดูแลแผล เช่น การดูแลให้แผลแห้งเสมอ สังเกตอาการของแผลติดเชื้อ ได้แก่ แผลบวม แดง ร้อน มีสารคัดหลั่ง มีอาการปวดแผลเพิ่มมากขึ้น และไข้สูง หากแผลเริ่มแห้งมีสะเก็ดไม่ควรแกะ เกะ เกา รวมทั้งแนะนำการรับประทานอาหารที่มีวิตามินเอ วิตามินบี วิตามินซี และโปรตีนจากเนื้อปลา เพราะมีสารอาหารที่จำเป็นต่อการส่งเสริมการหายของบาดแผล

10. ผู้ป่วยที่มีแผลปุ่มโทฟัสที่เท้า แนะนำให้ผู้ป่วยไม่สวมรองเท้าแตะ เนื่องจากรองเท้าแตะไม่สามารถรองรับน้ำหนักและแรงกระแทกที่เท้าได้อย่างเพียงพอ ส่งผลทำให้แผลหายช้า (Lam et al., 2017) รองเท้าที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคเกาต์ คือ รองเท้าที่สามารถรองรับแรงกระแทก ป้องกันความเจ็บปวด และรองรับกับรูปเท้าของผู้ป่วยโรคเกาต์ (Frecklington et al., 2019) ดังนั้นพยาบาลจึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยเลือกใส่รองเท้าหุ้มส้น ส้นเตี้ย พื้นผิวด้านในของรองเท้าเรียบ มีความนุ่มและยืดหยุ่นเข้ากับรูปฝ่าเท้าได้ดี ลดแรงกดและกระจายน้ำหนักที่ฝ่าเท้า มีเชือกผูกหรือมีแถบตีนตุ๊กแก (Velcro) เพื่อให้ปรับขนาดได้

11. การส่งเสริมเครือข่ายการดูแลตนเอง โดยจัดกิจกรรมผู้ป่วยที่เป็นโรคเกาต์ เปิดโอกาสให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การดูแลตนเองภายหลังการเกิดความคิดปกติของข้อเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตัว และดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข (Ragab et al., 2017)

การจัดการความเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรค (Risk management and intervention)

ควรมีการวางแผนจัดการความเสี่ยงและลดความรุนแรงของโรคเกาต์ ทั้งรูปแบบการใช้ยาและไม่ใช้ยา (กนกรัตน์ นันทิรุจ และคณะ, 2555) พยาบาลจึงต้องสร้างความรู้และเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการร่วมมือการรักษาเพื่อลดความรุนแรงของโรค และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน แนวทางการดูแลอย่างต่อเนื่องและการติดตามเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยโรคเกาต์ มีดังนี้

1. เตรียมข้อมูลสุขภาพ โดยการวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลหอผู้ป่วยในหรือพยาบาลหอผู้ป่วยนอก และเภสัชกร โดยประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเกาต์ และส่งต่อข้อมูล เพื่อการดูแลอย่างต่อเนื่อง (นวลชนินฐ์ ลิขิตลือชา, ชีรพร สติธอังกูร, และทิพย์สุดา ลาภภักดี, 2556) เกณฑ์การคัดกรองผู้ป่วยโรคเกาต์ที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องและติดตามเยี่ยมบ้าน ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีโรคใดเรื้อรังและมีค่าการทำงานของไตน้อยกว่า 60 มิลลิลิตร./นาที (จินตหรา มังคะละ,

2565) ผู้ป่วยที่ยังไม่พบปุ่มโทฟัสและมีระดับกรดยูริกมากกว่า 6 มก./ดล. ผู้ป่วยระยะเรื้อรังที่มีปุ่มโทฟัสและมีระดับกรดยูริกมากกว่า 5 มก./ดล. ผู้ป่วยที่มีแผลบริเวณปุ่มโทฟัส ผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมการอักเสบของข้อได้ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคเกาต์ไม่ถูกต้อง (กนกรัตน์ นันทิจู และคณะ, 2555)

2. พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านหรือมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ติดตามเยี่ยมผู้ป่วย (ยุวดี สารบูรณ์, 2564) โดยกำหนดกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ดังนี้ แนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์การเยี่ยมบ้าน สอบถามประวัติการเจ็บป่วยและอาการของผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวดข้อ ลักษณะความเจ็บปวด ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย การประเมินปุ่มโทฟัสและความพิการ ภาวะโรคร่วม การประเมินพฤติกรรมปฏิบัติตนในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเกาต์ รวมทั้งการส่งเสริมสนับสนุน กระตุ้น ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา หากผู้ป่วยยังปฏิบัติตนไม่ถูกต้องในเรื่องใดให้จัดทำแบบแผนหรือโปรแกรมดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์ เช่น การจัดทำแบบแผนการรับประทานยาที่เหมาะสมกับโรค โปรแกรมการออกกำลังกาย และตารางการรับประทานยา เป็นต้น

3. ภายหลังการเยี่ยมบ้านต้องมีการทบทวน สรุปประเด็นให้ผู้ป่วยเข้าใจ และนำข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้านมาประชุมร่วมกันกับทีมที่เกี่ยวข้อง มีการบันทึกวางแผนงานครั้งต่อไปร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและทีมเยี่ยมบ้าน (นวลขนิษฐ ลิขิตลือชา และคณะ, 2556)

การประสานความร่วมมือในการดูแล (Care coordination)

พยาบาลควรมีการบูรณาการและประสานความร่วมมือในทีมบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ เป็นต้น มาร่วมวางแผนการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย ซึ่งในผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนกิจกรรมหลายด้าน (ยุวดี สารบูรณ์, 2564) ดังนั้นพยาบาลในฐานะบุคลากรในทีมสุขภาพและมีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย จึงมีบทบาทสำคัญในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครอบคลุม รวมทั้งประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยโรคเกาต์

บทสรุป

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการประเมินความเสี่ยงและปัจจัยเสี่ยง ซึ่งเป็นขั้นตอนแรก ที่พยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยโรคเกาต์ทุกรายเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ส่วนบทบาทการให้ความรู้ทางสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก เพราะจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถปฏิบัติตนในการดูแลตนเองได้ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาและเครื่องดื่มที่มีพิวรีนสูง การออกกำลังกายและควบคุมน้ำหนักตัว บทบาทด้านการจัดการความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค โดยการวางแผนการดูแลผู้ป่วยโรคเกาต์อย่างต่อเนื่องและมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักในการให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งบทบาทการประสานความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม

และเป็นองค์รวม หากพยาบาลสามารถปฏิบัติบทบาทการพยาบาลดังกล่าวแล้ว ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเกาต์สามารถดำเนินชีวิตได้เป็นปกติ ลดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ความพิการ ภาวะแทรกซ้อน และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคเกาต์ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกรัตน์ นันทิรุจ, กุลศิริ ธรรมโชติ, เกียรติ ภาสภัญโญ, ขวัญฤทัย ศรีพวงกุล, จินตหรา มังคะละ, ชยวี เมืองจันทร์, ... เอมวดี อารมณดี. (2555). *แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาโรคเกาต์ (Guideline for management of gout)*. สืบค้นจาก <https://thairheumatology.org/index.php/learning-center/for-physician/for-physician-3?view=article&id=70:1-26&catid=16>
- กรมการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก. (2565). *สมุนไพรไทย ช่วยลดอาการปวดเกาต์ ช่วงเทศกาลตรุษจีน*. สืบค้นจาก <https://www.dtam.moph.go.th/index.php/th/dtam-news/dn/8061-dn0065.html>
- กรมสุขภาพจิต. (2564). *เช็คลิสต์สายเครียด*. สืบค้นจาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2301#>
- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ*. สืบค้นจาก <http://thaincd.com/document/file/download/powerpoint>
- จันทนา ศิริพรหมภัก. (2556). *โรคเกาต์และการรักษาในเชิงทฤษฎีการแพทย์แผนไทย* (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยรังสิต, กรุงเทพฯ.
- จินตหรา มังคะละ. (2565). การรักษาผู้ป่วยโรคเกาต์ที่มีไตเสื่อมเรื้อรัง. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 31(1), 133 – 143.
- ชุติมา เพ็ชรกระจ่าง, ปิยนุช โรจน์สง่า, และนริศรา รักดี. (2559). *โครงการ การหาปริมาณพิวรีนและกรดยูริกในผักพื้นบ้านไทย: รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์*. สืบค้นจาก http://digital.library.tu.ac.th/tu_dc/frontend/Info/item/dc:58432
- นวลนินฐ์ ลิขิตลือชา, ชีพร สถิธิอังกูร, และทิพย์สุดา ลาภภักดี. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- พรจิตา ชัยอำนวย. (2559). *ระบาดวิทยาของโรครูมาติก*. สืบค้นจาก <http://www.thaiarthrititis.org/people23.php>
- ยุวดี สารบุรณ. (2564). การพยาบาลผู้ป่วยโรคเกาต์. ใน สุภาพ อารีเอื้อ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลออโธปิดิกส์จากหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก* (หน้า 134 - 156). กรุงเทพฯ: ไอดี ออล ดิจิตอล พรินท์.
- สมศรี เผ่าสวัสดิ์, ศัลยแพทย์ เลขาภกุล, ธีรัชย์ ฉันทโรจน์ศิริ, บุญรัตน์ เอื้อสุดกิจ, ธิญาพล วัฒนกุล, ชาตรี บานชื่น, ... ชยวี เมืองจันทร์. (2561). *น้ำตาลความอ้วน ยูริกกับโรคเกาต์*. กรุงเทพฯ: เฮลท์เวิร์ด พลัส.
- สุปราณี แจ่มบำรุง, ลัดดาเหมาะสุวรรณ, เบ็ญจลักษณ์ ผลรัตน์, อุมพร สุทัศน์วรวิ, เอมอร อุดมเกษมาลี, นลินี จงวิริยะพันธุ์, ... อาณัติ นิติธรรมยง. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ.2563*. กรุงเทพฯ: เอ.วี.โปรเกรสซีฟ.

