วารสาร

สุขภาพ และ การศึกษาพยาบาล

Journal of Health and Nursing Education

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครราชสีมา

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) 2567
วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
ผ่านการรับรองคุณภาพ TCI กลุ่ม 1 (พ.ศ.2565-2567)
https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm

ISSN 2985-1033 (Online)

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
Journal of Health and Nursing Education

วัตถุประสงค์

1. เผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการศึกษาพยาบาล
2. ส่งเสริมการสร้างเครือข่ายและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมวิชาชีพทางด้านสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

หน่วยงาน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

177 ถนนช้างเผือก ตำบลในเมือง อำเภอเมืองนครราชสีมา จังหวัดนครราชชสีมา

ฝ่ายจัดการวารสาร

1. นายปิยะพฤกษ์ พฤกษชาติ
2. นางสาวอุดมลักษณ์ กาญจนรังสิชัย
3. นางสาวอลิศรา ลับไพรี
4. นางสาวบุญญาพร แสนยาใจ
5. นายอรรถสิทธ์ สิทธิปรุ

กำหนดออกวารสาร ทุก 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

ที่ปรึกษา

1. ผศ. ดร. นิสากร วิบูลชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
2. ผศ. ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

บรรณาธิการ

อ. จงกลณี ตุ้ยเจริญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อ. คุณัสปกรณ์ มัคคัปผลานนท์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

กองบรรณาธิการบุคคลภายในสถาบันพระบรมราชชนก

1. อ. ดร. จีรนุช สมโชค ไวท์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
2. อ. ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
3. อ. ดร. สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
4. อ. ดร. ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
5. อ. ดร. มโนไท วงษาหล้า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
6. อ. ดร. กำทร ดานา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีมหาสารคาม
7. อ. ดร. อนุชา ไทยวงษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีมหาสารคาม
8. อ. ดร. ศุภวดี แถวเพีย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
9. อ. ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
10. อ. ดร. สุทิน ชนะบุญ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

1. รศ. ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพิณ ผลสุข	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อ. ดร. สุดาพร สถิตยุทธการ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ดร. เอมอร แสงศิริ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. อ. ดร. อลงกรณ์ สุขเรืองกูล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
5. นท. หญิง ผศ.(พิเศษ) ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์	วิทยาลัยพยาบาลทหารเรือ
6. ผศ. ดร. หทัยชนก บัวเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
7. ผศ. ดร. สมรภพ บรรหารักษ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8. ผศ. ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
9. อ. ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	มหาวิทยาลัยราชธานี
10. ผศ. ดร. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	มหาวิทยาลัยพะเยา
11. รศ. ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. รศ. ดร. ชัจคเณค์ แพรขาว	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. อ. ดร. อติพร สำราญบัว	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. อ. ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. รศ. ดร. รัชนี ศุจิจันทรรัตน์	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
16. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
17. ผศ. ดร. ธวัชชัย เอกสันติ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
18. ผศ. ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
19. ดร. เกษราภรณ์ เคนบุปผา	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
20. ดร. สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิผู้พิจารณาและกลั่นกรองผลงานวิชาการ

บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

ปีที่ 30 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) 2567

ได้ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิเรื่องละ 2 – 3 ท่าน ดังนี้

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

รศ. ดร. ประไพศรี ศิริจักรวาล	สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร. อติพร สำราญบัว	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.สุดา หันกลาง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ.ดร. เกิดสิริ หงษ์ไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
ผศ. ดร. กชพร สิงหะหล้า	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
Mr. Kent Hamilton	คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร.สรินทิพย์ ทวีเดช	คณะบริหารศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ดร. เพ็ญศรี รักษ์วงค์	โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
ผศ. ดร.อภิญญา จำปามูล	นักวิชาการอิสระ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ภายในสถาบันพระบรมราชชนก

ดร ยุพาวดี ขันทบัลลัง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี
ดร.กมลพรรณ วัฒนากร	วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
ดร.ปัฐยาวัชร ปรากฏผล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี
ดร. จีรนุช สมโชค ไวท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ดร. สุหทัย โตสังวาลย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ดร. สมจิตต์ เวียงเพิ่ม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
ผศ.ปานทิพย์ ปูรณานนท์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง
ดร. ศิริรัตน์ จำปีเรือง	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์
ดร. เชษฐา แก้วพรม	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่
ดร. นฤมล จันทร์สุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ดร. ชวนนท์ จันทร์สุข	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท
ดร.นุสรา ประเสริฐศรี	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. อภิรดี เจริญนุกูล	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร.สาดี สายทอง แฮมิลตัน	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
ดร. ปณิตา ครองยุทธ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.ภคิน ไชยช่วย	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ดร. สุธิดา อินทรเพชร	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
ดร.อัจฉรา คำมะทิตย์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

กองบรรณาธิการวารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล

ที่ปรึกษา

1. ผศ. ดร. นิสากร วิบูลชัย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
2. ผศ. ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

บรรณาธิการ

อ. จงกลณี ตุ้ยเจริญ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

อ. คุณัสปกรณ์ มัคคัปผลานนท์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา

กองบรรณาธิการบุคคลภายในสถาบันพระบรมราชชนก

1. อ. ดร. จีรนุช สมโชค ไวท์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
2. อ. ดร. วิภารัตน์ สุวรรณไวพัฒนะ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
3. อ. ดร. สุหทัย โตสังวาลย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
4. อ. ดร. ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
5. อ. ดร. มโนไท วงษาหล้า วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา
6. อ. ดร. กำทร ดานา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีมหาสารคาม
7. อ. ดร. อนุชา ไทยวงษ์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีมหาสารคาม
8. อ. ดร. ศุภวดี แถวเพีย วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น
9. อ. ดร. คมวัฒน์ รุ่งเรือง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จักรีรัช
10. อ. ดร. สุทิน ชนะบุญ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขอนแก่น

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทความวิจัย	
พฤติกรรมการเตรียม ความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจต่อการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก *ศุภิสรา สุวรรณชาติ, จารุจิต ประจิตร*	1-18
ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัว ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน *ศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง, นริสา วงศ์พนารักษ์*	19-34
ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง *เจษฎา อังกาบสี, ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, นิติบดี ศุขเจริญ*	35-48
ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิต ของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง *สิริชัย เมี้ยนมิตร, นริสา วงศ์พนารักษ์*	39-64
ผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะต่อความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ *กรกนก บุญประถัมภ์, ดลวิวัฒน์ แสนโสม*	65-81
สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย *ฮานานี เจ๊ะอุบง, ชุติวรรณ ปุริณทราภิบาล, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา*	82-97

การรับรู้ความหมายและการจัดการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป: การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเฉพาะ 98-118

มนฤดี มโนรัตน์, ดารุณี จงอุดมการณ์

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยและสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิภาคใต้ 119-135

สุนารี เทพสง, ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, ประภาพร ชูกำเนิด

บทความวิชาการ

การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ 136-148

สุนิสา ค้าขึ้น, ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ

แผนการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม 149-182

อินทิรา ศรีพันธ์

กองบรรณาธิการบุคคลภายนอกสถาบันพระบรมราชชนก

1. รศ. ร.ต.อ. หญิง ดร. ระพิณ ผลสุข	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. อ. ดร. สุดาพร สถิตยุทธการ	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ดร. เอมอร แสงศิริ	โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
4. อ. ดร. อลงกรณ์ สุขเรืองกูล	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
5. นท. หญิง ผศ.(พิเศษ) ดร. กนกเลขา สุวรรณพงษ์	วิทยาลัยพยาบาลทหารเรือ
6. ผศ. ดร. หทัยชนก บัวเจริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
7. ผศ. ดร. สมรภพ บรรหารักษ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
8. ผศ. ดร. จิดาภา ผูกพันธ์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
9. อ. ดร. ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์	มหาวิทยาลัยราชธานี
10. ผศ. ดร. สุทธิดา พงษ์พันธ์งาม	มหาวิทยาลัยพะเยา
11. รศ. ดร. จันทร์ทิรา เจียรณัย	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
12. รศ. ดร. ชัจคเณค์ แพรขาว	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
13. อ. ดร. อติพร สำราญบัว	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
14. อ. ดร. ศุภาพิชญ์ มณีสาคร โฟน โบร์แมนน์	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. รศ. ดร. รัชนี ศุจิจันทรรัตน์	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
16. อ. ดร. รุ่งรัตน์ สุขะเดชะ	มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
17. ผศ. ดร. ธวัชชัย เอกสันติ	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
18. ผศ. ธนวัฒน์ ธิติธนานันท์	มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
19. ดร. เกษราภรณ์ เคนบุปผา	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
20. ดร. สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี	ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

พฤติกรรมการเตรียม ความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจต่อการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก

ศุภิสรา สุวรรณชาติ, พย.ม.[1*]
จารุจิต ประจิตร, พย.ม.[2]

(วันที่ส่งบทความ: 25 สิงหาคม 2566; วันที่แก้ไข: 8 มกราคม 2567; วันที่ตอบรับ: 25 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การเตรียมลำไส้ใหญ่ให้สะอาดทำให้การส่องกล้องประสบผลสำเร็จ การวิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเตรียม ความสะอาดลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจต่อการส่องกล้อง กลุ่มตัวอย่าง คือผู้เข้ารับการส่องกล้องแบบผู้ป่วยนอกในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ที่ได้รับการเตรียมด้วยโปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจ 113 ราย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมการเตรียม แบบประเมินความสะอาดลำไส้ และแบบสอบถามความพึงพอใจ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่า IOC = 1.00 นำแบบประเมินความสะอาดลำไส้ใหญ่ที่ประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างและศัลยแพทย์ แบบสอบถามพฤติกรรมการเตรียมไปทดสอบความเชื่อมั่น ได้ค่า IRR-Kappa = 0.67, 1.00 และ 0.80 ตามลำดับ แบบสอบถามความพึงพอใจนำไปทดลองใช้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก .97 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเตรียมกับเกณฑ์ร้อยละ 80 ด้วย One sample t-tests เปรียบเทียบความสะอาดลำไส้ที่ประเมินโดยศัลยแพทย์กับกลุ่มตัวอย่างด้วย Chi-square tests พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมอยู่ในระดับดีและสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t(112) = 47.34$, $p = .000$ [หางเดียว]) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความสะอาดลำไส้ใหญ่ในระดับดีเลิศและดี ระดับความสะอาดลำไส้ใหญ่ที่ประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างและศัลยแพทย์ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2(1, n = 113) = 0.002$, $p = .965$) กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการส่องกล้องในระดับมากที่สุด ($M = 4.94$, $SD = 0.16$) ผลวิจัยสะท้อนให้เห็นผลลัพธ์ที่ดี ควรนำแนวทางดังกล่าวไปใช้ในการเตรียมผู้ที่จะเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก

คำสำคัญ : การเตรียมลำไส้, ความสะอาดของลำไส้, การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่, ความพึงพอใจ

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[2] พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชุมพวง
[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ศุภิสรา สุวรรณชาติ, อีเมล: supisara@knc.ac.th

Preparation of the Colon, the Cleanliness of the Colon, and Satisfaction with the Service by Outpatients Undergoing a Colonoscopy

Supisara Suwannachat, M.N.S.[1*]

Jarujit Prajit, M.N.S.[2]

(Received: August 25th, 2023; Revised: January 8th, 2024; Accepted: January 25th, 2024)

Abstract

Preparation of the colon for cleanliness ensures the success of the colonoscopy. This research aims to study the behaviors, or essential tasks, required for the preparation and cleanliness of the colon, as well as the patient's satisfaction with the colonoscopy. The participants consisted of 113 outpatients participating in a colorectal cancer screening project. The participants underwent preparation through a motivation-enhancing program. Data was collected using questionnaires which included instruments for preparation behavior assessments, colon cleanliness evaluations, and satisfaction surveys. The instruments' content validity was confirmed by three qualified experts who determined they had an IOC value of 1.00. The cleanliness assessment questionnaires completed by the participants and surgeons, and the preparation behavior assessments were tested for inter-rater reliability and were fund to have Kappa values of 0.67, 1.00, and 0.80, respectively. The satisfaction questionnaire reliability assessment yeilded a Cronbach's alpha coefficient of .97. Statistical analysis included descriptive statistics, one-sample t-tests for analyzing preparation behavior scores with a criterion value of 80%, and chi-square tests comparing colon cleanliness as assessed by the surgeons and the participants. The research found that the participants exhibited a good level of preparation behavior, with cleanliness scores exceeding the criterion value of 80%, ($t(112) = 47.34$, $p = .000$ [one-tail]). All the participants achieved an excellent to good level of colon cleanliness. There was no statistically significant difference between the cleanliness assessments of the participants and the surgeons, ($\chi^2(1, n = 113) = 0.002$, $p = .965$). The participants expressed the highest level of satisfaction with their colonoscopy experiences ($M = 4.94$, $SD = 0.16$). The research results indicate positive outcomes, suggesting the proposed guidelines should be implemented for preparing outpatients for colonoscopy.

Keywords: preparation of the colon, cleanliness of the colon, colonoscopy, satisfaction

---

[1] Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,

[2] Registered Nurse, Senior Professional Level, Chumphuang Hospital.

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

บทนำ

การส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (Colonoscopy) เป็นวิธีการตรวจมาตรฐานในการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ มีข้อดีคือสามารถตรวจพบรอยโรคที่มีขนาดเล็กและสามารถนำชิ้นเนื้อไปตรวจทางพยาธิวิทยาและให้การรักษา เช่น ตัดติ่งเนื้องอกลำไส้ได้ ประสิทธิผลที่ดีของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ขึ้นอยู่กับเทคโนโลยีของกล้อง แพทย์ผู้ส่องกล้อง การให้ความร่วมมือของผู้เข้ารับการส่องกล้องและการเตรียมความสะอาดของลำไส้ คุณภาพการเตรียมลำไส้มีผลต่อระยะเวลาการส่องกล้อง การตรวจพบติ่งเนื้อที่ผิดปกติ การเตรียมลำไส้ไม่ดีอาจทำให้ผลการวินิจฉัยต่ำ มีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนและมีความจำเป็นต้องนัดมาตรวจซ้ำ ประสิทธิภาพของการตรวจจึงขึ้นอยู่กับคุณภาพของการเตรียมลำไส้ (อลงกรณ์ จันทร์เจริญ, 2565) European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) guideline และ Asian Society of Gastrointestinal Endoscopy (ASGE) guideline ได้แนะนำให้ผู้ป่วยเตรียมลำไส้เพื่อเพิ่มอัตราการพบรอยโรค (Adenoma detection rate: ADR) (Hassan, et al., 2019; ASGE, 2014) การเตรียมลำไส้ก่อนการส่องกล้องเป็นหนึ่งปัจจัยที่ทำให้การส่องกล้องประสบผลสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ การเตรียมลำไส้ที่ไม่สะอาดจะทำให้อุจจาระที่เหลือค้างอยู่บดบังการมองเห็นรอยโรคในผนังลำไส้ ผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ได้ดีจะมีอัตราการตรวจพบรอยโรคที่สูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่เตรียมลำไส้ได้ไม่ดี เป้าหมายของการเตรียมลำไส้ให้ได้คุณภาพคือการเตรียมลำไส้ให้สะอาดจนสามารถตรวจพบรอยโรคที่มีขนาดเล็กอย่างน้อย 5 มิลลิเมตร (ณัฐดนัย สุขุมะ, 2563) ตามมาตรฐานควรทำความสะอาดลำไส้ให้ได้คุณภาพในระดับดีเลิศ (Excellent) หรือดี (Good) มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งหมด (ณัฐดนัย สุขุมะ, 2563)

ปัจจุบันการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่สามารถนัดทำแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบวันเดียวกลับได้ ผู้เข้ารับการส่องกล้องต้องเตรียมลำไส้ให้สะอาดจากที่บ้าน การปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมลำไส้มีความสำคัญมากที่จะทำให้ลำไส้สะอาด ช่วยให้การส่องกล้องมีประสิทธิภาพ แพทย์วินิจฉัยโรคได้ถูกต้อง และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดจากการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้ การเตรียมผู้เข้ารับการส่องกล้องมีขั้นตอนการเตรียมคล้ายกับผู้ที่มารับการผ่าตัดทั่วไป แต่เน้นความสำคัญของการเตรียมลำไส้ และควรเริ่มเตรียมตั้งแต่ระยะก่อนเข้ารับการตรวจ

การเตรียมเพื่อเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ หมายถึง การเตรียมตัวทั่วไปเหมือนการเข้ารับการผ่าตัดและการเตรียมลำไส้ ประกอบไปด้วยการเลือกรับประทานอาหารกากใยน้อย การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะอุจจาระ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้เข้ารับการส่องกล้องมีพฤติกรรมการเตรียมไม่เหมาะสมเช่น การศึกษาของปราณี ใบเศวต (2564) พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 65 เท่านั้นที่ปฏิบัติตามคำแนะนำได้ครบถ้วน จากการทบทวนปัญหาพบว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารหรือรับประทานยาระบายไม่ครบถ้วน มีสาเหตุมาจากไม่เข้าใจชนิดของอาหารอ่อนและอาหารเหลวใส ใบนัดหมายไม่ชัดเจน และผู้ป่วยลืมวิธีปฏิบัติตัว ดังนั้นการเตรียมลำไส้จึงควรมีการแจ้งให้ผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับขั้นตอนการเตรียมด้วยภาษาที่