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *อาหารโรคเกาต์*. สืบค้นจาก

<http://nutrition.anamai.moph.go.th>

อรรถวิทย์ไพโรษ. (2562). *คุณสมบัติในการยับยั้งแซนทีนออกไซด์ของสารสกัดจากใบย่านาง (Tillacora triandra) และองค์ประกอบสำคัญทางเคมี* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจไม่ได้อภิปราย). มหาวิทยาลัยนเรศวร, พิษณุโลก.

อัจฉรา กุลวิสุทธิ. (2559). *โรคเกาต์ (Gout)*. สืบค้นจาก

<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1217>

Cairns, I., Lindsay, K., Dalbeth, N., Díaz – Torne, D., Pou, M. A., Diez, B. R., . . . Taylor, W. J. (2020).

The impact of gout as described by patients, using the lens of The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A qualitative study. *BMC Rheumatology*, 4(50), 1-9.

<https://doi.org/10.1186/s41927-020-00147-2>

Chandratte, P., Mallen, C., Richardson, J., Muller, S., Hider, S., Rome, K., . . . Roddy, E. (2018).

Health-related quality of life in gout in primary care: Baseline findings from a cohort study. *Seminars in Arthritis & Rheumatism*, 48(1), 61–69.

<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.12.005>

Chaplin, S. (2018). British society for rheumatology guideline on gout. *Prescriber*, 29(1), 29–32.

<https://doi.org/10.1002/psb.1641>

Dalbeth, N., Merriman, T. R., & Stamp, L. K. (2016). Gout. *Lancet*, 388(10055), 2039 – 2052.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00346-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00346-9)

Danve, A., Seha, S. T., & Neogi, T. (2021). Role of diet in hyperuricemia and gout. *Best Practice &*

Research Clinical Rheumatology, 33(2), 135 – 144. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2021.101723>

Dowell, A., Morris, C., Macdonald, L., & Stubbe, M. (2017). “I can’t bend it and it hurts like mad”:

Direct observation of gout consultations in routine primary health care. *BMC Family Practice*, 18(91), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0662-9>

Frecklington, M., Dalbeth, N., McNair, P., Gow, P., Williams, A., Carroll, M., & Rome, K. (2018).

Footwear interventions for foot pain, function, impairment and disability for people with foot and ankle arthritis: A literature review. *Seminar in Arthritis and Rheumatism*, 47(6), 814 – 824.

<https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2017.10.017>

Fu, T., Cao, H., Yin, R., Zhang, L., Zhang, Q., Li, L., . . . Gu, Z. (2018). Depression and anxiety correlate

with disease-related characteristics and quality of life in Chinese patients with gout: A case-control study. *Psychology, Health & Medicine*, 23(4), 400 – 410.

<https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1378819>

- Hui, M., Carr, A., Cameron, S., Davenport, G., Doherty, G., Forrester, H., . . . Roddy, E. (2017). The British society for rheumatology guideline for the management of gout. *Rheumatology*, 56(7), e1–e20. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kex156>
- Lam, G., Ross, F. L., & Chiu, E. S. (2017). Nonhealing ulcers in patients with tophaceous gout: A systematic review. *Advances in Skin & Wound Care*, 30(5), 230-237. <https://doi.org/10.1097/01.asw.0000515456.65405.56>
- Li, R., Yu, K., & Li, C. (2018). Dietary factors and risk of gout and hyperuricemia: A meta – analysis and systematic review. *Asia Pacific Journal Clinic Nutrition*, 27(6), 1344 – 1356. [https://doi.org/10.6133/apjcn.201811_27\(6\).0022](https://doi.org/10.6133/apjcn.201811_27(6).0022)
- Neogi, T., Jansen, T. L. T. A., Dalbeth, N., Fransen, J., Schumacher, H. R., Berendsen, D., . . . Vaquez-Mellado, J. (2015). 2015 Gout classification criteria: An American college of rheumatology/ European league against rheumatism collaborative initiative. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 74(10), 1789 –1798. <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-208237>
- Pascart, T., & Lioté, F. (2019). Gout: State of the art after a decade of developments. *Rheumatology*, 58(1), 27-44. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/key002>
- Ragab, G., Elshahaly, M., & Bardin, T. (2017). Gout: An old disease in new perspective – A review. *Journal of Advance Research*, 8(5), 495 – 511. <https://doi.org/10.1016%2Fj.jare.2017.04.008>
- Yisireyili, M., Hayashi, M., Wu, H., Uchida, Y., Yamamoyo, K., Kikuchi, R., . . . Takeshita, K. (2017). Xanthine oxidase inhibition by febuxostat attenuates stress-induced hyperuricemia, glucose dysmetabolism, and prothrombotic state in mice. *Scientific Reports*, 7(1266), 1-15. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-01366-3>

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาห้วนมสั้น

ปิยะรัตน์ แสงบำรุง, พย.ม.^{1*}; วิศรียาพรรณ สืบศิริบุญกุล, พย.ม.²;
กนกวรรณ กกกระโทก, นศ.พย.³; กมลนัทร้อยอยู่พิมาย, นศ.พย.³; กมลวรรณ รังษี, นศ.พย.³;
กิตติธัช ศรีตระกูล, นศ.พย.³; จิรปริยา คำสีหา, นศ.พย.³; เทพอลงกรณ์ ครพนม, นศ.พย.³;
ธิดามาศ พลพันธ์, นศ.พย.³; วริศรา ชุมกระโทก, นศ.พย.³

(วันที่ส่งบทความ: 31 ตุลาคม 2565; วันที่แก้ไข: 8 ธันวาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 10 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรก มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะทำให้ทารกได้รับสารอาหารจำเป็นครบถ้วน ได้รับภูมิคุ้มกันจากแม่ และสร้างเสริมความผูกพันระหว่างมารดาและทารก แต่ในภาวะปัจจุบันพบว่าอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว 6 เดือนแรกของประเทศไทยต่ำกว่าเป้าหมายของประเทศและต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของทั่วโลกอยู่มาก สาเหตุหนึ่งที่ทำให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่ประสบความสำเร็จคือมารดาหลังคลอดมีภาวะห้วนมสั้น บทความนี้จะกล่าวถึงการประเมินและแก้ไขปัญหาห้วนมสั้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด พยาบาลหรือบุคลากรการแพทย์สามารถใช้เป็นแนวทางในการให้คำแนะนำแก่มารดาในการแก้ไขปัญหาห้วนมสั้น และการติดตามแก้ไขปัญหาคือการต่อเนื่อง เพื่อให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีประสิทธิภาพ และประสบความสำเร็จต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, การดูแลมารดา, ห้วนมสั้น

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ประสงค์ คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

³ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 รุ่นที่ 66, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้ประพันธ์บทความ: ปิยะรัตน์ แสงบำรุง, อีเมล: piyarat@knc.ac.th

The Roles of Nurses Caring for Mothers with Short Nipples

*Piyarat Sangbamrung, M.N.S.¹ ; Wisariyapan Seubsirinukul, M.N.S.² ;
Kanokwan Kokkratok, S.N.³ ; Kamonnat Oiuphimai, S.N.³ ; Kamonwan Rangsi, S.N.³ ;
Kittithat Srirakun, S.N.³ ; Jirapriya Khamsiha, S.N.³ ; Thep-alongkorn Kornpanom, S.N.³ ;
Tidamat Ponpan, S.N.³ ; Warissara Chumkrathok, S.N.³*

(Received: October 31st, 2022; Revised: December 8th, 2022; Accepted: December 9th, 2022)

Abstract

Breastfeeding for the first 6 months is extremely important because it provides babies with all necessary nutrients and immunity from the mother and strengthens the mother-baby bond. However, the current situation is that the rate of exclusive breastfeeding for the first 6 months in Thailand is lower than the national target and much lower than the global average. One of the primary causes of the failure to exclusively breastfeed is that a postpartum mother has short nipples. This article will discuss the evaluation and solution of problems related to mothers having short nipples during the pregnancy and puerperium periods. Nurses and medical personnel can use this article as a guide to advise mothers with short nipples how to solve their problems and to continually follow the problem solving process to ensure their breastfeeding efforts are effective and successful.