ชัดเจนเข้าใจง่าย ESGE และ ASGE แนะนำให้อธิบายพร้อมแจกเอกสารให้กับผู้ป่วย แต่ก็ยังพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 ไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้ คุณภาพการเตรียมลำไส้ของผู้ป่วยสัมพันธ์กับระดับความรู้และการตระหนักรู้ การให้ความรู้ด้วยสื่อต่าง ๆ เช่น แผ่นพับ วีดิทัศน์ การติดตามทางโทรศัพท์ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเตรียมลำไส้ที่เพียงพอต่อการส่องกล้องเพิ่มขึ้น (Hernandez et all, 2019) การศึกษาในประเทศไทย เช่น กรพัชชา คล้ายพิกุลและทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) ได้นำโปรแกรมการจัดการตนเองมาใช้เป็นเครื่องมือในการเตรียมพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเตรียมลำไส้อยู่ในระดับดี กันร์ติชา เขียดน้อย น้ำอ้อย ภักดีวงศ์และวารินทร์ บินโฮเซ็น (2563) เตรียมผู้ป่วยโดยสอนเป็นรายบุคคลให้ดูวีดิทัศน์และให้แผ่นพับกลับไปทบทวนที่บ้าน ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการเตรียมอยู่ในระดับดี มีความสะอาดลำไส้ระดับดีร้อยละ 79.79 ธนานันต์ อาสนานิและไคลศรี บาดาล (2564) พัฒนารูปแบบการเตรียมผู้ป่วยใหม่โดยให้คำแนะนำ ให้ดูวีดิทัศน์ แจกแผ่นพับ ตั้งกลุ่มไลน์และโทรติดตามทางไลน์พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับดีขึ้นไปร้อยละ 84.9 และมีความพึงพอใจมากกว่าการเตรียมด้วยรูปแบบเดิม เฉลิมชาติ แก้วอุดม มยุรี ลี่ทองอินและสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ (2564) ได้นำโปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจมาใช้ในการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุ กิจกรรมประกอบด้วย การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ คู่มือการเตรียมลำไส้ การทบทวนและติดตามทางไลน์และโทรศัพท์ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ให้ผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม ความสะอาดลำไส้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่องกล้องอยู่ในระดับดีร้อยละ 94.4%

พื้นที่วิจัย (Study setting) ให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงแบบผู้ป่วยนอกเป็นครั้งแรก ดำเนินงานในรูปแบบโครงการพิเศษมีศัลยแพทย์จากโรงพยาบาลศูนย์มาส่องกล้องให้กับผู้รับบริการวันละ 2 คนจำนวน 2 วัน โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) อธิบายว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันและส่งผลต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพมี 3 ด้านได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ พื้นที่วิจัยจัดเตรียมโครงสร้างเพื่อรองรับการดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการจัดเตรียมบุคลากร สถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ และวางระบบการให้บริการ ผู้วิจัยออกแบบกระบวนการเตรียมก่อนส่องกล้องโดยใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของแมดดักส์และโรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) แนวคิดนี้ใช้วิธีการเริ่มต้นจากการกระตุ้นทำให้เกิดความกลัวเพื่อทำให้เกิดการรับรู้ 4 ประการ คือ 1) รับรู้ผลกระทบจากการไม่ได้รับการส่องกล้อง ส่องกล้องไม่สำเร็จและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง 2) รับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดความล้มเหลวในการส่องกล้องและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง 3) รับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ และ 4) รับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ดีของการมีพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องที่ถูกต้อง จากปฏิสัมพันธ์ของการรับรู้ทั้ง 4 ประการ จะทำให้ผู้เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องเกี่ยวกับการเตรียมตัวทั่วไปและการเตรียมลำไส้ทำให้เกิดผลลัพธ์คือ สามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้ลำไส้ใหญ่

สะอาด สามารถส่องกล้องได้สำเร็จ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของผู้เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ความสะอาดของลำไส้ใหญ่และความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

คำถามการวิจัย

1. ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องอยู่ในระดับใด
2. ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับใด
3. ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับใด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ และความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง

กลุ่มตัวอย่าง 113 คน คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้มีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นผู้รับบริการที่ได้รับการนัดหมายล่วงหน้า (Elective case) เพื่อเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง 2) เข้าใจภาษาไทย ไม่มีปัญหาการได้ยิน การมองเห็นและการพูด 3) มีโทรศัพท์หรือสมาร์ทโฟน 4) ยินดีและสมัครใจเข้าร่วมวิจัย และมีเกณฑ์คัดออกจากการวิจัย ได้แก่ 1) ไม่มารับการส่องกล้อง 2) เป็นกลุ่มตัวอย่างในการทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ 3) มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้อง และ 4) ส่องกล้องไม่สำเร็จ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

โครงร่างการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เอกสารชี้แจงอาสาสมัครและแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา COA No. 13/2565 รับรอง 19 ธันวาคม 2565-18 ธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายและตอบข้อสงสัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วมวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยโดยละเอียดตามเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบสรุปเท่านั้น ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ กับผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. โปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจตามกรอบแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของแมดดักส์และโรเจอร์ กำหนดกิจกรรม 3 ครั้ง

ครั้งที่ 1 วันลงทะเบียนนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (ล่วงหน้าก่อนถึงวันนัดส่องกล้องไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์) กิจกรรมประกอบด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นที่กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ การสนทนาเพื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความล้มเหลวในการส่องกล้อง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการเตรียมเข้ารับการส่องกล้อง การให้ความรู้เป็นรายบุคคลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับและใบคำแนะนำ แจกแผ่นพับเพื่อให้นำกลับไปทบทวนความรู้ที่บ้าน อธิบายรายละเอียดการนัดหมายและการปฏิบัติตัวตามใบคำแนะนำการเตรียมตัวเพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ พร้อมแจกเอกสารเป็นรายบุคคล สนทนาเพื่อประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ครั้งที่ 2 ระยะ 3 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง กิจกรรมประกอบด้วยการเยี่ยมบ้านจากทีมสุขภาพในพื้นที่เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคที่พบ ให้กำลังใจและทบทวนการปฏิบัติตัวตามใบคำแนะนำในการเตรียมตัวส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ครั้งที่ 3 วันส่องกล้อง กิจกรรมประกอบด้วยการสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวตามใบคำแนะนำและลักษณะอุจจาระครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับการส่องกล้อง

2. วีดิทัศน์ชื่อ การเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ Colonoscopy ผลิตโดยคลินิกอายุรกรรมระบบทางเดินอาหาร ศูนย์อายุรกรรมเฉพาะทาง โรงพยาบาลจุฬาภรณ์ มีความยาว 6.20 นาที มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ความสำคัญของการเตรียมลำไส้ การเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องเรื่องการรับประทานอาหาร การรับประทานยาระบาย การสังเกตลักษณะอุจจาระ การงดยาที่มีผลต่อการส่องกล้อง ข้อควรปฏิบัติเมื่อต้องเดินทางมาส่องกล้อง และการปฏิบัติตัวภายหลังการส่องกล้อง

3. แผ่นพับคำแนะนำการเตรียมตัวสำหรับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่มีเนื้อหาเดียวกับเนื้อหาในวีดิทัศน์

4. ใบคำแนะนำการเตรียมตัวเพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่มีรายละเอียดเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้ในเรื่องการรับประทานอาหารในระยะ 2 วันก่อนส่องกล้อง การรับประทานอาหารและยาระบายในระยะ 1 วันก่อนส่องกล้อง การงดน้ำและอาหาร และการรับประทานยาระบายในเช้าวันส่องกล้อง และคำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวทั่วไป เช่น การงดรับประทานยาที่มีผลต่อการส่องกล้อง การรับประทานยาประจำตัว เป็นต้น

เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญได้แก่ ศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมีความเห็นสอดคล้องกัน (Index of Item-Objective Congruence, IOC) IOC = 1.00 ทุกข้อ

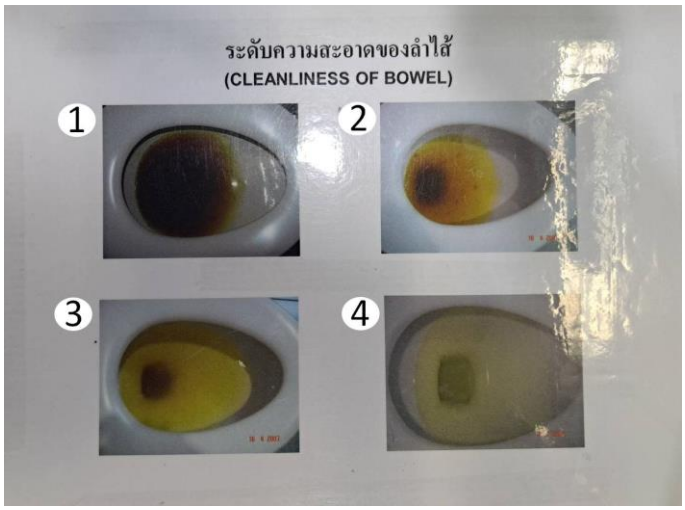
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามและบันทึกข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิ์ในการรักษา โรคประจำตัว ยานพาหนะที่ใช้ในการเดินทางมาส่องกล้อง การได้รับการสนับสนุนให้เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ มีลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการเตรียมลำไส้ 6 ข้อ การเตรียมตัวทั่วไป 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ลักษณะการตอบคือปฏิบัติและไม่ได้ปฏิบัติ ให้คะแนนปฏิบัติเท่ากับ 1 คะแนนและไม่ได้ปฏิบัติเท่ากับ 0 คะแนน แบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับได้แก่ พฤติกรรมอยู่ในระดับดี คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลางมีคะแนนระหว่างร้อยละ 60 ถึง 79 และระดับต่ำมีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญได้แก่ ศัลยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมีความเห็นสอดคล้องกัน IOC = 1.00 ทุกข้อ นำไปทดลองใช้โดยให้ผู้ช่วยวิจัยและนักวิจัยเป็นผู้ประเมินจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 20 ราย และนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Inter Rater Reliability: IRR) ได้ค่า IRR-Kappa เท่ากับ 0.80 (p = .000)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่ มี 2 ชุด คือ

3.1 แบบประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้รูปภาพของโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นแม่ข่ายพื้นที่วิจัย (ภาพที่ 1) โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินลักษณะของอุจจาระหลังสุดก่อนเข้ารับการส่องกล้องโดยเปรียบเทียบกับรูปภาพสีและลักษณะของอุจจาระทั้งหมด 4 รูป คือ รูปที่ 1 มีตะกอนและกากมากไม่พร้อมทำการส่องกล้อง รูปที่ 2 มีตะกอนและกากเล็กน้อย รูปที่ 3 มีตะกอนเล็กน้อยไม่มีกาก รูปที่ 4 เป็นน้ำใสไม่มีตะกอน นำไปทดลองใช้โดยกำหนดให้ผู้ช่วยวิจัยและนักวิจัยเป็นผู้ประเมินจากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 20 รายและนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงได้ค่า IRR-Kappa เท่ากับ 0.67 (p = .002)



ภาพที่ 1 *ลักษณะของอุจจาระ*

3.2 แบบประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยศัลยแพทย์ผู้ส่องกล้อง เป็นเครื่องมือมาตรฐานในงานประจำของศัลยแพทย์ผู้ส่องกล้อง แบ่งออกเป็น 5 ระดับตามเกณฑ์ของ Aronchick scale for bowel cleansing (ภาพที่ 2) ได้แก่ In-adequate คือ ระดับที่ไม่สะอาดมาก ลำไส้มีอุจจาระมากต้องเตรียมลำไส้ใหม่ Poor คือ ลำไส้มีเยื่ออุจจาระที่ไม่สามารถดูดและล้างออกได้และสามารถมองเห็นเยื่อบุผิวได้น้อยกว่าร้อยละ 90 Fair คือ ระดับพอใช้ ลำไส้มีเยื่ออุจจาระปนอยู่บ้างแต่สามารถดูดและล้างออกได้และสามารถมองเห็นเยื่อบุผิวได้มากกว่าร้อยละ 90 Good คือ ระดับดี ลำไส้มีน้ำอุจจาระใสประมาณร้อยละ 5-25 ของลำไส้ใหญ่สามารถมองเห็นเยื่อบุผิวได้มากกว่าร้อยละ 90 Excellent คือ ระดับดีเลิศ ลำไส้มีน้ำอุจจาระใสเพียงเล็กน้อยสามารถมองเห็นเยื่อบุผิวได้มากกว่าร้อยละ 95 นำไปทดลองใช้โดยกำหนดให้ศัลยแพทย์ผู้ส่องกล้อง 2 ท่านและพยาบาลที่ผ่านการอบรมด้านการช่วยแพทย์ส่องกล้อง 2 ท่านประเมินความสะอาดลำไส้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่าง 20 รายและนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง ได้ค่า IRR-Kappa เท่ากับ 1.00 (p = .000)

ภาพที่ 2 *Aronchick bowel preparation scale*

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ ในด้านความสะดวก การประสานงาน การให้ข้อมูล อัธยาศัยของผู้ให้บริการ และคุณภาพของการบริการ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าตั้งแต่ 1 *(พึงพอใจน้อยที่สุด)* จนถึง 5 *(พึงพอใจมากที่สุด)* ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญได้แก่ ศัลยแพทย์ พยาบาล

วิชาชีพ และอาจารย์พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านมีความเห็นสอดคล้องกัน IOC = 1.00 ทุกข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในโครงการเดียวกัน จำนวน 20 ราย วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาก ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นพื้นที่วิจัย โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. รับสมัครผู้ช่วยนักวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพที่เคยมีประสบการณ์การเป็นผู้ช่วยนักวิจัยมาก่อน จำนวน 1 คน เตรียมผู้ช่วยวิจัยด้วยการชี้แจงโครงการวิจัย อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับเครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูลจนเข้าใจตรงกัน ฝึกประเมินพฤติกรรมและลักษณะอุจจาระของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 ราย จนผู้ช่วยวิจัยมีการสังเกตและประเมินได้สอดคล้องกับนักวิจัย จึงให้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล

2. นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเพื่อแนะนำตัว และขอข้อมูลรายชื่อประชาชนที่จะเข้ารับการส่องกล้องในโครงการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

3. นักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยนัดหมายและไปพบผู้ประสานงานในพื้นที่เพื่อแนะนำตัว และขอให้ช่วยประสานงานกับประชาชนที่จะเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง พร้อมนัดหมายวันและเวลาในการเก็บข้อมูล

4. ผู้ช่วยนักวิจัยไปพบประชาชนที่จะเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงตามวันเวลาที่นัดหมาย ชี้แจงรายละเอียดโครงการตามเอกสารชี้แจงอาสาสมัคร หลังอาสาสมัครลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงเริ่มดำเนินการดังนี้

ระยะที่ 1 วันลงทะเบียนนัดส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

1. ผู้ช่วยนักวิจัยสอบถามและบันทึกข้อมูลส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

2. นักวิจัยที่เป็นพยาบาลประจำโครงการเริ่มกิจกรรมการเตรียมผู้รับบริการก่อนการส่องกล้องดังนี้

2.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเหตุผลและความจำเป็นที่กลุ่มตัวอย่างต้องเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

2.2 การสนทนาเพื่อประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความล้มเหลวในการส่องกล้อง ความคาดหวังในประสิทธิภาพของการเตรียมเข้ารับการส่องกล้อง

2.3 ให้ความรู้เป็นรายบุคคลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ แผ่นพับและใบคำแนะนำ

2.3.1 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเตรียมก่อนเข้ารับการส่องกล้องรายบุคคลโดยให้ดูวีดิทัศน์ความยาว 6.20 นาที เปิดโอกาสให้ซักถามและอธิบายเพิ่มเติม ดาวน์โหลดวีดิทัศน์ให้กลุ่มตัวอย่างที่มีสมาร์ทโฟน แจกแผ่นพับเพื่อให้นำกลับไปทบทวนความรู้เมื่อกลับไปที่บ้าน

2.3.2 อธิบายรายละเอียดการนัดหมายและการปฏิบัติตัวตามใบคำแนะนำการเตรียมตัวเพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ พร้อมแจกเอกสารเป็นรายบุคคล

2.4 สนทนาเพื่อประเมินความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติตามคำแนะนำ

ระยะที่ 2 ระยะ 3 วันก่อนถึงวันนัดส่องกล้อง

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่เป็นคณะกรรมการร่วมดำเนินงานในโครงการออกเยี่ยมบ้านเพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรคที่พบ ให้กำลังใจและทบทวนการปฏิบัติตัวตามใบคำแนะนำในการเตรียมตัวส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

ระยะที่ 3 วันส่องกล้อง

ผู้ช่วยนักวิจัยสอบถามและบันทึกข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ส่วนที่ 3.1 แบบประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่

ระยะที่ 4 หลังการส่องกล้อง

1. ผู้ช่วยนักวิจัยบันทึกข้อมูลส่วนที่ 3.2 ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่ประเมินโดยศัลยแพทย์ผู้ส่องกล้อง สอบถามข้อมูลความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ (ข้อมูลส่วนที่ 4)

2. ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล กล่าวขอบคุณและแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการเตรียมก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่กับเกณฑ์ร้อยละ 80 โดยใช้สถิติ One sample t- tests เปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่ประเมินโดยศัลยแพทย์กับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-square กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงมาตรฐานคะแนนความพึงพอใจและกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายเพื่อจัดระดับคะแนนเฉลี่ยในช่วงคะแนนดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00	แปลความว่า	พึงพอใจมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20	แปลความว่า	พึงพอใจมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40	แปลความว่า	พึงพอใจปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60	แปลความว่า	พึงพอใจน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80	แปลความว่า	พึงพอใจน้อยที่สุด