Keywords: nurse role, maternal care, short nipple

¹ Registered Nurse, Senior Professional Level, Baromrajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ 3rd Year Nursing Student Class 66, Baromrajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Piyarat Sangbamrung, E-mail: piyarat@knc.ac.th

บทนำ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นพื้นฐานในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ก่อให้เกิดความผูกพัน และส่งผลดีต่อสุขภาพของมารดาและทารก (จิตติพร แสงพลอย, ศิลปะชัย ฟันพะยอม, นลินี สิทธิบุญมา, และปภาดา ชมพูนิตย, 2564) เนื่องจากนมมารดามีสารอาหารจำเป็นสำหรับทารก และในน้ำนมเหลือง (Colostrum) ยังมีภูมิคุ้มกันอิมมูโนโกลบูลินเอ (Immunoglobulin A; วรรณภา ตั้งแต่ง, ทิพวัลย์ คารามาศ และจริยา วิริยะสุทร, 2561) ขณะเดียวกัน ยังมีประโยชน์ต่อมารดา กล่าวคือ สามารถลดอัตราการตกเลือดภายหลังคลอด การเป็นมะเร็งเต้านม และมะเร็งรังไข่ (ดวงพร ภาสุวรรณ, 2563) จะเห็นว่าการให้นมมารดาภายหลังคลอดบุตรมีประโยชน์ องค์การด้านสาธารณสุขทุกประเทศ จึงให้ความสำคัญและสนับสนุนให้มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2014) แนะนำให้มารดาทุกคนเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนหลังคลอด และกินนมมารดาควบคู่กับอาหารตามวัยจนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้น จากผลสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวนาน 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 14 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) การที่มารดาตัดสินใจหยุดเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในช่วง 4-8 สัปดาห์แรกหลังคลอด มีสาเหตุมาจากการดูดของทารกไม่ถูกต้อง อาการเจ็บป่วยของทารกแรกเกิด มารดามีปัญหาที่ห้วนม เต้านม และมารดาต้องกลับไปทำงานเป็นต้น (สุดาภรณ์ พยัคฆะเรือง, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และชญาดา สามารถ, 2559) เมื่อมารดายุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาส่งผลให้ทารกไม่ได้รับสารอาหารที่ดีที่สุด และความสัมพันธ์ระหว่างมารดากับทารกลดลง

มารดาที่มีภาวะห้วนมสั้น เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่ง ที่ยุติการให้นมบุตรตั้งแต่ในช่วงแรก เนื่องจากทารกไม่สามารถคาบห้วนมได้ หรือคาบได้แล้วหลุดบ่อย ขณะดูดนม มารดารู้สึกเจ็บห้วนม มีความยากลำบากในการให้นมบุตร มารดามีความกังวล เครียด ทำให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในกลุ่มนี้น้อย เมื่อเทียบกับมารดาห้วนมปกติ (Buttham, Kongwattanakul, Jaturat, & Soontrapa, 2017) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ด้านอนามัยแม่และเด็ก มีบทบาทสำคัญในการประเมินความผิดปกติและการช่วยเหลือแก้ไขตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ เพื่อให้เกิดผลสำเร็จในการให้นมมารดาภายหลังคลอดบุตร (จิตติพร แสงพลอย และคณะ, 2564) บทความนี้ได้นำเสนอความรู้เกี่ยวกับ กายวิภาคของเต้านม ห้วนม และลานนม การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด ประโยชน์ของนมแม่ การประเมินภาวะห้วนมสั้น ผลกระทบต่อมารดาที่มีภาวะห้วนมสั้น และบทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะห้วนมสั้นในระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล หรือบุคลากรการแพทย์ ในการดูแลให้คำแนะนำมารดา เพื่อแก้ไขปัญหาความผิดปกติของห้วนม ส่งเสริมให้เกิดความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อไป

กายวิภาคของเต้านม หัวนม และลานนม

เต้านม เป็นอวัยวะที่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจนในช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด ประกอบด้วยโครงสร้างสำคัญต่อการสร้างและหลั่งน้ำนม ดังนี้ (วิลโล ซินธเนส, ธันวา ตันสถิตย์, และมนตกานต์ ตันสถิตย์, 2563)

1. หัวนม (Nipple) มีรูปร่างคล้ายกรวยเล็ก ๆ มีความยาวประมาณ 1 เซนติเมตร มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 16 มิลลิเมตร หัวนม มีลักษณะนุ่มและสามารถเปลี่ยนแปลงไปตามรูปปากของบุตรได้ ภายในหัวนมจะมีท่อน้ำนม (Lactiferous duct) ประมาณ 15-20 ท่อ สำหรับมารดาที่หัวนมมีความยาวน้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.7 เซนติเมตรนั้น ถือว่า มีภาวะหัวนมสั้น ส่งผลให้ลานนมค่อนข้างแข็ง ขาดความยืดหยุ่น

2. ลานนม (Areola) เป็นผิวหนังสีเข้มกว่าเต้านม อาจมีสีน้ำตาล หรือสีชมพู ในช่วงตั้งครรภ์จะมีสีเข้มขึ้น เป็นวงกลมล้อมรอบหัวนม มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 1.5-2.5 เซนติเมตร ผิวหนังบริเวณลานหัวนมมีตุ่มนูนของรูเปิดท่อไขมัน ทำหน้าที่สร้างสารที่เป็นไขมันเคลือบผิวหนังบริเวณหัวนม และลานหัวนม

3. เต้านม (Corpus mammae) ตั้งอยู่บริเวณหน้าอก ระหว่างกระดูกซี่โครงคู่ที่ 2 ถึงคู่ที่ 6 วางอยู่บนกล้ามเนื้อหน้าอก มีเส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 12 เซนติเมตร ภายในเต้านมเป็นเนื้อเยื่อที่ประกอบด้วยต่อมน้ำนม (Alveolar) ท่อน้ำนม (Duct) และเนื้อเยื่อไขมัน ท่อน้ำนมมีการแตกแขนงเป็นฝอยคล้ายกิ่งของต้นไม้ ส่วนปลายพองออกเป็นกระเปาะ เรียกว่า ต่อมาน้ำนม (Alveolus)

น้ำนมที่สร้างภายในเซลล์ต่อมน้ำนม (Alveolar cells) จะมารวมอยู่ภายในกระเปาะของต่อมน้ำนม (Alveolus) เมื่อเซลล์กล้ามเนื้อเล็ก (Myoepithelial cells) หดตัวจะบีบไล่น้ำนมในต่อมน้ำนมให้ไหลไปตามท่อ (Ductule) และไปรวมกันที่ ท่อน้ำนม (Lactiferous duct) ซึ่งจะเปิดที่หัวนม ส่วนของท่อที่ทอดผ่านบริเวณใต้ลานหัวนมจะพองออกเป็นกระเปาะเรียกว่า แอ่งน้ำนม (Lactiferous sinus) ทำหน้าที่เป็นที่พักเก็บน้ำนม จากนั้นท่อจะมีขนาดเล็กลงและเปิดออกที่ปลายหัวนมประมาณ 15-20 ท่อ

การเปลี่ยนแปลงของเต้านมในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอด

เมื่อเริ่มตั้งครรภ์ (Mammogenesis) สฮอร์โมนจากรก และรังไข่ ที่กระตุ้นให้เต้านมมีความพร้อมในการสร้างและหลั่งน้ำนม ได้แก่ Estrogen, Progesterone, Human placental lactogen (HPL) และ Human chorionic somatomammotropin (HCS) โดย Estrogen จะกระตุ้นให้ต่อมใต้สมอง (Pituitary gland) สร้าง Prolactin ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยในการสร้างน้ำนม จะกระตุ้นให้ท่อน้ำนมและต่อมน้ำนมเจริญมากขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมสร้างน้ำนมต่อไป ในขณะที่เดียวกัน Estrogen, Progesterone และ HPL ที่เพิ่มมากขึ้นในระยะตั้งครรภ์ ยับยั้งกระบวนการสร้างน้ำนม แต่เมื่อเข้าสู่ระยะหลังคลอด Estrogen และ Progesterone ลดลงอย่างรวดเร็ว ทำให้ Hypothalamus สร้าง Prolactin เพิ่มขึ้นกว่าในระยะตั้งครรภ์ ร่วมกับได้รับการกระตุ้นจากการดูดของทารก ทำให้มีการสร้างน้ำนม ในปริมาณเพิ่มใน 2-3 วันแรก หลังคลอด และได้รับอิทธิพลจากฮอร์โมน Oxytocin จึงเกิดการหลั่งน้ำนม

ประโยชน์ของนมแม่

น้ำนมมารดามีสารอาหารครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันจากมารดา ช่วยป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ย่อยง่ายจึงช่วยในการขับถ่าย (Layuk, Sinrang, & Asad, 2021) ป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ และการอักเสบของหูชั้นกลาง (สุสัณหา ยิ้มแย้ม, 2556) ในระยะยาวสามารถลดโอกาสการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วนในวัยเด็ก (ศศิธรา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตมา, และกันยรักษ์ เสงเจริญ, 2563) ช่วยให้ทารกมีระดับสติปัญญาดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ Horta (2019) พบว่าทารกที่ได้รับนมมารดาอย่างเดียว 6 เดือนขึ้นไป เมื่อเข้าสู่วัยเด็กจะมีไอคิวสูงกว่าทารกได้รับนมมารดาดำกว่า 6 เดือน ถึง 3.4 คะแนน (95%CI [2.3–4.6]) และมีความฉลาดทางอารมณ์ดี ช่วยสร้างความผูกพันระหว่างมารดากับทารก และสามารถลดอัตราการตกเลือดหลังคลอด ลดอัตราการเป็นมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ในมารดา (ดวงพร ผาสวรรณ, 2563) ช่วยควบคุมน้ำหนักมารดาหลังคลอด และคุมกำเนิด (วรรณนัท ทินวงษ์ และดวงใจ ทองอาจ, 2558) ประหยัดค่าใช้จ่าย (ชุดาณัฐ์ ขุนเพชร และศศิกันต์ กาละ, 2561) กล่าวได้ว่าน้ำนมมารดาเป็นอาหารที่เหมาะสมสำหรับทารกมากที่สุดในช่วง 6 เดือนแรกและการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจของมารดาและทารกอย่างยิ่ง

การประเมินภาวะหัวนมสั้น

การประเมินภาวะหัวนมสั้นสามารถทำได้หลายวิธี จากการศึกษาของ Thanaboonyawat, Chanprapaph, Puriyapan, and Lattalapakul (2012) ได้เสนอวิธีการตรวจประเมินหัวนมและลานนม (Siriraj Areola and Nipple Assessment [SANA]) มีรายละเอียด ดังนี้

1. การประเมินหัวนม

1.1 การวัดความยาวหัวนม จัดให้มารดาอยู่ในท่านั่งหลังตรง จากนั้นคลึงหัวนม (Nipple rolling) เบาๆ 5 วินาทีก่อนตรวจ ใช้เวอร์เนียรคาลิเปอร์ (Vernier caliper) หรือไม้บรรทัด วัดความยาวของหัวนม โดยวัดตั้งฉากกับลานหัวนม เริ่มจากโคนหัวนมจนถึงยอดของหัวนมที่สูงที่สุด หน่วยเป็นมิลลิเมตร

การแปลผล ปกติหัวนมจะมีความยาวระหว่าง 7-10 มิลลิเมตร หากมีความยาวน้อยกว่า 7 มิลลิเมตร จัดว่าเป็นหัวนมสั้น แบ่งความรุนแรงเป็น 4 ระดับ ดังนี้ 1) หัวนมสั้นไม่มาก หมายถึง หัวนมที่มีความยาวระหว่าง 4-6 มิลลิเมตร 2) หัวนมสั้นมาก หมายถึง หัวนมที่มีความยาวน้อยกว่า 4 มิลลิเมตร 3) หัวนมบอด (Flat nipple) หมายถึง หัวนมที่เรียบเสมอลานนม และ 4) หัวนมบุ๋ม (Inverted nipple) หมายถึง หัวนมบุ๋มลึกลงไปจากลานนม

1.2 การทดสอบการดึงรั้งหัวนม ทดสอบโดยใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณหัวนมแล้วดึงขึ้น (Nipple pulling) หากจับไม่ติด ดึงไม่ขึ้น หรือมีแรงต้าน แสดงว่า หัวนมมีการดึงรั้ง (Retraction nipple)

1.3 การทดสอบการหดกลับของหัวนม ทดสอบโดยการบีบบริเวณขอบนอกของลานหัวนมเข้าหากันด้วยนิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือ (Pinch's test) หากพบว่าหัวนมที่ยื่นออกมาในสภาพปกติ กลับหดกลับเป็นหัวนมบุ๋มลึกลงไปจากลานนม คล้ายปล่องภูเขาไฟ เรียกว่า Pseudo inverted nipple

2. การประเมินลานนม เป็นการทดสอบความยืดหยุ่นของลานนม เพื่อประเมินว่าทารกจะสามารถอมลานห้วนมได้หรือไม่ เทคนิคการทดสอบคือการใช้นิ้วชี้และนิ้วหัวแม่มือจับบริเวณลานห้วนมแล้วยกขึ้น (Areola compression) การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ เกรด 0 (ลานห้วนมแข็ง จับไม่ติด) เกรด 1 (ลานห้วนมตึง จับติด แต่ดึงแล้วมีแรงต้าน) และเกรด 2 (ลานห้วนมยืดหยุ่นดี จับติด)

การประเมินห้วนมและลานนม เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลร่วมกับมารดา เพื่อคัดกรองและวางแผนแก้ไขปัญหาลานนมสั้น ช่วยป้องกันการยุติเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ (นิภา เพียรพิจารณ์, 2558; ศรุตยา รองเลื่อน, 2553)

ผลกระทบต่อมารดาที่มีภาวะห้วนมสั้น

มารดาที่มีภาวะห้วนมสั้น จะทำให้ทารกไม่สามารถอมห้วนมได้ คุณนมลำบาก ส่งผลให้มารดาเจ็บปวดขณะให้นม ห้วนมแตก และน้ำนมมาน้อย (ปิยรัตน์ จินาพันธุ์, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, จตุพร เพิ่มพรสกุล, และลมัย แสงเพ็ง, 2561) อาการดังกล่าวสัมพันธ์กับการคุณนมมารดาของทารก การคุณนมไม่ดี ทำให้น้ำนมคั่ง เต้านมคัดตึง นอกจากนี้การจัดท่าลูกหรืออุ้มลูกไม่ถูกต้อง ทำให้การอม และการคุณนมของทารกไม่ได้ เกิดการปฏิเสธการดูดเต้า ยิ่งทำให้มารดาเกิดความเหนื่อยล้า ท้อแท้ รู้สึกผิดเพราะความไม่พร้อมของสรีระตนเอง (ลมัย แสงเพ็ง และยุวดี วิทย์พันธ์, 2561) สร้างความวิตกกังวลและทุกข์ใจ กลัวบุตรจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ เป็นสาเหตุให้มารดายุติการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาก่อน 6 เดือน หลังคลอด ดังนั้นพยาบาลและเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพที่มีหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลงานอนามัยแม่และเด็ก จึงมีหน้าที่ประเมินและแก้ไขภาวะห้วนมสั้นตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด เพื่อเตรียมความพร้อมในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อไป

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะห้วนมสั้น

พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการประเมิน ให้ความรู้ และแนะนำวิธีการแก้ไขห้วนม ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และระยะหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง ถือเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญในการส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาบทบาทของพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะห้วนมสั้น ระยะตั้งครรภ์ และระยะหลังคลอด มีดังนี้

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะห้วนมสั้นระยะตั้งครรภ์

1. บทบาทพยาบาลในการประเมินลักษณะห้วนมและลานนม บันทึกขนาดความยาวของห้วนมและความยืดหยุ่นของลานนมลงในแบบบันทึก การคัดกรองเพื่อประเมินปัญหาห้วนมสั้นของคลินิกนมแม่ (ปราณี รวีทอง, 2560) ประเมินระดับห้วนมสั้น และแนะนำวิธีการใช้ปทุมแก้ว (Breast cups) แก้ไขภาวะห้วนมสั้น โดยแนะนำให้มารดาครอบปทุมแก้วบนเต้านม แล้วสวมเสื้อชั้นในทับไว้ในเวลากลางวัน ปทุมแก้วจะช่วยดึงให้ห้วนมยื่นยาวออก และช่วยนวดลานนมให้นุ่ม ทำให้ทารกสามารถคุณนมได้ง่ายขึ้น

2. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความรู้แก่มารดา เพื่อแก้ไขภาวะหัวนมสั้น โดยประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ เช่น YouTube, Line, Facebook, Messenger, Instagram ทำเป็นสื่อที่มีความน่าสนใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ฟังไม่เกิดความเบื่อหน่าย สามารถดูซ้ำหลายรอบ และสามารถรับข้อมูลได้อย่างเต็มที่ (จิตพร แสงพลอย และคณะ, 2564)

บทบาทพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีปัญหาหัวนมสั้นในระยะหลังคลอด

1. บทบาทพยาบาลในการประเมินการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีเครื่องมือหรือแบบประเมินที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ โดยมีรายละเอียดการประเมินที่แตกต่างกัน เกณฑ์ที่ใช้อาจประเมินจากทารกหรือประเมินจากทั้งมารดาและทารก ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้ (ภาวินี พัวพรพงษ์, 2557)

1.1 LATCH assessment ใช้สำหรับประเมินการอมหัวนมและลานนม (Latch [L]) การได้ยินเสียงกลืนน้ำนม (Audible [A]) ลักษณะหัวนมของแม่ (Type of nipple [T]) ความรู้สึกสบายเต้านมและหัวนม (Comfort [C]) และท่าอุ้มลูกหรือจัดท่าลูกขณะให้นม (Hold [H]) วิธีดังกล่าวเป็นที่นิยมในแผนกหลังคลอด โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการเฝ้าระวังปัญหาาระหว่างให้นมบุตร และให้การดูแลมารดาในระยะหลังคลอด

1.2 Systematic Assessment of the Infant at Breast (SAIB) ใช้สำหรับประเมินแนวการวางตัวของทารก การอมคาบหัวนมและลานนม การกบบริเวณลานนม และการได้ยินเสียงทารกกลืนน้ำนม

1.3 The Mother-Baby Assessment (MBA) ใช้สำหรับประเมิน สัญญาณความพร้อมในการดูดนม ท่าทางในการดูดนม การเข้าเต้า การไหลของน้ำนม และการหยุดดูดนม

1.4 Infant Breastfeeding Assessment Tool (IBFAT) ใช้สำหรับประเมินความพร้อมในการรับนม การเชยให้อ้าปากกว้าง การอมคาบหัวนมและลานนม และรูปแบบการดูดนม

1.5 Lactation Assessment Tool (LAT) ใช้สำหรับประเมินการเข้าเต้า มุมของการอ้าปากที่เต้านม ริมฝีปากปลิ้นออก ตำแหน่งศีรษะทารก เส้นแนวของแก้มทารก ระดับความสูงของทารกที่เต้านม การหมุนหันลำตัวของทารก ความสัมพันธ์ของลำตัวทารกกับมารดา และพลศาสตร์การดูดนม