ความกว้างของอันตรภาคชั้นของค่าเฉลี่ยมีค่าเท่ากับ 0.8 ได้มาจากการคำนวณ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.9) มีอายุระหว่าง 50-60 ปี (ร้อยละ 69.0) อายุเฉลี่ย 58.15 ปี อายุมากที่สุด 70 ปี อายุน้อยที่สุด 50 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 89.4) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 81.4) อาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 90.3) มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 66.4) ใช้สิทธิ์บัตรทอง (ร้อยละ 89.4) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.5) เดินทางมารับการส่องกล้องด้วยยานพาหนะส่วนตัว (ร้อยละ 66.4) และทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้เข้ารับการตรวจเนื่องจากมีผลคัดกรองด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก

พฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.8) มีคะแนนพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในภาพรวม 11 คะแนน (M = 10.84, SD = 0.41) ร้อยละ 95.6 มีคะแนนพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ 6 คะแนน (M = 5.96, SD = 0.21) ร้อยละ 88.5 มีคะแนนพฤติกรรมการเตรียมตัวทั่วไป 5 คะแนน (M = 4.89, SD = 0.32) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับดีทั้งหมด (ร้อยละ 100) คะแนนพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ภาพรวมและรายด้านสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1-2)

ตารางที่ 1 *จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคะแนนพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่*

คะแนนพฤติกรรมการเตรียมตัว	จำนวน	ร้อยละ	ระดับพฤติกรรม
พฤติกรรมการเตรียมตัวในภาพรวม *(คะแนนเต็ม 11 คะแนน)*			
9 คะแนน	2	1.8	ดี
10 คะแนน	14	12.4	ดี
11 คะแนน	97	85.8	ดี
พฤติกรรมการเตรียมลำไส้ *(คะแนนเต็ม 6 คะแนน)*			
5 คะแนน	5	4.4	ดี
6 คะแนน	108	95.6	ดี
พฤติกรรมการเตรียมตัวทั่วไป *(คะแนนเต็ม 5 คะแนน)*			
4 คะแนน	13	11.5	ดี
5 คะแนน	100	88.5	ดี

หมายเหตุ n =113

ตารางที่ 2 *ผลการทดสอบคะแนนพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างกับเกณฑ์ (ร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) โดยใช้สถิติ One sample t-test*

พฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่	*M*	*SD*	เกณฑ์ร้อยละ 80	df	*t*	*p-value* (one-tail)
การเตรียมตัวในภาพรวม	10.84	0.41	9	112	47.34	.000
การเตรียมลำไส้ใหญ่	5.96	0.21	5	112	49.19	.000
การเตรียมตัวทั่วไป	4.89	0.32	4	112	29.35	.000

ความสะอาดของลำไส้ใหญ่

กลุ่มตัวอย่างประเมินว่าตนมีลักษณะอุจจาระครั้งสุดท้ายก่อนเข้ารับการส่องกล้องเหมือนรูปภาพที่ 3 (ร้อยละ 56.6) มากกว่ารูปภาพที่ 4 (ร้อยละ 43.4) แต่เป็นลักษณะอุจจาระที่สามารถเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ได้ทั้งหมด

ศัลยแพทย์ผู้ส่องกล้องประเมินความสะอาดลำไส้ใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ของ Aronchick scale for bowel cleansing ในระดับดีเลิศ (ร้อยละ 54.9) มากกว่าระดับดี (ร้อยละ 45.1)

ระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่ประเมินโดยกลุ่มตัวอย่างและประเมินโดยศัลยแพทย์ผู้ส่องกล้องไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 3-4)

ตารางที่ 3 *จำนวนและร้อยละการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่*

	ความสะอาดของลำไส้ใหญ่	จำนวน	ร้อยละ
โดยกลุ่มตัวอย่าง	รูปที่ 3 (อุจจาระที่มีตะกอนเล็กน้อยสามารถส่องกล้องได้)	64	56.6
	รูปที่ 4 (เป็นน้ำใสไม่มีตะกอน)	49	43.4
โดยศัลยแพทย์ผู้ส่องกล้อง	Good: ระดับดี	51	45.1
	Excellent: ระดับดีเลิศ	62	54.9

หมายเหตุ n =113

ตารางที่ 4 *เปรียบเทียบระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ที่ประเมินโดยศัลยแพทย์กับกลุ่มตัวอย่าง*

		ผลการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยศัลยแพทย์			χ^2	*p-value*
		Good (*n*)	Excellent (*n*)	รวม (*n*)		
ผลการประเมินความสะอาดของลำไส้ใหญ่โดยกลุ่มตัวอย่าง	รูปที่ 3	29	35	64	.002	.965
	รูปที่ 4	22	27	49		
รวม (*n*)		51	62	113		

ความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด *(M = 4.94, SD = 0.16)* ด้านที่ได้คะแนนสูงที่สุดคือด้านคุณภาพของการบริการ *(M = 4.98, SD = 0.13)* ด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือด้านการประสานงาน *(M = 4.89, SD = 0.31)* แต่มีระดับความพึงพอใจมากที่สุด (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 *ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่*

ความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่	*M*	*SD*	ระดับความพึงพอใจ
ความสะดวก	4.91	0.34	มากที่สุด
การประสานงาน	4.89	0.31	มากที่สุด
การให้ข้อมูล	4.96	0.21	มากที่สุด
อัธยาศัยของผู้ให้บริการ	4.96	0.19	มากที่สุด
คุณภาพของการบริการ	4.98	0.13	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อกระบวนการในภาพรวม	4.94	0.16	มากที่สุด

หมายเหตุ n =113

อภิปรายผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีคะแนนพฤติกรรมการเตรียมก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับดี สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของกันร์ติชา เขียดน้อยและคณะ (2563) กรพัชชา คล้ายพิกุลและทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (2561) และพรณภา ราญมีชัย (2566) อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงอายุ 50-70 ปีที่มีผลการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการตรวจเลือดแฝงในอุจจาระเป็นบวก ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องเข้ารับการคัดกรองด้วยการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ พื้นที่วิจัยเป็นโรงพยาบาลชุมชนไม่มีศัลยแพทย์ส่องกล้อง การจัดบริการดำเนินงานในรูปแบบโครงการพิเศษ ได้รับความร่วมมือจากโรงพยาบาลศูนย์ส่งศัลยแพทย์มาให้บริการ 2 วัน ๆ ละ 2 คน ดังนั้นหากกลุ่มตัวอย่างเตรียมลำไส้ไม่พร้อมจะทำให้พลาดโอกาสที่จะได้รับการตรวจ การเตรียมผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการส่องกล้องใช้กรอบแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของแมดดักส์และโรเจอร์ (1983) ทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะไม่ได้รับการส่องกล้อง มีภาวะแทรกซ้อนจากการส่องกล้องหรือการวินิจฉัยผิดพลาดหากเตรียมลำไส้ไม่ดี ในขณะเดียวกันกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการส่องกล้อง มีความคาดหวังและเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำและได้รับการส่องกล้องตามวันที่กำหนดไว้ การรับรู้ประโยชน์ทำให้บุคคลมีแนวโน้มจะปฏิบัติตามคำแนะนำ ดังเช่น การศึกษาของ โสภณา ว่องทวีและคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ที่มารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการส่อง

กล้องมากกว่าผู้ที่ไม่มา ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ควรให้ความสำคัญอย่างมากต่อการให้ข้อมูล ดังนั้นการเสริมสร้างแรงจูงใจด้วยการให้ข้อมูลจึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับดี สอดคล้องกับผลการศึกษาของเฉลิมชาติ แก้วอุดม และคณะ (2564) ที่พบว่าผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมแรงจูงใจมีคะแนนพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่องกล้องสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนโดยพยาบาลเป็นรายบุคคลร่วมกับการใช้สื่อวีดิทัศน์สามารถได้ยินทั้งเสียงและเห็นภาพทำให้กระตุ้นความสนใจ การเห็นภาพชัดเจนเป็นลำดับก่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการส่องกล้อง เพิ่มการตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของจงดี ปานสุวรรณ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2565) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอนเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ด้วยสื่อวีดิทัศน์มีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวก่อนส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ด้านการรับประทานอาหารและการรับประทานยาร้อยละ 100 เมื่อกลับไปเตรียมตัวที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างได้รับแผ่นพับ ใบคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ระบุวันเวลาการปฏิบัติไว้จำเพาะรายบุคคล การศึกษาของปัณณวัฒน์ โม้เวียงและคณะ (2561) พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจมารับการตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่โดยการส่องกล้อง ดังนั้นบุคลากรควรติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับกระบวนการตรวจ วิธีการปฏิบัติตัวเมื่อต้องเข้ามารับการตรวจโดยเฉพาะในประชาชนที่มีการศึกษาต่ำกว่าชั้นมัธยมศึกษาและมีรายได้น้อย ในการศึกษาครั้งนี้ 3 วันก่อนเข้ารับการส่องกล้อง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกเยี่ยมบ้านรับฟังปัญหาเพื่อหาทางช่วยเหลือ ให้กำลังใจและทบทวนการปฏิบัติตัวตามใบคำแนะนำ การกระทำดังกล่าวจึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องได้ถูกต้อง มีคะแนนพฤติกรรมการเตรียมตัวสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและได้รับการติดตามที่เหมาะสม เช่น สอนรายบุคคล ให้ดูวีดิทัศน์และให้แผ่นพับเพื่อทบทวนที่บ้าน (กันร์ติชา เขียดน้อยและคณะ, 2563) สอนรายบุคคล ให้แผ่นพับร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ (ปราณี ใบเศวต และคณะ, 2564) สอนรายครอบครัวด้วยคู่มือ สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์ (กรพิชชา คล้ายพิกุลและทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, 2561) ให้ความรู้และติดตามผ่านไลน์แอปพลิเคชัน (พรณภา ราญมีชัย, 2566) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ถูกต้อง

กลุ่มตัวอย่างมีลำไส้ใหญ่สะอาดอยู่ในระดับสามารถส่องกล้องได้คืออุจจาระครั้งสุดท้ายมีลักษณะเหมือนรูปที่ 3 และ 4 ร้อยละ 100 สูงกว่าการศึกษาของจงดี ปานสุวรรณ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2565) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสะอาดของลำไส้ระดับ 3 ขึ้นไปร้อยละ 95.6 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความสะอาดของลำไส้ตามเกณฑ์ของ Aronchick scale for bowel cleansing อยู่ในระดับดีเลิศและดีเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดไว้คือ ความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับดีเลิศและดีมากกว่าร้อยละ 90 (ณัฐดนัย สุขุมะ, 2563) ทั้งนี้เป็นเพราะการเตรียมลำไส้ใช้เวลา 3 วัน วันแรกของการเตรียมให้กลุ่มตัวอย่างรับประทานอาหาร

อ่อน ย่อยง่าย กากน้อย วันที่ 2 ให้รับประทานอาหารเหลวใส รับประทานยาระบาย Swiff เวลา 16.00 น. และ 19.00 น. งดน้ำและอาหารหลังเที่ยงคืน วันที่ 3 วันส่องกล้องให้รับประทานยาระบาย Swiff เวลา 05.00 น. การเตรียมลำไส้ด้วยวิธีดังกล่าวทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความสะอาดของลำไส้อยู่ในระดับที่สามารถส่องกล้องได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปราณี ใบเศวตและคณะ (2564) ที่พบว่าการรับประทานอาหารในรูปแบบวันที่ 1-2 อาหารกากน้อย วันที่ 3 อาหารเหลวใส ทำให้ลำไส้สะอาดมากกว่าการรับประทานอาหารแบบอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาอัจฉรา ศรีรักษา (2561) ที่พบว่าการรับประทานยาระบาย Swiff 3 ครั้ง ทำให้ลำไส้สะอาดมากกว่าการให้ยาระบาย Swiff 2 ครั้งร่วมกับการสวนอุจจาระ นอกจากการใช้ยาระบายที่เหมาะสมแล้ว การได้รับการเตรียมก่อนเข้ารับการส่องกล้องด้วยกรอบแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของแมดดักส์และโรเจอร์ (1983) ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการเตรียมลำไส้อยู่ในระดับดีร้อยละ 100 ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีผลลัพธ์การเตรียมลำไส้ที่ดีคือมีความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในระดับดีและดีเลิศร้อยละ 100 สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของปราณี ใบเศวต และคณะ (2564) ทิพยรัตน์ กันทะวงศ์ และคณะ (2565) และพรณภา ราญมีชัย (2566) ที่พบว่าผู้เข้ารับการส่องกล้องมีระดับความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในระดับดีและดีเลิศรวมกันร้อยละ 93.8, 97.7 และ 97.2 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ในภาพรวม (M = 4.94, SD = 0.16) และรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด คล้ายกับการศึกษาของทิพยรัตน์ กันทะวงศ์ และคณะ (2565) ที่พบว่าผู้เข้ารับการส่องกล้องที่ได้รับโปรแกรมการให้บริการการแพทย์ทางไกลร่วมกับการดูแลตามมาตรฐานมีความพึงพอใจต่อโปรแกรมโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับมากที่สุด และการศึกษาของธนานันต์ อาสนานิและไคลศรี บาดาล (2564) ที่พบว่าผู้เข้ารับการส่องกล้องที่ได้รับการดูแลรูปแบบใหม่มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการให้บริการสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลด้วยรูปแบบเดิม ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากระบวนการให้บริการดำเนินงานในรูปแบบโครงการพิเศษ ออกแบบโปแกรมตามทฤษฎีการสร้างเสริมแรงจูงใจ ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง สร้างสัมพันธภาพและให้ข้อมูลคำแนะนำรายบุคคลโดยพยาบาลประจำโครงการ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและมีสื่อการสอนเพื่อทบทวน 2 แบบคือวีดิทัศน์และแผ่นพับให้เลือกใช้ตามความถนัด ผู้รับบริการทุกรายได้รับการอธิบายการปฏิบัติตัวตามเอกสารใบคำแนะนำการเตรียมตัวเพื่อส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่เป็นรายบุคคล เมื่อกลับไปเตรียมตัวที่บ้าน จะมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลออกเยี่ยมบ้านเพื่อทบทวนการปฏิบัติตัว เมื่อมารับบริการส่องกล้องจะได้รับการดูแลในช่องทางพิเศษ ผลการจัดกระบวนการการให้บริการดังกล่าวจึงทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อกระบวนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของโดนาบีเดียน (2003) ที่อธิบายว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันและส่งผลต่อคุณภาพของการบริการสุขภาพมี 3 ด้านได้แก่ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ ซึ่งในการวิจัยนี้มีการออกแบบกระบวนการให้บริการที่ดี จึงส่งผลให้ผลลัพธ์ได้แก่

พฤติกรรมการเตรียมตัวก่อนเข้ารับการส่องกล้อง ความสะอาดของลำไส้ใหญ่ และความพึงพอใจของผู้รับบริการออกมาดี

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเตรียมตัวเพื่อเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับดี มีความสะอาดของลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับดีเลิศและดีรวมกันร้อยละ 100 และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรนำกระบวนการเตรียมผู้เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ที่พัฒนาขึ้นจากงานวิจัยนี้ไปใช้ในการเตรียมผู้รับบริการที่จะเข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอกในโครงการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง

ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำวิจัยในประเด็นเดิมซ้ำแต่ควรออกแบบเป็นการวิจัยกึ่งทดลองและมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อยืนยันผลการวิจัยให้เด่นชัดขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมาที่สนับสนุนทุนวิจัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพื้นที่วิจัยที่อนุญาตให้ดำเนินการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กรพัชชา คล้ายพิกุล, และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์. (2561). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักในผู้สูงอายุ. *วารสาร มฉก.วิชาการ, 21*(42), 123-137. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/HCUJOURNAL/article/view/146768/108176

กันธ์ติชา เขียดน้อย, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, และวารินทร์ บินโฮเซ็น. (2563). ความรู้ พฤติกรรมการเตรียม และความสะอาดของลำไส้ใหญ่ในผู้ที่เข้ารับการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่. *วารสารการพยาบาลและการ*

ดูแลสุขภาพ, 38(4), 93-101. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/245499/167323

จงดี ปานสุวรรณ, และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2565). ผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์การปฏิบัติตัวก่อนการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ความสะอาดของลำไส้และความวิตกกังวลในกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ของโรงพยาบาลนาหม่อม. *ราชาวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์, 12*(1), *136-148.* https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/255197/173441

เฉลิมชาติ แก้วอุดม, มยุรี ลี่ทองอิน, และสิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์. (2564). ผลของการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้ของผู้ดูแลและคุณภาพการเตรียมลำไส้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนักแบบผู้ป่วยใน. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 28*(1)*,* 28-39. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmhs/article/view/249188/168794

ณัฐดนัย สุขุมะ. (2563). ประสิทธิภาพการส่องกล้องและการตรวจพบติ่งเนื้อของผู้ป่วยที่เข้ารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ในโรงพยาบาลสิงห์บุรี. *โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร, 29*(2), 51-62. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/article/view/248767/168423

ทิพยรัตน์ กันทะวงศ์, เกศศิริ วงษ์คงคำ, และวัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์. (2565). ผลของโปรแกรมการให้บริการการแพทย์ทางไกลต่อคุณภาพของการเตรียมลำไส้ใหญ่ในผู้ป่วยที่มารับการส่องกล้องลำไส้ใหญ่และทวารหนัก การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. *วารสารสภาการพยาบาล, 37*(4), 52-72. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/259228/177506

ธนานันต์ อาสนานิ, และไคลศรี บาดาล. (2564). การพัฒนารูปแบบการเตรียมความสะอาดของลำไส้ใหญ่ก่อนการตรวจส่องกล้องลำไส้ใหญ่ทางทวารหนัก ในผู้ป่วยที่มารับบริการในคลินิกพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา, 6*(4), 126-132. https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/253299/171147