1.6 Mother-Infant Breastfeeding Progress Tool (MIBPT) ใช้สำหรับประเมินปฏิกิริยาตอบสนองของมารดา ระยะเวลาการให้นมลูก การอมหัวนมและการคาบลานนม การดูดนมแรง การจัดทำให้นม การเข้าเต้า การหมุนหันลำตัวของทารก หัวนมของมารดา และความคิดเห็นด้านลบในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

1.7 Breastfeeding Assessment Score (BAS) ใช้สำหรับประเมินอายุมารดา ประสบการณ์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จำนวนครั้งในการเข้าเต้ายาก ระยะห่างระหว่างการให้นมบุตรแต่ละครั้ง จำนวนนมผสมที่ได้รับในโรงพยาบาล ประวัติการผ่าตัดเต้านมมาก่อน ประวัติมารดาที่มีความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ และการคลอดลูกโดยใช้เครื่องดูดสุญญากาศ

2. บทบาทพยาบาลในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการจัดทำให้นมบุตร ควรจัดทำในการให้นมให้เหมาะสม และสะดวกสบาย โดยยึดหลักการให้ศีรษะทารกสูงกว่าก้นเล็กน้อย ปากลูกอยู่ระดับเดียวกับ

ห้วนมมารดา ตะแคงศีรษะและลำตัวทารก จนหน้าท้องทารกแนบกับหน้าท้องมารดา อาจใช้หมอนช่วยรองแขนของมารดาและลำตัวทารก ทำอุ้มที่ใช้บ่อยสำหรับการให้นมบุตร มีดังต่อไปนี้ (สุภาวดี แถวเพ็ญ, สุทธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล, และวรรณพร คำพิลา, 2564)

2.1 ท่าฟุตบอล (Football or Clutch hold position) อุ้มทารกด้วยแขนข้างเดียวกับด้านมข้างที่จะให้ทารกดูด โดยให้ลำตัวทารกอยู่ได้รักแร้ ปลายเท้าชี้ไปทางด้านหลังของมารดา ฝ่ามือประคองท้ายทอยและต้นคอ

2.2 ท่าอุ้มขวางตักประยุกต์ (Cross cradle position) อุ้มด้วยแขนข้างตรงกันข้ามกับด้านมข้างที่จะให้ทารกดูด ฝ่ามือประคองต้นคอและท้ายทอยทารก กันอยู่ตรงข้อพับข้อศอกของมารดา

2.3 ท่าอุ้มขวางตัก (Cradle position) อุ้มด้วยแขนข้างเดียวกับด้านมข้างที่จะให้ทารกดูด ฝ่ามือประคองลำตัวและก้นทารกไว้ ศีรษะอยู่ตรงข้อพับข้อศอกของมารดา

2.4 ท่านอน (Lying down position) มารดาและทารกนอนตะแคงเข้าหากัน โดยให้มารดานอนศีรษะสูงกว่าลำตัวเล็กน้อย อุ้มทารกด้วยแขนเดียวกับด้านมที่จะให้ทารกดูด ฝ่ามือประคองลำตัวและก้นทารกไว้ ศีรษะอยู่ตรงข้อพับข้อศอกของมารดา

ขณะให้นมบุตร ให้จับเต้านมในลักษณะดังต่อไปนี้ 1) ประคองเต้านมรูปตัวซี (C-hold) นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านบนเหนือขอบนอกของลานห้วนม อีกสี่นิ้วที่เหลือประคองใต้เต้านม 2) ประคองเต้านมรูปตัวยู (U-hold) นิ้วหัวแม่มืออยู่ด้านข้างนอกลานห้วนม ประคองเต้านมให้อยู่บนฝ่ามือระหว่างนิ้วหัวแม่มือและนิ้วทั้งสี่ และ 3) ประคองเต้านมรูปตัววี (V-hold) นิ้วชี้อยู่ด้านบนเหนือขอบนอกของลานนม นิ้วกลางอยู่ด้านล่างนอกลานห้วนม นิ้วที่เหลือช่วยประคองเต้านมไว้

3. บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมการให้ความรู้และฝึกทักษะแก่มารดาในการแก้ไขภาวะห้วนมสั้น มีวิธีการปฏิบัติ ดังนี้

3.1 วิธีใช้นิ้วมือดึงแยกให้ห้วนมโพล์ (Hoffman's exercise) เป็นการบริหารกล้ามเนื้อของห้วนมและลานนม โดยวางนิ้วหัวแม่มือ 2 ข้างชิดโคนห้วนมในแนวตรงกันข้ามกัน ดึงห้วนมให้ยื่นออกมาเบาๆ เปลี่ยนตำแหน่งของนิ้วมือไปรอบๆ ห้วนม อาจทำร่วมกับคลึงห้วนม คือการใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้จับที่โคนห้วนมแล้วยกขึ้น ปั่นห้วนมเบาๆ ทำข้างละประมาณ 30 ครั้งต่อวัน การปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ตั้งครรภ์สามารถทำให้ห้วนมมีความยาวเพิ่มขึ้น (Thurkkada et al., 2022)

3.2 ใช้เครื่องช่วยดึงห้วนม (Nipple puller) โดยใช้มือบีบกระเปาะยางพร้อมกับวางขอบแก้วครอบห้วนมจนชิดลานนม ปล่อยมือที่บีบกระเปาะยางห้วนมจะถูกดึงยืดออกมา ทำข้างละ 10 นาทีต่อวัน หลังอาบน้ำเข้า เย็น สามารถนำกระบอกฉีดยา (Syringe) มาดัดแปลงเป็นอุปกรณ์ช่วยดึงห้วนมได้ วิธีนี้ส่งผลให้อัตราเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว อย่างน้อย 6 เดือน เพิ่มขึ้น (Nabulsi, Ghanem, Abou-Jaoude, & Khalil, 2019)

3.3 นวัตกรรมสร้างห้วนม ใช้อุปกรณ์ ประกอบด้วย ยางวงมดผสมขนาดเล็ก 2 เส้น และแผ่นเอนโดฟิล์มชนิดสีเหลือง 2 แผ่น มีวิธีการสร้างห้วนม คือ ใช้ Nipple puller ดึงห้วนมค้างไว้ 1-2 นาที

จากนั้นนำ Nipple puller ออก แล้วนำยางวงมารัดหัวนมบริเวณฐานเพื่อให้หัวนมคงรูป แล้วจึงนำแผ่นเอนโดฟิล์ม ที่ตัดเป็นวงกลมด้านในของแผ่นให้มีเส้นผ่าศูนย์กลางเท่ากับขนาดหัวนม มาติดครอบหัวนมบนลานนม จากนั้นปลดยางที่รัดหัวนมออก หัวนมจะชู ยาวขึ้นและตั้งคงรูป ทำนวัตกรรมการสร้างหัวนมทั้งสองข้าง และจะติดไว้จนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (จตุพร เพิ่มพรสกุล, ปิยรัตน์ รอดแก้ว, และอุทุมพร คลยเกษม, 2564) แต่วิธีนี้ต้องอาศัยการจัดทำอุ้ม และความชำนาญในการใช้นวัตกรรมการให้การดูแลใกล้ชิดในช่วงหลังคลอดจึงจะประสบความสำเร็จ

4. บทบาทพยาบาลในการสอนการนวดเต้านม มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการไหล เพิ่มปริมาณน้ำนม ลดอาการเจ็บเต้านม และลดอาการท่อน้ำนมอุดตัน โดยวิธีการนวดเต้านมจะแยกตามวัตถุประสงค์ดังแสดงในตารางที่ 1 (ศศิธรา นุ่มภา และคณะ, 2563)

ตารางที่ 1 วิธีการนวดเต้านม

วิธีการ	วัตถุประสงค์	หลักการของการนวดเต้านม
Oketani breast massage	ลดอาการเจ็บเต้านม เพิ่มปริมาณน้ำนม	การลดแรงดันบริเวณรอยต่อระหว่างฐานหัวนม และกล้ามเนื้อทรวงอกมัดใหญ่ ส่งผลต่อการเพิ่มการไหลเวียนของเลือด และลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ
Therapeutic breast massage in lactation	ลดอาการเจ็บเต้านม เต้านมคัดตึง และท่อน้ำนมอุดตัน	การเพิ่มการไหลเวียนของเลือดและน้ำเหลือง ส่งผลต่อการลดอาการบวมของเนื้อเยื่อบริเวณเต้านม
Reverse pressure softening	ลดอาการเจ็บเต้านม	การเพิ่มแรงดันย้อนกลับ ส่งผลต่อการลดความคัดตึงของเต้านมบริเวณลานนม และเพิ่มความสะดวกของการไหลของน้ำนม
Pectoral muscle massage	ลดอาการเจ็บเต้านมจากการหดตัวของกล้ามเนื้อทรวงอกส่วนบน	ลดการหดเกร็งของกล้ามเนื้อทรวงอก (Thoracic muscle) กล้ามเนื้อหน้าอก (Pectoral muscle) และกล้ามเนื้อเซราตัสส่วนหน้า (Anterior serratus muscle) โดยการยืดเหยียดจะทำให้ส่งเสริมการไหลเวียนเลือด และลดการอุดตันของหลอดเลือดแดง
Six-step recanalization manual therapy	ลดอาการท่อน้ำนมอุดตัน	การบริหารบริเวณหัวนม และลานนมในหลายทิศทางเพื่อกระตุ้นและไล่น้ำนมบริเวณท่อน้ำนม และการไล่น้ำนมก้อนที่มีน้ำนมค้างอย่างอ่อนโยน
Comprehensive treatment	ลดอาการท่อน้ำนมอุดตัน	โปรแกรมแบบบูรณาการระหว่างการประคบร้อน การตรวจด้วยคลื่นความถี่สูง การนวด และให้ความรู้ ซึ่งการนวดจะเพิ่มการยืดหยุ่นของเต้านม และการบีบไล่น้ำนมที่ค้างด้วยวิธีป้องกันน้ำนมไหลเข้าก้อนที่อุดตัน (Backed-up milk in the lump)

วิธีการ	วัตถุประสงค์	หลักการของการนวดเต้านม
Breast care	ส่งเสริมการไหลของน้ำนม เพิ่มปริมาณน้ำนม	เพิ่มความยืดหยุ่นของหัวนม เต้านม และการเตรียม เต้านมสำหรับการสร้างน้ำนมตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์และ หลังคลอด
Marmet massage	ส่งเสริมการไหลของน้ำนม เพิ่มปริมาณน้ำนม	การประสานการนวดและการบีบน้ำนมด้วยมือ เพื่อ กระตุ้นกลไกการหลั่งน้ำนม (Milk ejection reflex)
Oxytocin massage	ส่งเสริมการไหลของน้ำนม เพิ่มปริมาณน้ำนม	การนวดบริเวณกระดูกไขสันหลังซึ่งเป็นบริเวณที่ กระตุ้นสารสื่อประสาทไปยังสมองส่วนหลังฮอริโมน ออกซิโตซิน

4. บทบาทพยาบาลในการติดตามแก้ปัญหาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งกลุ่มสนับสนุน การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และส่งมารดาไปติดต่อกลุ่มดังกล่าวเมื่อออกจากโรงพยาบาลหรือคลินิก (ปิ่นผัด บณขุทธ, ถาวรีย์ แสงงาม, วิรุฬห์ พิมมานุรักษ์ และกัลยา มั่นล้วน, 2564)

สรุป

ภาวะหัวนมสั้น มีผลทำให้ทารกดื่มนมไม่มีประสิทธิภาพ และมารดาารู้สึกเจ็บปวดขณะให้นม คัดเต้านม ผลลัพธ์สุดท้าย คือ ไม่สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้สำเร็จ ก่อให้เกิดปัญหาด้านจิตใจต่อ มารดาและทารก การสร้างสัมพันธภาพไม่ดี ดังนั้น การแก้ไขปัญหามารดาที่มีหัวนมสั้นจึงมีความสำคัญ มารดาทุกรายควรได้รับการประเมินหัวนมและลานนมตั้งแต่ครั้งแรกที่มาฝากครรภ์ เมื่อพบปัญหาควร แนะนำวิธีการแก้ไขหัวนม และส่งเสริมการปฏิบัติอย่างถูกต้องต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์เมื่อเข้าสู่ระยะ หลังคลอด ใช้การนวดเต้านม ช่วยจัดทำทางให้เหมาะสมในขณะอุ้มให้ทารก การแก้ไขดังกล่าวข้างต้น ต้องอาศัยเวลา ความอดทน และความพยายามของมารดาอย่างยิ่ง ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการ ประเมินความผิดปกติ ให้ความรู้ แนะนำวิธีการแก้ไข และให้การสนับสนุนสร้างกำลังใจ จนกระทั่งมารดา มีความมั่นใจ สามารถแก้ปัญหาได้ด้วยตนเอง และสามารถให้นมบุตรอย่างเดียวก่อนครบ 6 เดือน

เอกสารอ้างอิง

- จตุพร เพิ่มพรสกุล, ปิยรัตน์ รอดแก้ว, และอุทุมพร ดุลยเกษม. (2564). ผลของการใช้นวัตกรรมการสร้าง หัวนมต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีหัวนมสั้น. *วารสาร มหาวิทยาลัยนครพนม*, 8(2), 154-167.
- ชุตานันท์ ขุนเพชร, และศศิกันต์ กาละ. (2561). ประสบการณ์ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ มารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(2), 1-11.
- จิตติพร แสงพลอย, ศิลปะชัย ฝันพะยอม, นลินี สิทธิบุญมา, และปภาดา ชมพูนิตย์. (2564). สื่อสังคมออนไลน์: แนวทางการประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา. *วารสารพยาบาลสุขภาพ*, 15(1), 42-53.

- ศุภวดี แถวเพ็ญ, สุทธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล, และวรรณพร คำพิลา. (2564). *การพยาบาลมารดาหลังคลอด: แบบแผนสุขภาพ*. ขอนแก่น: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงพร ผาสุวรรณ. (2563). ความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน: กรณีศึกษา จังหวัดนครปฐม. *วารสารเกื้อการุณย์*, 27(1), 77-84.
- นิภา เพียรพิจารณ์. (2558). *คู่มือการพยาบาลการส่งเสริมสายสัมพันธ์แม่-ลูก และการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในห้องคลอด*. กรุงเทพฯ: งานการพยาบาลสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปิ่นนัตถ์ บณขุนทด, ถาวรีย์ แสงงาม, วิริทธิ์ พิมมานุรักษ์, และกัลยา มั่นล้วน. (2564). บทบาทพยาบาลและครอบครัวในการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาวัยรุ่นหลังคลอด. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์*, 36(2), 275-282.
- ปราณี รวิทอง. (2560). *ผลลัพธ์การแก้ปัญหาหัวนมสั้นและทารกสามารถดูดนมมารดาได้ภายในห้องคลอด 3 วัน ในโรงพยาบาลกลาง*. สืบค้นจาก <http://203.155.220.238/csc/attachments/article/189/nurse601106.pdf>
- ปิยรัตน์ จินาพันธุ์, อัจฉรา มีนาสันติรักษ์, จตุพร เพิ่มพรสกุล, และลมัย แสงเพ็ง. (2561). ผลของนวัตกรรมการสร้างหัวนมต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังคลอดที่มีหัวนมสั้น. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19(3), 185-194.
- ภาวิน พัวพรพงษ์. (2557). การประเมินการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 21(1), 10-21.
- ลมัย แสงเพ็ง, และยุวดี วิทย์พันธ์. (2561). ศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระหว่างมารดาหัวนมสั้นกับหัวนมปกติ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช. *มหาสาร*, 2(1), 8-18.
- วรรณภา ตั้งแต่ง, ทิพวัลย์ ดารามาศ, และจริยา วิทยะสุกร. (2561). ผลของการให้โคลอสตรัมทางปากในทารกเกิดก่อนกำหนดต่ออัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล. *รามาชิปดีพยาบาล*, 24(2), 109 – 121
- วรรณนัท ทินวัง, และดวงใจ ทองอาจ. (2558). *นมแม่ดีที่หนึ่ง ลูกฉลาด แข็งแรงสมวัย*. สืบค้นจาก https://hpc9.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/hpc9/n937_1f86ee470e32a70da0d4a279bb3cad10_article_20170110085952.pdf
- วิลัย ชินชนะ, ธันวา ตันสถิตย์, และมนตกานต์ ตันสถิตย์. (2563). *กายวิภาคศาสตร์ของมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 20). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สามลดา.
- ศรุตยา รongเลื่อน. (2553). *คู่มือการประเมิน/การแก้ไขหัวนมและลานหัวนม*. สืบค้นจาก <https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/183/Nipple%20and%20Nipple%20Assessment%20%20Correction%20Guide.pdf>

ศศิธารา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิตติมา, และกันยรักษ์ เสงยเจริญ. (2563). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 38(3), 4-21.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *โครงการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2562, รายงานผลฉบับสมบูรณ์*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สุดากรณ์ พัยคมเรือง, พรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และชญาดา สามารถ. (2559). ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ระยะหลังคลอด: ประสบการณ์ของมารดา. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 34(3), 30-40.

สุสัณห์ ยิ้มแย้ม. (2556). การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในมารดาที่ทำงานนอกบ้าน. *พยาบาลสาร*, 40(3), 129-137.

Buttham, S., Kongwattanakul, K., Jaturat, N., & Soontrapa, S. (2017). Rate and factors affecting non-exclusive breastfeeding among Thai women under the breastfeeding promotion program. *International Journal of Women's Health*, 9, 689-694. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S148464>

Horta, B. L. (2019). Breastfeeding: investing in the future. *Breastfeeding Medicine*, 14(S1), S-11. <https://doi.org/10.1089%2Fbfm.2019.0032>

Layuk, N., Sinrang, A. W., & Asad, S. (2021). Early initiation of breastfeeding and gut microbiota of neonates: A literature review. *Medicina Clinica Practica*, 4, 100222. <https://doi.org/10.1016/j.mcpsp.2021.100222>

Nabulsi, M., Ghanem, R., Abou-Jaoude, M., & Khalil, A. (2019). Breastfeeding success with the use of the inverted syringe technique for management of inverted nipples in lactating women: A study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3880-8>

Thanaboonyawat, I., Chanprapaph, P., Puriyapan, A., & Lattalapakul, J. (2012). Association between breastfeeding success rate and nipple length and diameter in Thai pregnant women. *Siriraj Medical Journal*, 64(1), 18-21.