ปัณณวัฒน์ โม้เวียง, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจมาตรวจยืนยันมะเร็งลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรงโดยการส่องกล้อง (Colonoscopy) อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 11*(3), 45-53. https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/145284/144990

ปราณี ใบเศวต, จิตติมา ศรีทอง, และฐาณิชญาณ์ หาญณรงค์. (2564). ผลของการเตรียมผู้ป่วยเพื่อส่องกล้องลำไส้ใหญ่แบบผู้ป่วยนอก ศูนย์ส่องกล้อง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ, 4*(2), 40-53. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jhri/article/view/254543/173736

พรณภา ราญมีชัย. (2566). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อพฤติกรรมการเตรียมลำไส้เพื่อการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ โรงพยาบาลอุดรธานี. *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี, 31*(1), 1-15. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/udhhosmj/article/view/262739/179237

โสภณา ว่องทวี, ทัศนีย์ ตันธนา, วิภา แซ่เซี้ย, นันท์นภัส พรุเพชรแก้ว, และวรวิทย์ วาณิชย์สุวรรณ. (2564). การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ความรุนแรง ประโยชน์และอุปสรรคของการส่องกล้องเพื่อตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้และไส้ตรงในกลุ่มที่มีความเสี่ยง: การศึกษาเปรียบเทียบ. *Nursing Science Journal of Thailand, 39*(3), 33-46. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ns/article/view/244466/170900

อลงกรณ์ จันทร์เจริญ. (2565). การเปรียบเทียบผลลัพธ์การเตรียมความสะอาดลำไส้ก่อนการส่องกล้องตรวจลำไส้ใหญ่และทวารหนักระหว่างผู้ป่วยในกับผู้ป่วยผ่าตัดแบบวันเดียวกลับ: การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 37*(4), 396-406. https://thaidj.org/index.php/smnj/article/view/12741

อัจฉรา ศรีรักษา, และ ชัชวาล วชิรเมธารัชต์. (2561). ผลของการเตรียมความสะอาดลำไส้ใหญ่ด้วยการให้ยา swiff 2 ครั้งร่วมกับการสวนอุจจาระ การให้ swiff 3 ครั้งและไม่สวนอุจจาระก่อนการส่องกล้องเพื่อการคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่. *วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม, 15*(1), 187-195. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/MKHJ/article/view/195247/135717

ASGE Standard of Practice Committee. (2014). Bowel preparation before colonoscopy. *Gastrointest Endosc, 2015*;81, 781-794. http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2014.09.048

Donabedian, A. (2003) *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press, Oxford.https://books.google.co.th/books/about/An_Introduction_to_Quality_Assurance_in.html?id=XJ0nmQEACAAJ&redir_esc=y

Hassan, C., et al., (2019). Bowel preparation for colonoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline Update 2019. https://doi.org/10.1055/a-0959-0505 Published online: 2019 | Endoscopy © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart· New York

Hernandez, G., Gimeno-Garcia A Z., and Quintero E. (2019). Strategies to Improve Inadequate Bowel Preparation for Colonoscopy. *Front. Med. 6*: 245. https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00245

Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology, 19*(5), 469–479. https://doi.org/10.1016/0022-1031(83)90023-9

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ศักดิ์สิทธิ์ รอมไธสง, พย.ม.[1]

นริสา วงศ์พนารักษ์, ปร.ด.[2*]

(วันที่ส่งบทความ: 24 เมษายน 2566; วันที่แก้ไข: 26 มีนาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 26 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั่วโลก ส่งผลกระทบทางลบต่อครอบครัวและสังคม การปรับตัวอย่างมีประสิทธิภาพมีความสำคัญต่อการเผชิญความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงบทบาท การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานที่มารับบริการในคลินิกโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ได้จากการใช้โปรแกรม G* Power จำนวน 138 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า มีความเที่ยง 0.83 และ 3) แบบสอบถามการปรับตัว มีความเที่ยง 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก (M = 6.99, SD = .56) การปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง (M = 2.31, SD = .58) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -.607, df = 2, p < .01) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน (r = -.638, r = -.666, r = -.549, r = -.636, p < .01) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำคัญสำหรับพยาบาลจิตเวช นำไปใช้ในการพยาบาลและจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการปรับตัวที่ดีในผู้ป่วยซึมเศร้าวัยทำงานต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า, การปรับตัว, ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

---

[1] นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[*]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นริสา วงศ์พนารักษ์, อีเมล: narisa.w@msu.ac.th

The Relationships Between Personal Factors, Depression, and Adaptation Among Employees with a Major Depressive Disorder

Saksit Romthaisong, M.N.S.[1]

Narisa Wongpanarak, Ph.D.[2*]

(Received: April 24th, 2023; Revised: March 26th, 2024; Accepted: March 26th, 2024)

Abstract

The number of employees with a major depressive disorder (MDD) is increasing around the world, and it is having a negative effect on their families and societies. Effective adaptation is an important element of their problem coping and role function modes. This study aimed to investigate the relationships between personal factors, depression, and adaptation among outpatients with depression. The participants consisted of 138 patients being treated at the outpatient department of the Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Hospital for MDD and who were gainfully employed who were randomly samples using the G* Power program. Research instruments included a demographic data questionnaire, a patient health questionnaire (PHQ-9) (Cronbach's alpha coefficient = 0.83), and an adaptation questionnaire (Cronbach's alpha coefficient = 0.84). Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, Chi-squares, and Pearson's correlation coefficients. The findings revealed that the participants had mean scores for depression at a mild level (M = 6.99, SD = .56) and adaptation at a moderate level (M = 2.31, SD = .58). Depression was negatively and significantly related to adaptation (r = -.607, df = 2, p < .01) and was negatively and significantly related to their physiological mode, self-concept mode, role function mode, and interdependence mode (r = -.638, r = -.666, r = -.549, r = -.636, p < .01, respectively). The results clearly shows the relationships between depression and the four modes of adaptation. The results provide important information that psychiatric and mental health nurses need to employ appropriate nursing practices and continue activities in order to promote better adaptation among outpatients with depression.

Keywords: depression, adaptation, employees with major depressive disorder

---

[1] Master's Student Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University.

[2] Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University.

[*]Corresponding author: Narisa Wongpanarak, E-mail: narisa.w@msu.ac.th

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญในประชากรวัยแรงงาน ส่งผลกระทบทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ (คันธรส สุขกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562; นันทภัค ชนะพันธ์, 2563) โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสำคัญอันดับ 2 ของโลก โดยพบประชากรมากกว่า 280 ล้านคนป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (Institute of Health Metrics and Evaluation, 2023)ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2562 ถึง 2565 พบคนไทยป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 905,286 คน, 1,092,113 คน, 1,181,986 คน และ 1,287,080 คน ตามลำดับ (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2566) และพบว่ามีร้อยละ 62 ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าเป็นบุคคลที่อยู่ในวัยทำงาน (กรมสุขภาพจิต, 2562) สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานเข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ช่วง 4 ปี คือ พ.ศ. 2562 ถึง 2565 มีจำนวนทั้งสิ้น 12,734 คน, 13,406 คน, 13,681 คน และ 17,825 คน ตามลำดับ เฉลี่ยต่อเดือน 1,061 คน, 1,117 คน, 1,140 คน และ 1,485 คน ตามลำดับ (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, 2566) จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี นับเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญยิ่ง

วัยทำงาน เป็นช่วงวัยสำคัญที่ต้องมีการปรับตัวอย่างมากต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงรอบด้าน เป็นวัยที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ จากสถิติวัยทำงานในปีงบประมาณ 2566 พบว่า มีจำนวนมากถึง 40,368,845 คน (กลุ่มพัฒนาระบบข้อมูล กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2566) วัยทำงาน มีอายุระหว่าง 15-59 ปี (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย, 2565) เป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม มีการเปลี่ยนแปลงต่อเนื่องจากวัยรุ่นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย (Erikson, 1964) เป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงบทบาท จำเป็นต้องมีการปรับตัวที่ดี จึงจะสามารถทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบกับปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรทำให้วัยทำงานต้องแบกรับภาระการเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) วัยทำงานจึงต้องแบกรับภาระการหารายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเองและบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบ รวมถึงการมีภาระหนี้สิน ซึ่งอาจทำให้เกิดความเครียด อารมณ์เศร้า ภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ส่งผลทำให้การทำบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป (คันธรส สุขกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562; ฉัตรสุดา มาทา และคณะ, 2565) ดังนั้น วัยทำงานจึงเป็นวัยที่มีภาระรับผิดชอบทั้งต่อตนเองและผู้อยู่ในความดูแล เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความเครียด เกิดอารมณ์เศร้า มีภาวะซึมเศร้าหรือโรคซึมเศร้า ทำให้การทำบทบาทหน้าที่เปลี่ยนแปลงไป (คันธรส สุขกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562; ฉัตรสุดา มาทา และคณะ, 2565)

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิตอย่างมากมายของวัยทำงาน ทำให้วัยทำงานมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง (คันธรส สุขกุล และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์, 2562) และหากวัยทำงานไม่สามารถปรับตัวได้ อาจเพิ่มโอกาสให้เกิดภาวะซึมเศร้าหรือนำไปสู่โรคซึมเศร้าได้มากขึ้น (สินเงิน สุขสมปอง และคณะ, 2559) เมื่อวัยทำงานป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ย่อมส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การรักษาด้วยยาทำให้ได้รับผลข้างเคียง อาจเกิดความพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร การ

เห็นคุณค่าในตนเองลดลง มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวลดลง ทำหน้าที่ในสังคมลดลงหรืออาจไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิม ส่งผลให้วัยทำงานเกิดความเครียด อาจเกิดปัญหาครอบครัว การหย่าร้าง การว่างงานและอื่น ๆ ตามมา (นันทภัค ชนะพันธ์, 2563) อาจกล่าวได้ว่า หากวัยทำงานเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้าแล้ว ถ้ามีการปรับตัวที่ดี เป็นสิ่งจำเป็นต่อวัยทำงานในการเผชิญปัญหาในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

โดยปกติแล้วการปรับตัวเกิดขึ้นอยู่เสมอ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตอย่างมากมายของวัยทำงาน ทำให้วัยทำงานมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้ค่อนข้างสูง การปรับตัวเป็นความพยายามของบุคคลเพื่อเผชิญภาวะวิกฤตหรือสิ่งเร้าที่มากระทบบุคคลจำเป็นต้องมีการตอบสนองเพื่อรักษาสมดุลของตนเอง (Roy & Andrews, 1999) การปรับตัวจึงมีความสำคัญมากต่อวัยทำงาน หากวัยทำงานเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จัดเป็นการเผชิญกับภาวะวิกฤต ขณะเดียวกันมีภาวะซึมเศร้าอันเป็นสิ่งเร้าตรง ซึ่งความรุนแรงของอาการหรือระดับภาวะซึมเศร้า อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคซึมเศร้าของวัยทำงานที่กำลังเผชิญอยู่ ถ้าระดับภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นอาจจะไปรบกวนการแก้ปัญหาโดยผ่านกลไกการควบคุมและกลไกการคิดรู้ มีการแสดงออกทางพฤติกรรม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน นั่นคือผลลัพธ์ของการปรับตัว (Roy, 1991) แม้ว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานจะมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาและจิตสังคมบำบัด รวมทั้งมารับการติดตามการรักษาต่อเนื่องตามนัดของโรงพยาบาลแล้ว แต่ในช่วงระหว่างการบำบัดรักษาก็อาจมีสิ่งเร้าหรือภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ และทำให้เกิดกระบวนการในการปรับตัวของผู้ป่วยวัยทำงานเพื่อเผชิญกับสิ่งเร้านี้ หากวัยทำงานที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้ามีการปรับตัวที่ดี ก็จะสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีค่อนข้างจำกัด ไม่พบงานวิจัยที่ศึกษาการปรับตัวในวัยทำงานโดยตรง พบการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคน (วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ, 2563) การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ (อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557) รวมทั้งการศึกษาการปรับตัวในผู้ป่วยโรคทางกายและโรคเรื้อรัง ได้แก่ การปรับตัวในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง (ชิตชวรรณ คงเกษม และคณะ, 2560) ผู้ป่วยโรคหัวใจขาดเลือด (นุชนาถ สุวรรณประทีป, 2558) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (Ghanbari-Afra & Ghanbari-Afra, 2022) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (King et al., 2002) นอกจากนี้ พบการศึกษาการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (Fiskin et al., 2017) และผู้สูงอายุที่บกพร่องทางการมองเห็น (ณัฐสุดา แสงบุญ และคณะ, 2562) การทบทวนวรรณกรรมข้างต้นทำให้เห็นว่า ยังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาการปรับตัวในประชากรกลุ่มนี้

การศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวคิดการปรับตัวของ Roy (1991) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยมีภาวะซึมเศร้า คือ สิ่งเร้าตรง (วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ, 2563; อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557) จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ (รพีพรรณ สารสมัคร, 2565; วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ, 2563; อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา, 2557) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า (นุชนาถ สุวรรณประทีป, 2558; รพีพรรณ สารสมัคร, 2565) ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย (รพีพรรณ สารสมัคร, 2565) คือ สิ่งเร้าร่วมที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน จากความสำคัญของปัญหาการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลจิตเวช ในการนำข้อมูลที่

สำคัญไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลและจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยซึมเศร้าวัยทำงาน สามารถปรับตัวได้และอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

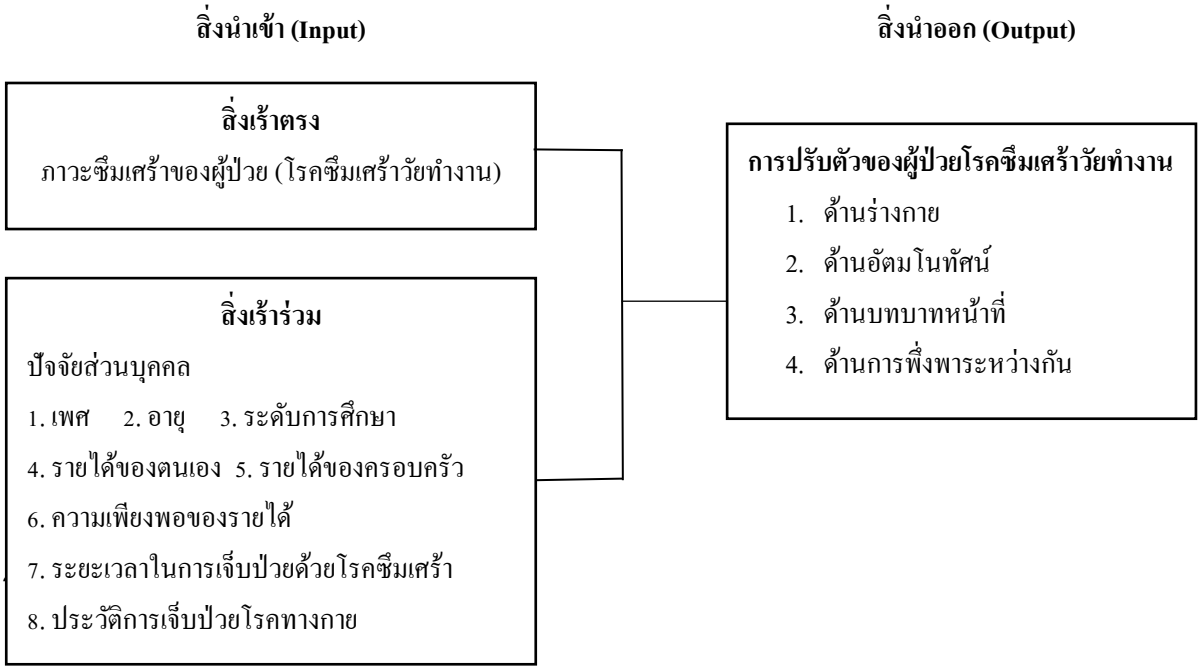
1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน
2. ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การปรับตัว เป็นการที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์ทั้งภายในและภายนอกอยู่ตลอดเวลา ประกอบด้วยสิ่งนำเข้า (Input) คือ สิ่งเร้า (Stimuli) ได้แก่ สิ่งเร้าตรง (Focal stimuli) คือ ภาวะซึมเศร้า สิ่งเร้าร่วม (Contextual stimuli) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ผ่านกระบวนการเผชิญปัญหา (Coping process) มีผลต่อสิ่งนำออก (Output) คือ การแสดงออกพฤติกรรมการปรับตัว ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ทำให้เกิดการปรับตัวของบุคคลที่มีประสิทธิภาพหรือไม่มีประสิทธิภาพ (Roy & Andrews, 1999) ผู้วิจัยจึงนำมาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 *กรอบแนวคิดการวิจัย*