Thurkkada, A. P., Rajasekharan Nair, S., Thomas, S., Sreelekha, P., Sanu, S. K., Chandran, P. R., & Pillai Sreekanth, G. (2022). Effectiveness of hoffman's exercise in postnatal mothers with grade 1 inverted nipples. *Journal of Human Lactation*, 08903344221102890. <https://doi.org/10.1177/08903344221102890>

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

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์และขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้แต่งได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of authors) ตามที่ปรากฏใน จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (Publication ethics) อย่างเคร่งครัด

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม Microsoft word กำหนดขนาดกระดาษเป็น A4 จัดระยะขอบกระดาษ 1 นิ้ว (หรือ 2.54 ซม.) โดยรอบ 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	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 บทความวิจัยเชิงปริมาณไม่เกิน 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. บทคัดย่อยางงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์ห้อภิมาณ ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย เกณฑ์ในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผล ที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่สำคัญของต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุป ข้อจำกัด และคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบาย และ/หรือ การปฏิบัติ
3. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎีปรากฏการณ์ที่เหมาะสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย 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>

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 1, พย.ม. ^{1*}

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 2, Ph.D. ²

บทคัดย่อ

การเขียนบทคัดย่อ จัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง โดยใช้ตัวอักษร Angsana new ลักษณะตัวอักษรปกติ ขนาด 16 ความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรมีอ้างอิงในเนื้อหา รายละเอียดในหน้าบทคัดย่อภาษาไทยต้องมีรายละเอียดเหมือนกับหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

บทคัดย่อของความวิจัย เขียนเป็นความเรียง เริ่มต้นจาก.....(ปัญหาการวิจัยที่สรุปพอสังเขปได้จากบทนำ)..... (วัตถุประสงค์ และหรือระเบียบวิธีวิจัย).....(การคัดเลือก ลักษณะ และ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง).....(เครื่องมือวิจัยที่ใช้และผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ)..... (ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล [Effect size] ช่วงความเชื่อมั่น [Confidence interval] และระดับนัยสำคัญ).....(อภิปราย และสรุปผลการวิจัย).....

บทคัดย่อของบทความวิชาการ เขียนเป็นความเรียง เริ่มต้นจาก.....(ปัญหา หรือสถานการณ์ที่ต้องการนำเสนอแนวคิด)..... (เนื้อหา/ ประเด็นที่ต้องการนำเสนอ).....(วัตถุประสงค์ของผู้แต่งที่ต้องการนำเสนอเนื้อหาดังกล่าว).....(อภิปราย การนำผลจากประเด็นที่นำเสนอไปใช้ประโยชน์).....

คำสำคัญ: การเขียนชื่อเรื่อง, บทคัดย่อ, การ เขียนคำสำคัญ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลXXXX

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยXXXX

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชื่อ นามสกุลผู้ประสานงาน, อีเมล: XXXX@knc.ac.th

Title in English

Name Surname, M.N.S.^{1*}

Name Surname, Ph.D.²

Abstract

XXXXXXXXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXX

Keyword: XXXXXX, XXXXXX, XXXXXX

¹ Registered Nurse, Professional Level, XXXXXX Hospital

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, XXXX University.

* Corresponding author: Name Surname, E-mail: XXXX@gmail.com

บทนำ

ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษา ความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมุติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อรองดังนี้
วัตถุประสงค์ และ/หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

1. XXXX

สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1. XXXX

กรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี)

เขียนอธิบายหรือสร้างกล่องข้อความแสดงความเชื่อมโยงกรอบแนวคิด ตัวแปรที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้านำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี)

อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้ ตัวอย่างเช่น

ระดับความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สบายทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในขณะที่มีดลูกหดตัว 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

อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขประบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น 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 พร้อมระบุอ้างอิงวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

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 ขั้นการทดลอง จัดกิจกรรมที่..... เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้
 - 1.2.1 สัปดาห์ที่ 1 ประกอบด้วย
 - 1.2.2 สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรม.....
2. กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง
 - 2.1 XXXX
3. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ และนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ระบุสถิติที่ใช้วิเคราะห์ให้เหมาะสมตามประเภทของข้อมูล ตัวแปรหรือระดับการวัด รวมทั้งผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้น (ถ้ามี) ของสถิติที่เลือกใช้

ผลการวิจัย

เขียนสรุปการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผลการวิจัยนำเสนอ 1 ย่อหน้าแล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง ให้เขียนย่อหน้านำเพื่อบรรยายจุดเด่น แล้วจึงอ้างอิงไปยังตาราง ทั้งนี้ ข้อมูลในการบรรยาย ไม่ควรซ้ำซ้อนกับข้อมูลในตาราง ตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งปวง 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)	

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 พร้อมทั้งระบุนายการอ้างอิงในเนื้อหาอย่างเหมาะสม 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 และข้อเสนอแนะสำหรับการเขียน

บทความวิชาการ มีส่วนประกอบ ดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
2. บทนำ ให้อธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียน และจุดประสงค์การเขียน
3. เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง 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 ส่วนผู้แต่งชาวไทย ใช้คำว่า *และ* ทั้งสองตำแหน่ง

การอ้างอิงในเนื้อหาที่มี 2 รายการขึ้นไป ให้เรียงรายการตามลำดับอักษรเช่นเดียวกับที่เขียนในเอกสารอ้างอิงท้ายบท โดยค้นแต่ละรายการด้วยอักษร (;) เช่น *ค้นธบำบัดช่วยให้นิรโรคลดความรู้สึกผ่อนคลายมากขึ้น (Huntley, 2012; Smith, Collins, & Crowther, 2011)*

ถ้าผู้แต่งเป็นคนเดียวกัน แต่มีเอกสารอ้างอิงหลายรายการ ให้เขียนชื่อผู้แต่งเพียงครั้งเดียว แล้วเรียงลำดับรายการอื่นตามปีที่พิมพ์ เช่น *จากการศึกษาเกี่ยวกับค้นธบำบัด (Huntley, 2012; Smith, Collins, & Crowther, 2011, 2012, 2013, in press) ผู้วิจัยพบว่าผลลัพธ์มีความแตกต่างกัน*

ตัวอย่างการวางตำแหน่ง นาม-ปี ที่อ้างอิง

ให้ผู้แต่งพิจารณาว่าจะอ้างอิงอยู่ในนขลิขิต (วงเล็บ) หรือนอกวงเล็บตามความเหมาะสม เช่น

ค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์อยู่ในระดับที่ต่ำ (กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, รัชญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญโญมิตร, 2553) หรือ

กมลรัตน์ เทอร์เนอร์, รัชญวลัย บุญประสิทธิ์, และสุนทรี ภิญโญมิตร (2553) ศึกษาค่าเฉลี่ยสมรรถนะการใช้ภาษาอังกฤษของนักศึกษาตามการรับรู้ของตนเองและของอาจารย์พบว่าอยู่ในระดับต่ำ

ตัวอย่างการยกข้อความมาอ้างอิงโดยตรง (Direct quotation)

การอ้างอิงข้อความหรือคำพูดที่คัดคำมาโดยตรงจากรวบรวมหรือบทสัมภาษณ์โดยตรง 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) ไม่ต้องใส่เครื่องหมายอัญประกาศ เช่น ...ทีมกลยุทธ์การบริหารจัดการ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ระบุว่า

จากข้อมูลที่ผ่านมายังไม่มีการรวบรวมวิธีการที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลในประเทศไทย ... ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการค้นคว้าอ้างอิงต่อไป (อุดม ภู่วโรดม และคณะ, 2562, น. 98)

*หมายเหตุ จุดไข่ปลา (Ellipsis) หมายถึงมีการละข้อความบางส่วนจากต้นฉบับ

ตารางที่ 4 ตัวอย่างการอ้างอิงในเนื้อหา

ประเภทการอ้างอิง	ครั้งแรก		ครั้งต่อมา	
	ชื่อผู้นอวงเล็บ	ชื่อผู้นวงเล็บ	ชื่อผู้นอวงเล็บ	ชื่อผู้นวงเล็บ
ผู้แต่ง 1 คน	พชรพรรณ สุพลชัย (2561)	(พชรพรรณ สุพลชัย, 2561)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	ไม่มีการอ้างคำพูด	Rodgers (2015)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	มีการอ้างคำพูด	Rodgers (2015, pp. 38-45)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	ผู้แต่ง 2 คน	Ng & Tan (2013)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
ผู้แต่ง 2 คน	สถิติกันต์ กาละ และรังสิมันท์ ขาวนาค (2559)	(สถิติกันต์ กาละ และรังสิมันท์ ขาวนาค, 2559)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	ปรากฏพิชญ์เอลเทอร์, วรณวดี ฅนภัค, และพัชรี ใจการุณ (2563)	(ปรากฏพิชญ์เอลเทอร์, วรณวดี ฅนภัค, และพัชรี ใจการุณ, 2563)	ปรากฏพิชญ์เอลเทอร์ และ ฅนะ (2563)	(ปรากฏพิชญ์เอลเทอร์ และ ฅนะ, 2563)
	Smith, Collins, and Crowther (2011)	(Smith, Collins, & Crowther, 2011)	Smith et al. (2011)	(Smith et al., 2011)
ผู้แต่ง 4 คน	วิภาวี พลแก้ว, ปรากฏพิชญ์เอลเทอร์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, และณัฏฐวรรณ คำแสน (2563)	(วิภาวี พลแก้ว, ปรากฏพิชญ์เอลเทอร์, วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนา, และณัฏฐวรรณ คำแสน, 2563)	วิภาวี พลแก้ว และฅนะ (2563)	(วิภาวี พลแก้ว และฅนะ, 2563)
	Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, and Majd (2013)	(Ozgoli, Aryamanesh, Mojab, & Majd, 2013)	Ozgoli et al. (2013)	(Ozgoli et al., 2013)
ผู้แต่ง 5 คน	นัยนา ฅิชนะนันท์, จริยา พะรึกษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุชาติพิชญ์เอมปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์ (2560)	(นัยนา ฅิชนะนันท์, จริยา พะรึกษา, วีระศักดิ์ ชลไชยะ, สุชาติพิชญ์เอมปรมศิลป์, และวินัดดา ปิยะศิลป์, 2560)	นัยนา ฅิชนะนันท์ และฅนะ (2560)	(นัยนา ฅิชนะนันท์ และ ฅนะ, 2560)
	Widstrom, Brimdyr, Svensson, Cadwell, and Nissen (2019)	(Widstrom, Brimdyr, Svensson, Cadwell, & Nissen, 2019)	Widstrom et al. (2019)	(Widstrom et al., 2019)
ผู้แต่ง 6 คนขึ้นไป	จรูญศรี มีหนองหว้า และฅนะ (2564)	(จรูญศรี มีหนองหว้า และฅนะ, 2564)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก
	Nicklas et al. (2013)	(Nicklas et al., 2013)	เหมือนครั้งแรก	เหมือนครั้งแรก

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, ฐนันดรศักดิ์ 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

ให้ระบุชื่อคนแรก คั่นด้วยจุลภาค วรรค 1 ระยะ ตามด้วยจุดไข่ปลา (. .) โดยหน้าและหลังแต่ละจุดเว้น 1 ระยะ ตามด้วยชื่อคนสุดท้าย

ไพฑูรย์ สีนลารัตน์, งามพันธุ์ สัยศรี, วิชญา ผิวคำ, ธัญนุช สิงห์พันธุ์, นุสรานามเดช, พิชราวลัย อินทร์สุข, ... เกรียง จูติจำเริญพร. (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 [ebrary 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 ไทวงษบุตร. (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 (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิตไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.

อ้างอิงจาก Website

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2559). ใช้ยาสมเหตุผล ปวดคภัย คุ่มค่า ด้วย 6 กฎแะสำคัญ. 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 3 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 $r(1282) = .13$

ตัวอย่าง Template บทความวิจัย

↑ ↓

เว้นระยะขอบ 1 นิ้ว ทุกด้าน

↑ ↓

อักษร Angsana new หนา
ขนาด 18 จัดกลาง

อักษร Angsana new บาง
ขนาด 16 จัดชิดซ้าย ไม่ต้องเยื้อง

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ใส่ ชื่อย่อ
ของวุฒิการศึกษาสูงสุด

WWW WWW, พย.ม.¹ *
YYYY YYYY, Ph.D.²

อักษร Angsana new บาง เอียง
ขนาด 16 จัดชิดขวา

บทคัดย่อ

อักษร Angsana new บาง
ขนาด 18 จัดกลาง ไม่เกิน 300 คำ

XX

XX

XX

XX

XX

XX

XX

XX

XX

XX

XX

XX

XX

XX

← 1 นิ้ว

← 1 นิ้ว

คำสำคัญ: XXXXXXXXXX, XXXXXXXXXX, XXXXXXXXXX

มี 3 – 5 คำ เป็นคำที่แสดงเนื้อหาสำคัญของงาน (ที่ใช้สำหรับการค้นหาได้) อาจสอดคล้องกับชื่อเรื่อง

เชิงอรรถ ใช้ Angsana new บาง ขนาด 14

ใส่ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานของผู้แต่ง (ตัวเลข, * สัมพันธ์กับชื่อ) ทุกคน

¹ ตำแหน่งWWW, สถานที่ปฏิบัติงานWWW

² ตำแหน่งYYYY, สถานที่ปฏิบัติงานYYYY

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชื่อ นามสกุลผู้ประสานงาน, อีเมล: XXXX@knc.ac.th

↑ ↓

1 นิ้ว

↑ ↓

Title in English

ชื่อเรื่องภาษาอังกฤษใช้ตัวพิมพ์ใหญ่ในตัวแรกทุกคำ
ยกเว้น Article และ Preposition ใช้ตัวพิมพ์เล็ก

Name Surname, M.N.S.¹*

Name Surname, Ph.D.²

Abstract

อักษร Angsana new 14
ขนาด 18 จัดกลาง ไม่เกิน 300 คำ

XX
XX
XX
XX
XX
XX
XX
XX
XX
XX
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

เนื้อหา และ คำสำคัญ (keyword) ในบทคัดย่อภาษาอังกฤษ
สอดคล้องกับภาษาไทย ไม่เกิน 300 คำ

Keyword: XXXXXX, XXXXXX, XXXXXX

¹ Registered Nurse, Professional Level, XXXXXX Hospital

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, XXXX University.

* Corresponding author: Name Surname, E-mail: XXXX@gmail.com

แทรกเชิงอรรถส่วนท้ายของหน้า

หัวข้อใหญ่ Angsana new หน้า ขนาด 18 จัดชิดซ้าย

บทนำ

XX
XX
XX
XX

XX
XX
XX
XX

วัตถุประสงค์

1. XXXX

สมมุติฐานการวิจัย

1. XXXX

กรอบแนวคิดการวิจัย

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX ดังภาพที่ 1

รายละเอียดเนื้อหา Angsana new บาง ขนาด 16
จัดชิดซ้าย เพิ่มการเยื้อง

ตำแหน่งวางภาพที่แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้ตัวอักษร ขนาด 16
ภาพที่พิมพ์หนา
ชื่อภาพ ตัวบาง เอียง

ภาพที่ 1 XXXXXXXX

วิธีดำเนินการวิจัย

เว้น 1 บรรทัดก่อนขึ้นหัวข้อใหญ่
หัวข้อใหญ่ Angsana new หน้า ขนาด 18 จัดชิดซ้าย

XX
XX

นิยามเชิงปฏิบัติการ

หัวข้อรอง Angsana new หน้า ขนาด 16 จัดชิดซ้าย

XX
XX

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

หัวข้อรอง

XX
XX

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

หัวข้อรอง

XX
XX

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

หัวข้อรอง

XX
XX

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

หัวข้อรอง

XX
XX

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

หัวข้อรอง

XX
XX

การวิเคราะห์ข้อมูล

หัวข้อรอง

XX
XX

ผลการวิจัย

เว้น 1 บรรทัดก่อนขึ้นหัวข้อใหญ่
หัวข้อใหญ่ Angsana new หน้า ขนาด 18 จัดชิดซ้าย

XX
XX
XX ดังตารางที่ 1

ใช้ตัวอักษร ขนาด 16 ตารางพิมพ์หัวหนา ชื่อตาราง ตัวบาง เอียง

ตารางที่ 1 XXXXXXXX

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		p-value
	จำนวน	จำนวน	
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)	
XXXXXXXXXX			.XXX*
XXXXXXXXXX	XX (XX.XX)	XX (XX.XX)	
XXXXXXXXXX	XX (XX.XX)	XX (XX.XX)	
XXXXXXXXXX			.XXX*
XXXXXXXXXX	XX (XX.XX)	XX (XX.XX)	
XXXXXXXXXX	XX (XX.XX)	XX (XX.XX)	

หมายเหตุ. $n = 15$, $*p < .05$

อภิปรายผลการวิจัย เว้น 1 บรรทัดก่อนขึ้นหัวข้อใหญ่
 หัวข้อใหญ่ Angsana new หน้า ขนาด 18 จัดชิดซ้าย

XX
 XX

สรุปผลการวิจัย หัวข้อใหญ่

XX
 XX
 XX

ข้อเสนอแนะ หัวข้อใหญ่

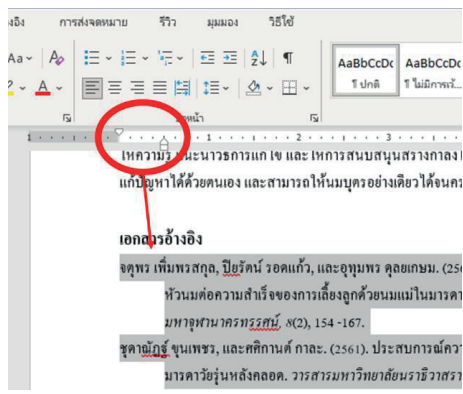
XX
 XX

กิตติกรรมประกาศ หัวข้อใหญ่

XX
 XX
 XX

เอกสารอ้างอิง หัวข้อใหญ่

XX
 XX



เอกสารอ้างอิง ใช้การจัดย่อหน้าแบบ Hanging Indent บรรทัดแรกของย่อหน้าจะชิดกันซ้าย และบรรทัดต่อไปจะห่างจากกันซ้าย 1.75 ซม. หรือ ครึ่งนิ้ว กำหนดได้โดยคลิกเมาส์ตรง Hanging Indent ที่่าง แล้วลากไปด้านขวาแล้วปล่อยตำแหน่งที่ต้องการ