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational research design) ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนตุลาคม ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี เพศชายและเพศหญิงที่ยังคงประกอบอาชีพ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.00 - F32.19) เข้ารับบริการที่คลินิกโรคซึมเศร้า แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จากสถิติในปี พ.ศ. 2564 มีผู้มารับบริการเฉลี่ยต่อเดือน 1,140 คน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการวิเคราะห์ค่าอำนาจทดสอบ (Power analysis) ของ Cohen & Willia (1988) คำนวณด้วยโปรแกรม G* Power กำหนดค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = .30 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 ค่าอำนาจทดสอบ (Power) = .95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย และมีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า อายุ 15-59 ปี เพศชายและเพศหญิงที่ยังคงประกอบอาชีพ 2) ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า (F32.00 - F32.19) และไม่มีการวินิจฉัยโรคทางจิตอื่นร่วม และ 3) สามารถสื่อสารได้ และยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ป่วยที่มีคะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ - 9) ≥ 19 คะแนนขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ใช้ตารางเลขสุ่มโดยมีเลขกำกับกับรายชื่อของกลุ่มตัวอย่างที่จะรับบริการในวันเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติตามหนังสือรับรองเลขที่ 323-275/2565 ลงวันที่ 23 กันยายน 2565 และยื่นต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ที่ สธ.0833/2705 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565 จากนั้น ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด ทั้งนี้ผลที่ได้จากการวิจัยจะถูกนำเสนอโดยภาพรวมเท่านั้น ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษา และในระหว่างตอบแบบสอบถาม หากผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดความเครียดหรือกังวลใจ หรือมีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง คะแนนตามแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ - 9) มีค่า ≥ 19 คะแนน ผู้วิจัยประสานแผนกจิตเวชฉุกเฉินเพื่อให้การรักษาตามระบบของทางโรงพยาบาล เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าใจดีแล้ว ให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เครื่องมือวิจัย คือ แบบสอบถาม 1 ชุด รวมทั้งสิ้น 43 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 8 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้

ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติโรคทางกาย ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Nominal & Oridinal Scale

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการปรับตัว โดย อรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557) จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ การปรับตัว *มาก* = 3, *ปานกลาง* = 2, *น้อย* = 1 การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ดังนี้ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง การปรับตัวไม่ดี, ค่าเฉลี่ย 1.67 - 2.33 หมายถึง การปรับตัวปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.00 หมายถึง การปรับตัวดี

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ - 9) สร้างโดยธรณินทร์ กองสุข และคณะ (2550) จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) การแปลผล คือ ≤ 7 ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก, 7 - 12 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย, 13 - 18 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง, ≥ 19 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามการปรับตัว และแบบประเมินภาวะซึมเศร้า (PHQ - 9) เป็นเครื่องมือที่ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) มาแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตใช้เครื่องมือ และนำมาใช้ทั้งหมด โดยไม่ได้มีการดัดแปลง จึงไม่จำเป็นต้องทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามการปรับตัวและแบบประเมินภาวะซึมเศร้า โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ .84 และ .83 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคามถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์

2. เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเข้าพบพยาบาลหน้าห้องตรวจและผู้เข้าร่วมวิจัย ตามรายชื่อที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมการวิจัย

3. ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45-60 นาที

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของแบบสอบถามทั้งหมดที่ได้รับก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. ระดับภาวะซึมเศร้าและระดับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. ทดสอบการแจกแจงข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ได้แก่ อายุ ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัว และการปรับตัว 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกัน พบว่า มีการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงใช้กราฟ (Histogram), Normal Q-Q Plot, Box Plot , ความเบ้ (Skewness), และความโด่ง (Kurtosis) พบว่า มีการกระจายข้อมูลเป็นแบบปกติ (Ghasemi & Zahediasl, 2012; Mishra et al., 2019) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติแบบ Parametric statistic โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

4. ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติโรคทางกาย กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อ 1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 73.9) อายุ 15 - 29 ปี (ร้อยละ 56.6) อายุเฉลี่ย 31.26 ปี (*SD* = 10.37) สถานภาพโสด (ร้อยละ 52.9) ไม่มีบุตร (ร้อยละ 63.0) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ (38.4) จำนวนชั่วโมงทำงาน 0 - 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 71.8) รายได้ของตนเองต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท (ร้อยละ 44.9) รายได้ของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,001 - 20,000 บาท/เดือน (ร้อยละ 33.2) รายได้มีความเพียงพอ (ร้อยละ 52.2) อาศัยอยู่กับครอบครัว (ร้อยละ 49.3) มีความรักใคร่กันดี (ร้อยละ 53.6) ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่มีการป่วยทางจิตเวช (ร้อยละ 66.8) ไม่เคยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล (ร้อยละ 58.8) ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 1 - 5 ปี (ร้อยละ 60.9) ไม่มีประวัติโรคทางกาย (ร้อยละ 83.3) และไม่เคยใช้สุรา/สารเสพติด (ร้อยละ 64.5)

1.2 ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าในภาพรวมอยู่ในระดับน้อยมาก (*M* = 6.99, *SD* = 4.77) คะแนนรวมมากที่สุด คือ 18 คะแนน และคะแนนรวมน้อยที่สุด คือ 0 คะแนน ส่วนการ

ปรับตัวภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M* = 2.31, *SD* = .58) คะแนนรวมมากที่สุด คือ 75 คะแนน และคะแนนรวมน้อยที่สุด คือ 32 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาวะซึมเศร้า และการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน*

ระดับ	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะซึมเศร้า		
ระดับน้อยมาก (0 - 7 คะแนน)	69	50.0
ระดับน้อย (8 - 12 คะแนน)	49	35.5
ระดับปานกลาง (13 - 18 คะแนน)	20	14.5
M = 6.99, *SD* = 4.77, *Min= 0, Max = 18*		
การปรับตัว		
ไม่ดี (1.00 - 1.66)	13	9.4
ปานกลาง (1.67 - 2.33)	70	50.7
ดี (2.34 - 3.00)	55	39.9
M = 2.31, *SD* = .58, *Min = 32, Max = 75*		

หมายเหตุ *n* = 138

การปรับตัวค่าเฉลี่ยโดยรวม เท่ากับ 2.31(*SD* = .58) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณา เป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านพึ่งพาระหว่างกัน พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 2.26 - 2.38 (*SD* = .46 - .74) โดยด้านบทบาทหน้าที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เท่ากับ 2.38 (*SD* = .56) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการปรับตัวรายด้านของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน*

การปรับตัว	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับการปรับตัว
ด้านร่างกาย	2.30	.46	ปานกลาง
ด้านอัตมโนทัศน์	2.26	.74	ปานกลาง
ด้านบทบาทหน้าที่	2.38	.56	ดี
ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	2.30	.48	ปานกลาง
รวม	2.31	.58	ปานกลาง

หมายเหตุ *n* = 138

วัตถุประสงค์ข้อ 2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า อายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .163, p < .01) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน*

ตัวแปร	r	p-value
อายุ	.163	.056

หมายเหตุ n = 138, *p < .01

ผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2 = .173, .187, p < 0.01) และ (χ^2 = .240, .352, p < 0.05) และพบว่า เพศ ระดับการศึกษาระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว (χ^2 = 0.001, 0.024, 0.089, p < 0.01) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 *ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกายกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน*

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง		การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน						χ^2	df	p-value
			ไม่ดี		ปานกลาง		ดี				
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)			
เพศ									0.001	2	1.577
- ชาย	36	(26.09)	2	(1.45)	21	(15.22)	13	(9.42)			
- หญิง	102	(73.91)	11	(7.97)	49	(35.51)	42	(30.43)			
ระดับการศึกษา									0.024	2	1.059
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	59	(42.75)	4	(2.89)	32	(23.19)	23	(16.67)			
- ปริญญาตรีขึ้นไป	79	(57.25)	9	(6.52)	38	(27.54)	32	(23.19)			
รายได้ของตนเอง									.173*	2	.00
- ต่ำกว่า 20,000 บาท	99	(71.74)	7	(5.07)	48	(34.79)	44	(31.88)			
- 20,000 บาทขึ้นไป	39	(28.26)	6	(4.35)	22	(15.94)	11	(7.97)			
รายได้ของครอบครัว									.187*	2	.00
- ต่ำกว่า 20,000 บาท	65	(47.10)	4	(2.90)	29	(21.01)	32	(23.19)			
- 20,000 บาทขึ้นไป	73	(52.90)	9	(6.52)	41	(29.71)	23	(16.67)			

ตัวแปร	กลุ่มตัวอย่าง		การปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน						χ^2	*df*	*p*-value
			ไม่ดี		ปานกลาง		ดี				
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)			
ความเพียงพอของรายได้									.240**	2	.00
- ไม่เพียงพอ	66	(47.83)	8	(5.80)	40	(28.99)	18	(13.04)			
- เพียงพอ	72	(52.17)	5	(3.62)	30	(21.74)	37	(26.81)			
ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า									.089	2	1.959
- 1-5 ปี	109	(78.99)	12	(8.70)	55	(39.86)	42	(30.43)			
- 6 ปีขึ้นไป	29	(21.01)	1	(0.72)	15	(10.87)	13	(9.42)			
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย									.325**	2	.00
- ไม่มี	136	(98.55)	11	(7.97)	70	(50.72)	55	(39.86)			
- มี	2	(1.45)	2	(1.45)	0	(0)	0	(0)			

หมายเหตุ $n = 138$, $*p < .01$, $**p < .05$

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัย พบว่า ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับสูงกับระดับการปรับตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.607$, $p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน*

ตัวแปร	1	2
1. ภาวะซึมเศร้า	1	
2. การปรับตัว	-.607*	1

หมายเหตุ $n = 138$, $*p < .01$

เมื่อวิเคราะห์รายด้าน พบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ในทางลบในระดับสูงกับการปรับตัวด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านการพึ่งพาระหว่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.638, -.666, -.549, -.636$, $p < .01$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ด้านร่างกาย ด้านอัตมโนทัศน์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน*

ตัวแปร	1	2	3	4	5
1. ภาวะซึมเศร้า	1				
2. ด้านร่างกาย	-.638*	1			
3. ด้านอัตมโนทัศน์	-.666*	.743*	1		
4. ด้านบทบาทหน้าที่	-.549*	.626*	.660*	1	
5. ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน	-.636*	.588*	.613*	.620*	1

หมายเหตุ $n = 138$, $*p < .01$

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ดังนี้

ข้อที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกายมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของอรพิน คำโต และรังสิมันต์ สุนทรไชยา (2557) และอภิรดา สร้อยสน (2553) ที่พบว่า รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว จำนวน 20,000 บาทขึ้นไปและมีความเพียงพอของรายได้ ซึ่งอาจไม่มีปัญหาเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน การมีสถานะทางการเงินที่ดีนับเป็นปัจจัยสำคัญอย่างหนึ่งต่อการดำรงชีวิต เพราะหากมีรายได้ที่เพียงพอ ต่อรายจ่าย บุคคลก็สามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ ส่งผลต่อการปรับตัวที่ดี (Roy, 1991) นอกจากนี้ประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของรพีพรรณ สารสมัคร (2565) และ Hosseini & Soltanian (2022) ส่วน เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคซึมเศร้า พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุ 15-29 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยทำงานตอนต้น ที่มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยโรคทางกาย ไม่มีประวัติการดื่มสุราหรือใช้สารเสพติด อีกทั้งมีการศึกษาในระดับปริญญาตรี อาจทำให้มีความรู้ในการดูแลตนเอง รู้จักแสวงหาข้อมูล และเอาใส่ใจตนเอง พร้อมทั้งไม่พบความเสื่อมถอยของร่างกายในด้านอื่น ๆ มีการดูแลช่วยเหลือตนเองได้ดี มีความร่วมมือในการรักษา และสามารถจัดการกับอาการเจ็บป่วยได้ดี จึงทำให้มีการปรับตัวที่ดี

ข้อที่ 2 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยมากส่งผลต่อการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ วราพร ศรีภิรมย์ และคณะ (2563), อรพิน คำโต และรังสิมันต์

สุนทรไชยา (2557), Fiskin et al. (2017) และ King et al. (2002) อาจกล่าวได้ว่า หากมีภาวะซึมเศร้าในระดับน้อยมาก ก็จะส่งผลให้มีการปรับตัวในระดับมากหรือการปรับตัวในระดับที่ดี ทั้งนี้อาจเนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งเร้าตรง หากภาวะซึมเศร้าระดับสูงยิ่งส่งผลต่อพยาธิสภาพของโรคทำให้โรคซึมเศร้ามีแนวโน้มที่จะมีอาการแย่ลง หรือทำให้การป่วยด้วยโรคซึมเศร้ายาวนานขึ้น อันจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์คือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานเกิดการปรับตัวไม่ดี เนื่องจากพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้าที่จะส่งผลต่อการปรับตัวทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย เช่น ไม่สามารถทำกิจวัตรหรือกิจกรรมได้ตามปกติ รู้สึกอ่อนเพลียเนื่องจากพักผ่อนไม่เพียงพอ เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากเกินไป เหนื่อยง่าย ไม่ค่อยมีแรง เบื่อไม่อยากทำอะไร มีปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับหรือการขับถ่าย เป็นต้น ด้านอัตมโนทัศน์ อาจส่งผลทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป รู้สึกมีอารมณ์เศร้า ท้อแท้ ทำอะไรล้มเหลว ไม่พึงพอใจตนเอง หรือมีความคิดทำร้ายตนเอง เป็นต้น (รวิพรรดิ พูลลาภ, 2560) ด้านบทบาทหน้าที่ อาจเกิดความรู้สึกไม่มีคุณค่าต่อบทบาทหน้าที่หรือการทำงานที่ได้รับมอบหมาย อีกทั้งยอมรับหรือไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ทำให้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงรายได้ของตนเองและครอบครัวได้ เป็นต้น (สร้อยสุดา อิ่มอรุณรักษ์, และคณะ, 2564) ด้านการพึ่งพาระหว่างกัน อาจเกิดความรู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพาคนอื่นมากขึ้น หรือตนเองไม่สามารถเป็นที่พึ่งพาและที่ปรึกษาแก่คนรอบข้างได้ รวมทั้งคิดว่าไม่ได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากผู้อื่น เป็นต้น การปรับตัวทั้ง 4 ด้าน มีผลมาจากพยาธิสภาพของโรคซึมเศร้า ทำให้เกิดระดับภาวะซึมเศร้าที่มีผลต่อการปรับตัวที่ดีหรือไม่ดี

สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงานส่วนใหญ่ มีภาวะซึมเศร้าอยู่ในระดับน้อยมาก มีการปรับตัวอยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยยังพบว่า รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย และภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ดังนั้น พยาบาลจิตเวช ควรให้ความสำคัญกับการวางแผนการพยาบาล โดยคำนึงถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัว ถ้าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าอยู่กับโรคที่เป็นและสามารถทำงานได้จะส่งผลต่อรายได้ตนเองและครอบครัว ทำให้เกิดความเพียงพอมีการดูแลตนเอง พร้อมทั้งไม่มีโรคประจำตัวอย่างอื่น เพื่อส่งเสริมการปรับตัวที่ดีและลดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลและด้านการวิจัย สำหรับพยาบาลจิตเวชและบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ควรให้ความสำคัญและส่งเสริมปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ได้แก่ รายได้ของตนเอง รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ การเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย

โดยหารูปแบบหรือกิจกรรมที่ส่งเสริมรายได้ จัดสรรแหล่งช่วยเหลือเรื่องงานและค่าตอบแทนที่เหมาะสม และสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นต้น

2. ควรมีการวางแผนการดูแลเพื่อส่งเสริมการปรับตัวที่ดี โดยมีการประเมินภาวะซึมเศร้าและมีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน ได้แก่ ประเภทอาชีพ การเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

2. ควรเพิ่มการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น หรือศึกษาในบริบทโรงพยาบาลอื่น ๆ ศึกษาเปรียบเทียบ เพื่อขยายองค์ความรู้ให้เพิ่มขึ้น

3. ควรศึกษาปัจจัยทำนายการปรับตัว เพื่อทราบปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2562). *“โรคซึมเศร้า” ทำใจพัง เช็กลิสต์สาเหตุและอาการ*. https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30114

กลุ่มพัฒนาระบบข้อมูล กองแผนงาน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *ข้อมูลประชากรวัยทำงาน ปีงบประมาณ 2566*. ฐานข้อมูลกลาง กรมอนามัย. https://dohdatacenter.anamai.moph.go.th/index.php?r=groupdata/index&group=1&id=3

กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย. (2565). *รอบรู้ สุขภาพวัยทำงาน*. บริษัท คิวคัมเบอร์ (ประเทศไทย) จำกัด.

คันธรส สุขกุล, และปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. (2562). ภาวะซึมเศร้าในประชากรวัยแรงงาน: ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวทางการดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 30*(2), 229-238.

ฉัตรสุดา มาทา, ชลธิชา อินปั๋น, ภัทรนัย ไชยพรม, พลอยดาว พรมชาติ, และอัญชลา รัตนธนากร. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยทำงาน: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในอำเภอ งาว จังหวัด ลำปาง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *32*(3), 187-197.

ชิตชวรรณ คงเกษม, สุนีย์ ละกำปั่น, และปิยะธิดา จึงสมาน. (2560). โปรแกรมส่งเสริมการปรับตัวสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รักษาด้วยวิธีการล้างไตทางช่องท้อง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 31*(1), 75-89.

ณัฐสุดา แสงบุญ, มุกดา เดชประพนธ์, และสุปรีดา มั่นคง. (2563). การปรับตัวในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น. *รามาธิบดีพยาบาลสาร, 25*(1), 29-42.

นันทภัค ชนะพันธ์. (2563). ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า: บทบาทพยาบาลในการดูแลเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *32*(1), 75-88.

นุชนาถ สุวรรณประทีป. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้สูงอายุโรคหัวใจขาดเลือด*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยบูรพา]. https://webopac.lib.buu.ac.th/catalog/BibItem.aspx?BibID=b00226811

ปราลีณา ทองศรี, อารยา เชียงของ, และธนยศ สุมาลย์โรจน. (2561). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าในข้าราชการตำรวจจราจรเขตนครบาล. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 32*(1), 59-76.

รพีพรรณ สารสมัคร. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในจังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย, 15*(2), 92-107.

รวิพรรดิ พูลลาภ. (2560). ภาวะซึมเศร้า การคิดฆ่าตัวตาย ความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนในชุมชนน้ำจำและชุมชนบ้านเด่น ตำบลเมืองพาน อำเภอเมืองพาน จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 6*(2), 72-85.

ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2566). *สถิติผู้ป่วยโรคซึมเศร้า (2562 - 2565)*. กลุ่มรายงานมาตรฐาน. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์. (2566). *รายงานสรุปผลการมารับบริการของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าปีงบประมาณ 2562-2565*. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.

วราพร ศรีภิรมย์, โสภิณ แสงอ่อน, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และวรภัทร รัตอาภา. (2563). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าหญิงวัยกลางคน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 34*(3), 20-42.

สร้อยสุดา อิ่มอรุณรักษ์, ปิยะทิพย์ ประดุจพรม และปริญญา เรืองทิพย์. (2564). การพัฒนามาตรวัดความสุขในการทำงานของวัยทำงานด้วยการประยุกต์ โมเดลการตอบสนองข้อสอบ: การทดสอบแบบปรับเหมาะด้วยคอมพิวเตอร์. *วารสารวิชาการสถาบันเทคโนโลยีแห่งสุวรรณภูมิ*, *7*(2), 157-175.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, (2561). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2543-2573*.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2551). *การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย 2543-2573*. https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=137

สินเงิน สุขสมปอง, สาวิตรี แสงสว่าง, ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2559). ความชุกของโรคจิตเวชในสังคม เมืองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง: การทบทวนวรรณกรรม.*วารสารสวนปรุง*, *32*(1), 28-41.

อภิรดา สร้อยสน. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างสิ่งเร้ากับการปรับตัวของผู้ป่วยหลังเปลี่ยนข้อเข่าเทียม*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น]. https://dric.nrct.go.th/Search/SearchDetail/249751.

อรพิน คำโต, และรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการปรับตัวของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าวัยสูงอายุ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 28*(2), 74-87.

Cohen, S., & Williamson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. *The Social Psychology of Health,3(1), 31-63.*

Erikson, E. H. (1964). *Insight and responsibility: Lectures on the ethical implications of psychoanalytic insight*. W W Norton & Co.

Fiskin, G., Kaydirak, M. M., & Oskay, U. Y. (2017). Psychosocial adaptation and depressive manifestations in high-risk pregnant women: implications for clinical practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *14*(1), 55-64. https://doi.org/10.1111/wvn.12186

Ghanbari-Afra, L., & Ghanbari-Afra, M. (2022). Roy Adaptation Model for Patients with Hypertension: A Case Report. *Journal of Vessels and Circulation*, *3*(1), 43-50. https://doi.org/10.32598/JVC.3.1.102.1

Hosseini, M., & Soltanian, M. (2022). Application of Roy's Adaptation Model in Clinical Nursing: A Systematic Review. *Journal of Iranian Medical Council, 5*(4), 540-556. https://doi.org/10.18502/jimc.v5i4.11327

Institute of Health Metrics and Evaluation. (2023). *Global Health Data Exchange (GHDx).* GBD Results. https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

King, R. B., Shade-Zeldow, Y., Carlson, C. E., Feldman, J. L., & Philip, M. (2002). Adaptation to stroke: A longitudinal study of depressive symptoms, physical health, and coping process. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *9*(1), 46–66. https://doi.org/10.1310/KDTA-WELC-T2WR-X51W

Mishra, P., Pandey, C. M., Singh, U., Gupta, A., Sahu, C., & Keshri, A. (2019). Descriptive statistics and normality tests for statistical data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, *22*(1), 67–72. https://doi.org/10.4103/aca.ACA_157_18

Roy, C. (1991). *The Roy adaptation model. The definitive statement*. Appleton & Lange.

Roy, C., & Andrews, H. A. (1999). *The Roy adaptation model*. Stamford, CT: Appleton & Lange.

ประสิทธิผลโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง

เจษฎา อังกาบสี, กศ.ด.[1]
ชุติมา ปัญญาพินิจนุกูร, กศ.ด.[2]
นิติบดี ศุขเจริญ, ปร.ด.[3*]

(วันที่ส่งบทความ: 9 มีนาคม 2566; วันที่แก้ไข: 8 ธันวาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 16 กุมภาพันธ์ 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียวทดสอบก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และความคาดหวังที่มีต่อทักษะในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะก่อนและหลังการทดลอง ของอาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกโดยการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จัดกระทำผ่านโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ผลการวิจัยพบว่า ผลสัมฤทธิ์ของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแล ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการสร้างแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จำนวน 30 คน โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) เป็นการจัดรูปแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ด้วยประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น การชักจูงด้วยคำพูด และ การกระตุ้นทางอารมณ์ ผู้ดูแลผู้ป่วยหลังได้รับการอบรมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ตัวแปรศึกษาที่มีค่าคะแนนสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ค่าคะแนนความรู้ ค่าคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง และค่าคะแนนทักษะในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ผู้ดูแล, ติดบ้านติดเตียง

---

[1] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
[2] คณบดี, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สำนักวิจัย มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต
[*]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นิติบดี ศุขเจริญ, อีเมล: nitibodee.suk@kbu.ac.th

The Effectiveness of the Competency Promotion Caregiver Program for Patients and the Elderly

Jesda Aungabsee, Ed.D.[1]

Chutima Panyapinijnugoon, Ed.D.[2]

Nitibodee Sukjaroen, Ph.D[3*]

(Received: March 9th, 2023; Revised: December 8th, 2023; Accepted: February 16th, 2024)

Abstract

The experiment was quasi-experimental, pre and posttest single-group design. The objective was to compare knowledge, self-efficacy and expectations regarding skills in caring of Bangkok public health volunteers for patients and the elderly who need continuity of care at home in the pre- and post-experiment period. The sample was selected by purposive sampling. They were organized harmonizingly a program to promote the abilities of caregivers to elderly patients who need continuity of care at home (Caregiver). The results found that the achievements of caregivers who have completed the training program to promote the abilities of caregivers to patient and bedridden elderly people. There were sampling 30 caregivers who have passed on primary training courses of patients and the elderly who need continuity of care at home. The program promotes the ability of caregivers of patients and the elderly who need continuity of care at home (Caregiver) by organizing activities to promote self-efficacy. This includes successful experiences, using models or the experiences of others, verbal persuasion and emotional stimulation. After the trial, caregivers have completely trained in the program to promote the abilities of caregivers to patients and the elderly who need continuity of care at home. The variables were studied, had higher scores than before the experiment, statistically significant at the 0.05 level includes knowledge scores. Self-efficacy score and skill points for caring for patients and the elderly who need continuity of care home.

Keywords: elderly, caregivers, bed-ridden

---

[1] Assistant Professor, Faculty of Psychology, Kasem Bundit University

[2] Dean of Faculty of Nursing, Kasem Bundit University

[3] Assistant Professor, Research Center, Kasem Bundit University

[*]Corresponding Author: Nitibodee Sukjaroen, E-mail: nitibodee.suk@kbu.ac.th

บทนำ

องค์การสหประชาชาติ ได้คาดการณ์ช่วงปี ค.ศ. 2001-2100 ว่าเป็นศตวรรษแห่งผู้สูงอายุ โลกกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งแต่ละประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแตกต่างกันไป ตามสภาพแวดล้อมของแต่ละประเทศ เช่น ความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การพัฒนาทางด้านการแพทย์ โภชนาการ และในปี ค.ศ. 2020 มีประเทศสมาชิกอาเซียนมากถึง 6 ประเทศได้กลายเป็นสังคมสูงอายุแล้ว เรียงตามลำาดับอัตราผู้สูงอายุจากมากไปน้อยได้ดังนี้ สิงค์โปร์ (ร้อยละ 20.9) ไทย (ร้อยละ 18.1) เวียดนาม (ร้อยละ 12.3) มาเลเซีย (ร้อยละ 11.0) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10.1) และ เมียนมา (ร้อยละ 10.0) (วัชรากรณ์ ชีวโศภิษฐ, 2562) จากสถิติประชากรประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Ageing Society) มาตั้งแต่ พ.ศ. 2548 และเมื่อปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (completed Aged Society) และสถิติ เมื่อปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุ จำนวน 12.7 ล้านคน (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งคาดว่า ในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งประเทศ นั่นคือการเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ดังนั้น ประเด็นสังคมสูงวัยจะเป็นเรื่องสำคัญที่มีผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และคุณภาพชีวิตของคนในประเทศไทย (พัชราพรรณ กิจพันธ์, 2561; สุรพงษ์ มาลี, 2561) ผู้สุงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้สถานการณ์ผู้สุงอายุกลุ่มติดเตียงมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงเป็นปัญหาสุขภาพจากความเสื่อมถอยของร่างกาย และจากโรคภัยไข้เจ็บต่างๆ ในปี 2564มีประชากรสูงอายุกลุ่มติดเตียง 45,182 คน จากประชากรสูงอายุทั้งหมด 9,160,046 คน (ณปภา ประยูรวงษ์, 2565)

การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุติดเตียงแบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเอง 2) การดูแลโดยครอบครัว 3) การดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 4) การดูแลโดยระบบบริการสุขภาพ และ 5) การเอื้ออาทรจากชุมชน (สุวรรณา วุฒิรณฤทธิ์, และวลัยนารี พรมลา, 2564) รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ใช้กรอบแนวคิดหลัก 3 ต. คือ ติดตาม ติดตา และ ติดใจ โดยมีส่วนร่วมของ 4 ภาคีเครือข่าย ควรประกอบไปด้วย ภาคีบริการชุมชน ภาคีบริการท้องถิ่น ภาคีบริการสุขภาพ และภาคีบริการสังคม (ธัญพร สมันตรัฐ, 2561) ปัจจัยความสำเร็จ คือ 1) การเป็นหุ้นส่วนกัน 2) การให้คุณค่ากันและกัน 3) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น รูปแบบการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การสร้างเครือข่ายความร่วมมือ การกำหนดนโยบายความร่วมมือ การเตรียมความพร้อมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแกนนำชุมชนและเครือข่าย การดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงแบบมีส่วนร่วม และการประเมินผลการดำเนินงาน (ประภาพร เมืองแก้ว และคณะ, 2564) ผู้บริหารควรมีนโยบายในการสนับสนุนด้านการจัดระบบการเยี่ยมบ้าน โดยให้บุคลากรทางสุขภาพได้เยี่ยมบ้านผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเพื่อให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ และประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล (สายใจ จารุจิตร และคณะ, 2562)

จากงานวิจัยต่างๆที่พัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้ให้ผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งต้องการการทบทวนความรู้อย่างสม่ำเสมอ (สายใจ จารุจิตร และคณะ, 2562; อุบล ไตรถวิล, 2561) ผู้บริบาลเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด จึงควรมีความรู้ความเข้าใจในวิชาชีพอย่างถูกต้อง การได้เข้ารับการอบรม และเรียนรู้ ค้นหาความรู้ใหม่ ๆ เพื่อพัฒนาตนเอง เพื่อนำความรู้นั้นมาบริบาลผู้ป่วยติดเตียง บำบัดฟื้นฟูร่างกายผู้ป่วยติดเตียง ทำแผล ดูแลความสะอาด ด้านโภชนาการ การดูแลอาหารที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยติดเตียง การให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย สำหรับผู้บริบาลผู้ป่วยติดเตียงส่วนใหญ่มักเป็นญาติ พี่น้องหรือบุตรหลาน ซึ่งอาจมีความรู้ความเข้าใจบ้างเล็กน้อย ซึ่งอาจไม่ถูกต้องทั้งหมด เพราะผู้ป่วยติดเตียงนั้นต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด ตลอดเวลา ในทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นร่างกาย โภชนาการ หรือจิตใจ (พระพงศ์พัสกร ธมฺมปารคู และคณะ, 2564)

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย ได้พัฒนาระบบการพยาบาลที่บ้าน โดยจัดให้มีโครงการการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านให้กับบุคคลภายนอก ประกอบด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ลูกจ้างรายวันที่ช่วยปฏิบัติงานในศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย บุคลาการจากคลินิกอบอุ่น และประชาชนทั่วไป เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และเพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ดำรงชีพอยู่อย่างสมศักดิ์ศรี และยืดระยะเวลาของการต้องพึ่งพิงออกไป ดังนั้นผู้ดูแล (Caregiver : CG) จึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

การใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) เป็นการนำกลวิธีการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองมาประยุกต์ใช้เพื่อให้ความรู้และพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ โดยใช้ในการจัดกิจกรรมเพื่อให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) มีการรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้น มีความเชื่อมั่น และมั่นใจในกรณีที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ที่ใส่สายยางให้อาหารทางจมูก และ/หรือสายสวนปัสสาวะเกี่ยวกับการดูแลสายยางให้อาหารทางจมูก และ/หรือการดูแลสายสวนปัสสาวะ โดยมีการพัฒนามาจากการสนับสนุน 4 วิธี ของ Bandura (1997) คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการกระทำ (Performance accomplishments) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองมากที่สุด เนื่องจากเป็นประสบการณ์ตรงมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองให้สูงขึ้น การกระทำที่ประสบความสำเร็จ ความสำเร็จที่เกิดขึ้นบ่อยๆจะทำให้บุคคลมีความมั่นใจเพิ่มมากขึ้น และรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะเผชิญกับสถานการณ์แบบเดียวกันที่เคยประสบมาก่อน 2) การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดยการนำเสนอผ่านตัวแบบจากสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (caregiver) ที่ความสำเร็จจาก https://youtu.be/LshieP9bYLk (พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดย แคร์ กิฟเวอร์) 3) การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) ถ้ามีบุคคลที่ตนเองเชื่อใจคอยให้กำลังใจ กล่าวชมเชย จะทำให้บุคคลเกิดความพยายามและความมั่นใจที่จะปฏิบัติมากขึ้น การพูดชักจูงสามารถทำได้โดยการแนะนำ กระตุ้น ชักชวน ชี้แนะ และอธิบาย ถ้าจะให้มีผลที่ดีควรปฏิบัติร่วมกับ และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal)

ถ้าได้รับการกระตุ้นอารมณ์ในทางบวกจะทำให้บุคคลเกิดความสบายใจ ลดความวิตกกังวล และช่วยส่งเสริมความมั่นใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ดีขึ้น

จากสถานการณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแล (Caregiver : CG) โดยการนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy Theory) ของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้สร้างโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) เพื่อเป็นกลวิธีในการส่งเสริมความรู้ ทักษะ และการรับรู้ความสามารถตนเอง ของผู้ดูแลให้มีความตระหนักและเตรียมพร้อมในการรับมือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยกลุ่มต่าง ๆ ให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในระยะก่อนและหลังการทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในระยะก่อนและหลังการทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังที่มีต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ในระยะก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) โดยการจัดรูปแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเอง ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ
2. การใช้ตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น
3. การชักจูงด้วยคำพูด
4. การกระตุ้นทางอารมณ์

ตัวแปรตาม

1. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
3. ความคาดหวังที่มีต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

ภาพที่ 1 *กรอบแนวคิดการวิจัย*

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pretest - posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 28 เมษายน – 30 พฤศจิกายน 2564 ในพื้นที่เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver : CG) เฉพาะพื้นที่เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานคร ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการสร้างแกนนำผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจาก Polit and Hungler (1995) โดยกำหนดว่าการวิจัยกึ่งทดลอง ควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 20 - 30 คน ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver : CG) เฉพาะพื้นที่เขตสวนหลวง กรุงเทพมหานครจำนวน 30 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ ได้แก่ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่สามารถสื่อสาร อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต รหัสโครงการวิจัย R008/64X1

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยให้แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษางานวิจัยและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self - efficacy Theory) ของ Bandura (1997) เพื่อนำมาส่งเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Performance accomplishments)โดยการส่งเสริมให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) เกิดความมั่นใจในความสามารถตนเองว่าสามารถปฏิบัติได้ ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จที่คาดหวังโดยการให้ความรู้ สอนสาธิต และฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วย การประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) การประเมินความสามารถใน

การประกอบกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL : Barthel Activities of Daily Living) การประเมินสภาวะความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ (TAI : Typology of The Aged with Illustration) การคัดกรองโรคซึมเศร้า (2Q) การประเมินภาวะสมองเสื่อม (Mini cog) การลงบันทึกรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้สูงอายุ CG2 การทำแผล การให้อาหารทางสายยางและการดูแลสายยางให้อาหารทางจมูก การดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่คาสายสวนปัสสาวะ

1.2 การใช้ตัวแบบ หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) โดย การนำเสนอผ่านตัวแบบจากสื่อวีดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ประสบความสำเร็จ https://youtu.be/LshieP9bYLk (พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย แคร์ กิฟเวอร์) เพื่อให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) ได้เห็นผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน

1.3 การชักจูงด้วยคำพูด (Verbal persuasion) โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) เห็นบทบาทความสำคัญของตนเองเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) โดยทำกิจกรรมต้นไม้แห่งความคาดหวัง โดยให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) เขียนความคาดหวังเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ลงบนใบไม้ของรูปต้นไม้ใหญ่

1.4 การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) จะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยการกระตุ้นอารมณ์ในทางบวกจะทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถในตนเองดีขึ้นด้วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามสร้างขึ้น และผ่านการประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลา การเป็นผู้ดูแล (Caregiver : CG) จบการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประเภทผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) แบบถูก ผิด จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura (1997) ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตรวัดระดับ 4 ระดับ (*มั่นใจมาก มั่นใจ ไม่ค่อยมั่นใจ ไม่มั่นใจเลย*) ทั้งหมด 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความคาดหวังที่มีต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถามแบบมาตรวัดระดับ 3 ระดับ (*ดี พอใช้ ควรปรับปรุง*) ทั้งหมด 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือวิจัย โดยการนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) เท่ากับ 0.96 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลอง (Try-out) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาคอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในส่วนที่ 2-4 และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.91, 0.87, 0.89 และ 0.89 ตามลำดับ

การดำเนินการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

แผนกิจกรรมครั้งที่ 1 ผู้วิจัยพบผู้ดูแล (Caregiver : CG)โดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

แผนกิจกรรมครั้งที่ 2 ให้ความรู้ สอนสาธิต และฝึกปฏิบัติเรื่องการประเมินสัญญาณชีพ (Vital signs) หลังจากนั้นให้ฝึกสาธิตย้อนกลับ โดยการจับคู่ฝึกทักษะร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรงในการประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการลงมือปฏิบัติกิจกรรม

แผนกิจกรรมครั้งที่ 3 กิจกรรม ผู้วิจัยนำเสนอผ่านตัวแบบจากสื่อวีดีทัศน์เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่ประสบความสำเร็จจากhttps://youtu.be/LshieP9bYLk (พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดย แคร์ กิฟเวอร์) เพื่อให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) เห็นผู้อื่นที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน เมื่อชมวีดีทัศน์แล้ว ผู้วิจัยสอบถามเกี่ยวกับความรู้ที่ได้จากการชมสื่อวีดีทัศน์ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG)ได้ซักถามข้อสงสัย หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปทบทวนให้แก่ผู้ดูแล (Caregiver : CG) เพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถตนเองว่าปฏิบัติได้

แผนกิจกรรมครั้งที่ 4 ให้ความรู้ สอนสาธิต และการฝึกปฏิบัติเรื่องการทำแผล หลังจากนั้นให้ฝึกสาธิตย้อนกลับ โดยการจับคู่ฝึกทักษะร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรงในการประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการลงมือปฏิบัติกิจกรรม

แผนกิจกรรมครั้งที่ 5 ให้ความรู้ สอนสาธิต และฝึกปฏิบัติเรื่องการให้อาหารทางสายยางและการดูแลสายยางให้อาหารทางจมูก หลังจากนั้นให้ฝึกสาธิตย้อนกลับ โดยการจับคู่ฝึกทักษะร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรงในการประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการลงมือปฏิบัติกิจกรรม (ใช้เวลา 30 นาที) และให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG)ประเมินตามใบงานสถานการณ์ที่ 1 และสถานการณ์ที่ 2 (Pretest)

แผนกิจกรรมครั้งที่ 6 ให้ความรู้ สอนสาธิต และฝึกปฏิบัติเรื่องการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่คาสายสวนปัสสาวะ หลังจากนั้นให้ฝึกสาธิตย้อนกลับ โดยการจับคู่ฝึกทักษะร่วมกัน เพื่อให้เกิดประสบการณ์ตรงในการประสบความสำเร็จด้วยตนเองในการลงมือปฏิบัติกิจกรรม

แผนกิจกรรมการติดตามครั้งที่ 1 ผู้วิจัยกระตุ้นให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้แบบประเมินต่างๆในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) ได้ซักถามข้อมูล ให้คำปรึกษาแนะนำด้านการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินต่างๆในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

แผนกิจกรรมการติดตามครั้งที่ 2 พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการทำแผลในผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในชุมชน และเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) ได้ซักถามข้อมูล ให้คำปรึกษาแนะนำด้านการรับรู้ความสามารถตนเองเกี่ยวกับการทำแผลในผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

แผนกิจกรรมการติดตามครั้งที่ 3 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์เกี่ยวกับการให้อาหารทางสายยางและการดูแลสายยางให้อาหารทางจมูกและ/หรือสายสวนปัสสาวะในผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและจำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

ขั้นหลังสิ้นสุดการทดลอง ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง 5 เดือน ผู้วิจัยพบผู้ดูแล (Caregiver : CG) เพื่อทำการประเมินผลและเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะสิ้นสุดหลังการทดลอง ได้แก่การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแล (Caregiver : CG) ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด และข้อคิดเห็นของแต่ละคน โดยผู้วิจัยกระตุ้นให้ทุกคนๆทำกิจกรรม รวมทั้งแก้ไขปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะร่วมกัน ผู้วิจัยสรุปเนื้อหาทบทวนการส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแล (Caregiver : CG) ทั้งหมดที่ผ่านมา หลังจากนั้นให้ทำแบบประเมินผล Posttest ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคล แบบประเมินความรู้ ทักษะ และการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) พร้อมทั้งให้ทำแบบประเมิน Posttest ตามใบงานสถานการณ์ที่ 1 และสถานการณ์ที่ 2 โดยใช้แบบสอบถามลักษณะเหมือนชุดเดิม เมื่อผู้ดูแล (Caregiver : CG) ทำแบบสอบถามเสร็จสิ้นเรียบร้อย ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัย และยุติการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการเป็นผู้ดูแล (Caregiver : CG) ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประเภทผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล และความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น โดยระบุว่าข้อมูลต้องเป็นระดับ Interval Scale และ Ratio Scale ข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ และประชากรแต่ละกลุ่มที่นำมาศึกษาต้องมีความแปรปรวนเท่ากัน

3. ข้อมูลด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test

4. ข้อมูลด้านการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test

5. ข้อมูลด้านความคาดหวังที่มีต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยการเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยด้านทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Dependent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเพศหญิง 29 คน (ร้อยละ 96.67) และเพศชาย 1 คน (ร้อยละ 3.33) รวมทั้งสิ้น 30 คน โดยมีผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลประเภทกลุ่มติดเตียง 5 คู่ (ร้อยละ 16.67) และกลุ่มติดบ้าน 25 คู่ (ร้อยละ 83.33) ซึ่งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลเป็นเครือญาติ 18 คู่ (ร้อยละ 60.00) และที่ไม่ใช่เครือญาติ 12 คู่ (ร้อยละ 40.00)

ตารางที่ 1 *แสดงการทดสอบความต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง (n = 30)*

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		*df*	*t*	*p* value
	$\bar{X}$	*SD*	$\bar{X}$	*SD*			
ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	8.00	0.74	12.30	0.99	29	21.656	<.001*
การรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver)	47.80	13.65	82.83	6.45	29	16.184	<.001*
ความคาดหวังที่มีต่อทักษะการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	22.27	4.27	37.97	3.59	29	18.901	<.001*

หมายเหตุ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ดูแล (Caregiver: CG) เพิ่มขึ้นเนื่องจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura มาใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอุบล ไตรถวิล (2561) ได้ศึกษาเรื่องผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง พบว่า ผู้ดูแล มีคะแนนด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ด้านการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง แตกต่างกันมากอย่างมีนัยสำคัญ แต่ด้านความเครียดไม่ปรากฏความแตกต่างมากนัก และพบความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงกับการรับรู้พลังอำนาจในตนเองในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ในระดับมาก ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าการใช้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) เป็นการใช้กระบวนการเกิดพฤติกรรมของมนุษย์ ควรมีลักษณะต่างมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ของตัวแปร 3 ตัวแปรได้แก่ 1) ปัจจัยภายในตัวบุคคล อันได้แก่ ความเชื่อมั่น การรับรู้ความสามารถตนเอง 2) เงื่อนไขเชิงพฤติกรรม และ 3) เงื่อนไขเชิงสิ่งแวดล้อม ซึ่งอิทธิพลแต่ละอย่างจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม สำหรับ รชานนท์ ง่วนใจรัก และคณะ (2565) ได้พัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ในชุมชนตามหลัก 4 อ. มีกิจกรรมการเรียนแบบ SPICE (การให้สิ่งเร้า (S-Stimulus) การนำเสนอ (P-Presentation) การเรียนรู้ตามลีลา (I-Individual Inquiry) การสร้างสรรค์ความรู้ (C-Constructivism) และการวัดและประเมินผล (E-Evaluation))โปรแกรมฝึกอบรมควรจัดประเด็นองค์ความรู้เพื่อถ่ายทอดได้เรียนรู้อย่างชัดเจน และง่ายต่อการทำความเข้าใจตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมในเบื้องต้น (พีสสลัลณ์ ธารงศ์วรกุล, 2565) ฝึกปฏิบัติโดยผ่านทางอวัยวะสัมผัสหลายๆ ทาง เช่น การดู ฟังฝึกปฏิบัติ (เนตรนภา สาสังข์ และคณะ,2563) อาจพัฒนาโปรแกรมขึ้นร่วมกับเทคนิคการสอนแนะ ประกอบด้วย การให้ความรู้ กิจกรรมกลุ่ม การเสนอตัวแบบ การดูวีดีทัศน์ (นันทนา คงพัฒนานนท์ และคณะ, 2563) หรือใช้แบบสื่อประสม (กนกพร ไพศาลสุจารีกุล และคณะ, 2563) โดยประเมินด้วยโมเดลซิปป์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัยการประเมินผลการดำเนินโครงการ (วิไลวรรณ คมขา และคณะ, 2562)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรมีความรู้ ความเข้าใจ และมีความสามารถเป็นผู้นำ หรือพี่เลี้ยงอาสาสมัคร (กฤษณา ภูพลผัน และคณะ, 2562) ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานที่ 2

โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ก่อนการทดลองเท่ากับ 47.80 (*SD* = 15.15) และหลังการทดลองเท่ากับ 82.83 (*SD* = 7.29) ทั้งนี้สามารถอภิปรายได้ว่าการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) เพิ่มขึ้นเนื่องจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura มาใช้ในการจัดโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver)

ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าถ้าบุคคลสามารถคาดหวังหรือรับรู้ความสามารถตนเอง บุคคลนั้นจะปฏิบัติตามการรับรู้ความสามารถตนเอง จึงเป็นสิ่งที่ทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป การรับรู้ความสามารถตนเองที่แตกต่าง เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาแตกต่างกันและประสบผลสำเร็จต่างกัน แต่การรับรู้ความสามารถตนเองน้อย ขาดความเชื่อมั่น จะไม่ลงมือปฏิบัติงานใดๆ หรือหากลงมือปฏิบัติเมื่อพบกับอุปสรรคหรือล้มเหลวจะมองว่าตนเองมีความสามารถไม่มากพอที่จะทำงานนั้นๆ และจะขาดความมั่นใจในตัวเอง อาจจะล้มเลิกไม่ปฏิบัติอีกเลย ในทางกลับกัน ถ้าบุคคลรับรู้ความสามารถตนเองสูง เชื่อมั่นตนเองว่าจะต้องทำได้ทำสำเร็จ เมื่อพบปัญหาอุปสรรคหรือล้มเหลวในงานนั้น บุคคลกลุ่มนี้จะมองว่ายังพยายามไม่มากพอหรือยังปฏิบัติไม่ถูก ความรู้ทักษะด้านนี้ไม่มากพอต้องศึกษาเพิ่มมากกว่าที่จะมองว่าตนเองไม่มีความสามารถ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถตนเองเป็นสิ่งที่ไม่ตายตัว สามารถยืดหยุ่นได้ตามเวลา โอกาส สถานการณ์ต่างๆ และเป็นตัวกำหนดประสิทธิภาพของพฤติกรรมที่แสดงออกมาในแต่ละครั้ง

สรุปผลการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ Bandura ในการนำไปสู่การรับรู้ความสามารถตนเองเพิ่มขึ้นของผู้ดูแล (Caregiver : CG) เพื่อการเตรียมความพร้อมในการสร้างความตระหนักรู้เท่าทันก่อนการรับมือเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver)ให้มีความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และความสามารถตนเองในการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้านในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าการวัดผลสัมฤทธิ์ของผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมของกองการพยาบาลสาธารณสุขต่อความพร้อมและคุณภาพการดูแลผู้ป่วยกลุ่มติดบ้านติดเตียง สามารถทำให้ผู้ดูแล (Caregiver :

CG) มีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) เพิ่มขึ้น ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะด้านปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผู้จัดการสุขภาพ (Nurse care manager) สามารถนำผลที่ได้จากการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ในลักษณะการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมประจำปี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะด้านบริหารการพยาบาล

เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารในการกำหนดนโยบาย และวางแผนจัดระบบการฝึกปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) เพื่อทบทวนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver)

3. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมส่งเสริมความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (Caregiver) ต่อความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กนกพร ไพศาลสุจารีกุล, พิทักษ์ อยู่มี, และยุวดี ตรงต่อกิจ. (2563). การพัฒนาชุดฝึกอบรมแบบสื่อประสมเรื่องโรคเบาหวานสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม, 14*(2), 460-472.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565 โดยกลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ*. สืบค้น 15 มกราคม 2566, จาก https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962

กฤษณา ภูพลผัน, นวลละออ แสงสุข, ชมสุภัค ครุฑกะ, และบุญมี พันธ์ไทย. (2562). การพัฒนาโปรแกรมฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพี่เลี้ยงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 16*(1), 22-31.

ณปภา ประยูรวงษ์. (2565). สถานการณ์แนวโน้มและการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงประเทศไทย. *วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 2*(2), 14-25

ธัญพร สมันตรัฐ. (2561). การพัฒนารูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงแบบ “3ต”. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม, 19*(36), 35-48.

นันทนา คงพัฒนานนท์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และ ณัฐกมล ชาญสาธิตพร. (2563). ผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะต่อพฤติกรรม. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36*(1), 112-122.

เนตรนภา สาสังข์, ทัศพร ชูศักดิ์, และอารีย์ เสนีย์. (2563). ผลของโปรแกรมการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพต่อความรู้ ทักษะและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองจิก อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารพยาบาลทหารบก, 21*(3), 283-293.

ประภาพร เมืองแก้ว, นภดล เลือดนักรบ, และอนัญตญา จันทรมณี. (2564). รูปแบบการขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงในเขตพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท: กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์, 13*(2), 30-44.

พระพงศ์พัสกร ธมฺมปารคู, พระมหาประกาศิต สิริเมโธ, และอุบล วุฒิพรโสภณ. (2564). การพัฒนาศักยภาพผู้บริบาลผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนยายชา อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารสิรินธรปริทรรศน์, 22*(2), 33-42.

พีสสลัลณ์ ธารงศ์วรกุล. (2565). ผลของโปรแกรมฝึกอบรมการปรึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ ความสามารถ และเจตคติต่อการปรึกษา: กรณีศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขประจาหมู่บ้านในวิกฤตการณ์แพร่เชื้อไวรัสโคโรนา. *วารสารรามคำแหง ฉบับรัฐประศาสนศาสตร์, 5*(1), 172-198.

รชานนท์ ง่วนใจรัก, นฤพร พร่องครบุรี, วรลักษณ์ สมบูรณ์นาดี, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์, และ อรรถวิทย์ สิงห์ศาลาแสง. (2565). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแนวใหม่ด้วยหลัก 4 อ. ตำบลตะขบอำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสุขศึกษา, 45*(1), 40-55.

วัชรากรณ์ ชีวโศภิษฐ. (2562). สังคมผู้สูงอายุ: ปัจจัยการตลาดที่เปลี่ยนไป. *วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์, 6*(1), 38-54.

สายใจ จารุจิตร, ราตรี อร่ามศิลป์, และวรรณศิริ ประจันโน. (2562). รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 30*(1), 54-68.

สุรพงษ์ มาลี. (2561). เตรียมความพร้อมกำลังคนภาครัฐสู่สังคมสูงอายุอย่างไร? แกะรอยยุทธศาสตร์ชาติและแผนการปฏิรูปประเทศ. *วารสารข้าราชการ, 60*(4), 9-11.

สุวรรณา วุฒิรณฤทธิ์, และวลัยนารี พรมลา. (2564). การดูแลผู้สูงอายุติดเตียง: การทบทวนอย่างเป็นระบบ. *วารสารพยาบาลทหารบก, 22*(3), 367-375.

อุบล ไตรถวิล. (2561). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุติดเตียง อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 8*(2), 269-281.

Bandura, A. (1997). *Principle of behavior modification*. Renehart and winston.

Polit D.F. & Hungler B.P. (1995). *Nursing research : principles and methods*. Philadelphia, PA: Lippincott

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สิริชัย เมี้ยนมิตร, พย.ม.[1]
นริสา วงศ์พนารักษ์, ปร.ด.[2*]

(วันที่ส่งบทความ: 31 มีนาคม 2566; วันที่แก้ไข: 28 มีนาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 28 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากผู้ดูแลไม่มีความรู้สึกเป็นภาระก็จะดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จำนวน 328 คน โดยสุ่มแบบไม่คืนที่ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต 2) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย และ 4) แบบประเมินภาระการดูแลของ Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช มีค่าความเชื่อมั่น 0.87, 0.74, 0.81 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้สุขภาพจิตระดับสูง (M = 3.83, SD = 0.26) การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (M = 3.26, SD = 0.30) คุณภาพชีวิตระดับดี (M = 103.36, SD = 5.63) และภาระการดูแลระดับปานกลาง (M = 15.33, SD = 3.14) และพบว่า ภาระการดูแลของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้สุขภาพจิต (r = - 0.540) การสนับสนุนทางสังคม (r = - 0.485) และคุณภาพชีวิต (r = - 0.539) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < .01) ดังนั้นบุคลากรด้านสุขภาพจิตควรให้ความสำคัญ ให้การสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต เพื่อลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

คำสำคัญ: ความรอบรู้สุขภาพจิต, การสนับสนุนทางสังคม, คุณภาพชีวิต, ภาระการดูแลของผู้ดูแล

---

[1] นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[*]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: นริสา วงศ์พนารักษ์, อีเมล: narisa.w@msu.ac.th

The Relationships Between Mental Health Literacy, Social Support, Quality of Life, and Caregiver Burden in Caregivers of People with Schizophrenia

Sirichai Meanmit, M.N.S.[1]

Narisa Wongpanarak, Ph.D.[2*]

(Received: March 21st, 2023; Revised: March 28th, 2024; Accepted: March 28th, 2024)

Abstract

Caregivers of patients with schizophrenia play a crucial role in providing care for schizophrenia patients. If these caregivers did not have any burdens, they would be able to provide care more efficiently to their patients. This research aimed to study the relationships between mental health literacy, social support, quality of life, and caregiver burden. A sample of 328 caregivers of people with schizophrenia was recruited from the Outpatient Department of the Nakhon Ratchasima Rajanagarindra Psychiatric Hospital using the sampling without replacement technique. Data collection occurred between October and December 2022. Research instruments included the Mental Health Literacy Questionnaire, the Social Support Questionnaire, the WHOQOL-BREF-THAI, and the Zarit Burden Interview in Psychiatric caregivers (Thai version) questionnaires. The Cronbach's alpha coefficients were 0.87, 0.74, 0 .81, and 0.72, respectively. Data were analyzed using frequencies, percentages, means, standard deviations, and Pearson product moment correlations. The results showed that the participant's mean scores for mental health literacy (M = 3.83, SD = 0.26), social support (M = 3.62, SD = 0.30), and quality of life (M = 103.36, SD = 5.63) were at a high level and their mean scores for caregiver burden (M= 15.33, SD = 3.14) was at a moderate level. Caregiver burden was negatively and significantly related to mental health literacy (r = - 0.540), social support (r = - 0.485), and quality of life (r = - 0.539, p <.01) Therefore, psychiatric-mental health and other healthcare providers should pay more attention to supporting the mental health literacy, social support, and quality of life of caregivers, thereby reducing caregiver burden.

Keywords: mental health literacy, social support, quality of life, caregiver burden

---

[1] Master's Student Master of Nursing Science Program in Psychiatric and Mental health Nursing, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

[2] Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

[*]Corresponding author: Narisa Wongpanarak, E-mail: narisa.w@msu.ac.th

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดอันดับ 1 จากสถิติพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทมากถึง 24 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2022) ประเทศไทย พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 15.2 ต่อ 1,000 ประชากร ในปีงบประมาณ 2564 มีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการจำนวนมากถึง 49,658 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.16 ของผู้รับบริการทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2564) และสถิติผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ในปี พ.ศ. 2562-2564 มีจำนวน 27,112, 27,242 และ 24,771 ราย เฉลี่ยจำนวน 26,375 รายต่อปี และเฉลี่ยจำนวน 2,197 รายต่อเดือน (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์, 2564) จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการเพิ่มจำนวนขึ้นทุกปี และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปัจจุบันแนวทางการรักษาผู้ป่วยได้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ป่วยมีระยะเวลาการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสั้นลง เน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษา ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว ญาติ ผู้ดูแล และชุมชน โดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพราะผู้ป่วยส่วนมากยังคงมีอาการกำเริบอยู่เป็นระยะ (ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์ และคณะ, 2563) ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จึงทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้น

ภาระการดูแลเป็นการรับรู้ถึงความเดือดร้อน ความยากลำบาก ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วย (Montgomery et al., 1985) ซึ่งผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องเผชิญกับความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยทุกด้าน ส่งผลต่อความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลตามมา ความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสำคัญต่อผู้ดูแลหลัก Jorm (2019) ได้อธิบายว่า ความรอบรู้สุขภาพจิต คือ ความรู้และความเชื่อของบุคคลที่ช่วยให้บุคคลเกิดการรับรู้และสามารถจัดการหรือป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและช่วยเหลือบุคคลรอบข้างที่มีปัญหาสุขภาพจิตได้ นอกจากนี้ Dias et al. (2018) ได้นำแนวคิดของ Jorm มาให้ความหมายโดยได้เพิ่มปัจจัยด้านความสามารถในการแสวงหาแหล่งให้การสนับสนุนทางสุขภาพจิต การที่บุคคลมีความรอบรู้สุขภาพจิตจะทำให้บุคคลรู้ถึงปัญหาสุขภาพจิตของตน ทำให้เข้าถึงการรักษาได้รวดเร็วขึ้น สามารถพยากรณ์โรคได้ดีขึ้น ส่งผลให้สามารถดูแลสุขภาพจิตของตนเองและให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม (Chen et al., 2017) ดังนั้น ความรอบรู้สุขภาพจิต จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแล ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาระการดูแล เพราะมีส่วนช่วยให้ภาระการดูแลนั้นลดลง (Meng et al., 2021) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดีจะรู้สึกเครียด และเกิดภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลต่อภาระการดูแลตามมา (จรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, 2562) นอกจากนี้ยังพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลโดยตรงต่อผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระลดลง (Zhong et al., 2020) จึงกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังส่งผลให้ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตลดลง เนื่องจากต้องเผชิญกับการจัดการปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลักในทุกด้าน (เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม และคณะ, 2558) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตต่ำลงหลังจากการดูแลผู้ป่วย เพราะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่มีอาการไม่แน่นอนและยังคงมี

อาการกำเริบอยู่เป็นระยะ ทำให้เกิดภาระในการดูแล (Upasen & Saengpanya, 2022) มีการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเหนื่อยล้าทั้งทางร่างกายและจิตใจ อีกทั้งมีความยากลำบาก (Meng et al., 2021)ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงเป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ด้วยเหตุผลและความสำคัญของปัญหาภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง รวมถึงกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ยังมุ่งไปที่การดูแลผู้ป่วยอีกทั้งปัจจุบัน นโยบายในการดูแลผู้ป่วยได้เปลี่ยนไป คือ ให้มีระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องกลับไปอยู่ในความดูแลของครอบครัว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เพื่อนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลสำคัญและเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีความพร้อมและมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

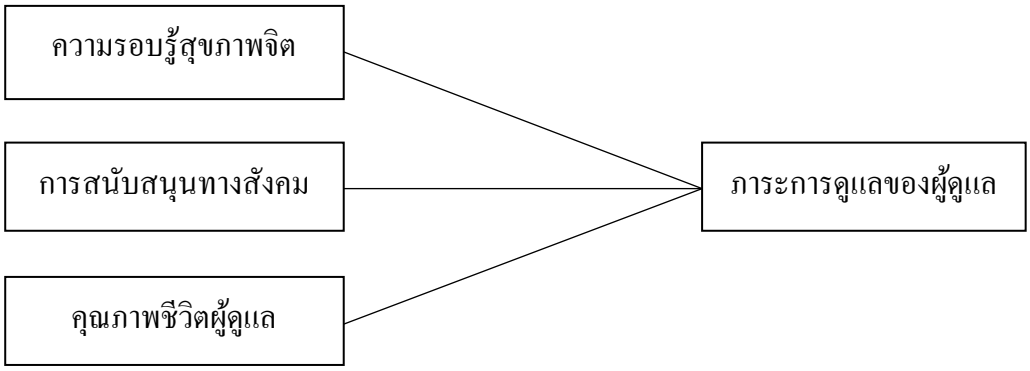
สมมติฐานการวิจัย

ความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ แนวคิดภาระการดูแลของผู้ดูแลตามการให้ความหมายของ Montgomery et al. (1985) หมายถึง การรับรู้ถึงความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากต้องเผชิญกับอาการหรือพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบร่วมกับ แนวคิดคุณภาพชีวิต ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 1996) หมายถึง การรับรู้ถึงสภาวะของตนในด้านต่าง ๆ แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ตามการให้ความหมายของ House (1981) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุสิ่งของหรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจ ให้ความรัก ให้กำลังใจ การให้คุณค่าจากผู้ให้การสนับสนุน และความรอบรู้สุขภาพจิต ตามแนวคิดของ Dias et al. (2018) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต ความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพจิต การรู้และพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งรับความช่วยเหลือเบื้องต้น และกลยุทธ์สำหรับช่วยเหลือตนเองได้

อย่างเหมาะสม จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เป็นเวลานานจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล เกิดเป็นภาระในการดูแล เมื่อผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับที่เหมาะสม จะส่งผลให้ภาระการดูแลลดลง นอกจากนี้ความรอบรู้สุขภาพจิต ยังส่งผลต่อทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดี รวมทั้งแสวงหาแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ เมื่อเกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วยได้ ดังแสดงใน ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 *กรอบแนวคิดการวิจัย*

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์ (Correlational research design) ระหว่าง ความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกันยายน ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 20 ปี ขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ซึ่งผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี ในปี พ.ศ. 2562-2564 ทั้งรายใหม่และรายเก่ามีผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับบริการเฉลี่ยจำนวน 2,197 รายต่อเดือน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ (Sampling without replacement) การวิจัยครั้งนี้ใช้สูตรเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 328 ราย เนื่องจากทราบถึงขนาดและสัดส่วนของประชากรที่จะศึกษา โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (F20.0 - F20.9) ที่ไม่เคยมีประวัติหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence) และไม่มีประวัติการฆ่าตัวตาย โดยผู้ดูแลเป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย (Informal caregiver) เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร หรือพี่ – น้อง ซึ่งพาผู้ป่วยที่อาการสงบมาตรวจตามนัดปกติที่แผนกผู้ป่วยนอก 2) เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยตั้งแต่ 2 ปี ขึ้นไปและดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป 3) สามารถพูดคุยสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาในการพูดและการได้ยิน และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรอง จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่รับรอง 305-277/2565 ลงวันที่ 5 กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ สามารถให้การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยหรือ ถอนตัวออกจากการวิจัยไม่มีผลต่อการรักษา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะนัดพบกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งในนัดครั้งถัดไป เมื่อกลุ่มตัวอย่างตกลงเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามในเอกสารยินยอมก่อนทำการเก็บข้อมูล ขณะเก็บข้อมูลหากพบกลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียด หรือซึมเศร้า ผู้วิจัยจะทำการประสานไปยังจุดประสานงานกลาง แผนกผู้ป่วยนอก แนะนำให้เข้ารับบริการตามกระบวนการของโรงพยาบาล โดยผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ อีกทั้งใช้รหัสแทนชื่อจริงของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอในภาพรวม เท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 96 ข้อ ดังนี้

1. แบบรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ผู้วิจัยได้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ภาวะสุขภาพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภท และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ข้อ

2. แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต The Mental Health Literacy Questionnaire - Young Adult (MHLQ) ที่พัฒนาโดย Dias et al., (2018) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ณัฏฐภัณฑ์สัณฑ์ ศรีวิชัย และคณะ (2563) มีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 29 ข้อ มีคำถามด้านบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29 มีการให้คะแนน ดังนี้ *ไม่เห็นด้วยอย่างมาก* = 1, *ไม่เห็นด้วย* = 2, *ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย* = 3, *เห็นด้วย* = 4 และ*เห็นด้วยอย่างมาก* = 5 คะแนน ข้อคำถามด้านลบได้แก่ข้อ 6, 10, 13, 14, 15, 21, 23 มีการให้คะแนน ดังนี้ *ไม่เห็นด้วยอย่างมาก* = 5, *ไม่เห็นด้วย* = 4, *ทั้งเห็นด้วยและไม่เห็นด้วย* = 3, *เห็นด้วย* = 2 และ*เห็นด้วยอย่างมาก* = 1 คะแนน แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ยดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตสูงมาก, 3.51- 4.50 หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตสูง, 2.51-3.50 หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตปานกลาง, 1.51-2.50 หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตต่ำ, ≤ 1.50 หมายถึง มีความรอบรู้สุขภาพจิตต่ำมาก

3. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่พัฒนาโดยจิราพร รักการ (2549) มีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ มีข้อความทางบวก ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 มีการให้คะแนน ดังนี้ ตลอดเวลา = 5, บ่อยครั้ง = 4, บางครั้ง = 3, นาน ๆ ครั้ง = 2 และ ไม่เป็นจริงเลย = 1 คะแนน และข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 5, 10, 11, 19 มีการให้คะแนน ดังนี้ *ตลอดเวลา* = 1, *บ่อยครั้ง* = 2, *บางครั้ง* = 3, *นาน ๆ ครั้ง* = 4 และ *ไม่เป็นจริงเลย* = 5 คะแนน แปลผลโดยจัดระดับ

คะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับสูงสุด, 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับสูง, 2.00 - 3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง, 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับต่ำ และ 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับต่ำสุด

4. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL–BREF – THAI) ที่พัฒนาจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก และแปลเป็นภาษาไทยโดย สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และคณะ (2545) มีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ ข้อความทางบวก ได้แก่ ข้อ1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 และ 26 มีการให้คะแนน ดังนี้ *ไม่เลย* = 1, *เล็กน้อย* = 2, *ปานกลาง* = 3 , *มาก* = 4 และ *มากที่สุด* = 5 คะแนน ข้อความทางลบ ได้แก่ ข้อ 2, 9 และ 11 มีการให้คะแนน ดังนี้ *ไม่เลย* = 5, *เล็กน้อย* = 4, *ปานกลาง* = 3 , *มาก* = 2 และ *มากที่สุด* = 1 คะแนนมีการแปลผล ดังนี้ 26 – 60 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี, 61 – 95 คะแนน คือคุณภาพชีวิตปานกลาง, 96 – 130 คะแนน คือ คุณภาพชีวิตที่ดี

5. แบบประเมินภาระการดูแลของ Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช ที่พัฒนาโดย อรวรรณ ศิลปกิจ และคณะ (2558) มีลักษณะคำตอบแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 12 ข้อ มีการให้คะแนน *ไม่เคยเลย* = 0, *นาน ๆ ครั้ง* = 1, *บางครั้ง* = 2, *ค่อนข้างบ่อย* = 3 และ *แทบทุกครั้ง* = 4 คะแนน มีการแปลผล ดังนี้ 0 – 10 คะแนน คือ มีภาระในการดูแลระดับน้อย, 11 – 20 คะแนน คือ มีภาระในการดูแลระดับปานกลาง, 21 – 30 คะแนน คือ มีภาระในการดูแลระดับมาก, 31 – 48 คะแนน คือ มีภาระในการดูแลระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Validity) มาแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตใช้เครื่องมือดังกล่าวโดยไม่ได้ทำการดัดแปลง จึงไม่จำเป็นต้องตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาอีก ผู้วิจัยหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือโดยนำไปทดลองใช้ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย แล้วนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาร์ค (Cronbach’s alpha coefficient) พบว่า แบบสอบถามความรอบรู้สุขภาพจิต, แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท, เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) และ แบบประเมินภาระการดูแลของ Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช ได้เท่ากับ 0.87, 0.74, 0.81 และ 0.72 ตามลำดับจึงนับว่าทุกเครื่องมือที่นำมาใช้ในการวิจัยนี้มีค่าความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ซึ่งกำหนดไว้ที่ 0.7 ขึ้นไป (Kline, 2022)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมการวิจัยโดยการสำรวจ จำนวนและรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มาขึ้นทะเบียนรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจากระบบฐานข้อมูลเวชระเบียน

2. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่จาก

ทะเบียนรายชื่อของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผู้ดูแลพามารับบริการตามนัดปกติ และเชิญไปที่ห้องพักที่เป็นสัดส่วนในบริเวณตรงข้ามกับห้องตรวจในช่วงระหว่างรอจิตแพทย์ โดยผู้วิจัยจะจัดสถานที่สำหรับรอตรวจให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ใกล้ ๆ กับสถานที่เก็บข้อมูล และอยู่ในความดูแลของผู้ช่วยวิจัย ซึ่งจะทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและประสานเรื่องคิวตรวจเท่านั้น ถ้ากลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ก็ใช้วิธีการสุ่มจากรายชื่อที่เหลือต่อไป

3. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อผู้ป่วยจิตเภทที่สุ่มได้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รายละเอียดของการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

4. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

5. ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามเมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจจึงเริ่มดำเนินการตอบแบบสอบถาม ใช้เวลา 45 - 60 นาที และในขณะเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้จัดสถานที่สำหรับรอตรวจให้ผู้ป่วยจิตเภท อยู่ใกล้ ๆ กับสถานที่เก็บข้อมูล ซึ่งผู้ป่วยได้อยู่ในความดูแลของผู้ช่วยวิจัย

6. ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ประกอบด้วย

1. ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) การแจกแจงความถี่ (Frequencies) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean [*M*]) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation [*SD*])

2. ทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยใช้สถิติ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ แต่เนื่องจากทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ศูนย์กลาง (Central Limit Theorem) เมื่อขนาดตัวอย่างมีขนาดใหญ่หรือมากกว่า 100 (n >100) กล่าวคือ ค่าเฉลี่ยของตัวแปรสุ่มจะมีการแจกแจงแบบปกติ เพราะว่าขนาดตัวอย่างยิ่งมากมีผลต่อลักษณะการกระจายของข้อมูล ให้มีการแจกแจงแบบปกติ (Altman & Bland, 1995; Ghasemi & Zahediasl, 2012) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติแบบ Parametric statistic วิเคราะห์ข้อมูลในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาคือใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson’s Correlation Coefficient)

3. หาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดย การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 328 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.7) มีอายุเฉลี่ย 50.7 ปีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 64.6) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 32.9) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 31.1) มีรายได้เฉลี่ย 12,182 บาทต่อเดือน ไม่มีโรคประจำตัวที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ (ร้อยละ 85.1) เป็นบิดา/มารดาของผู้ป่วย (ร้อยละ 42.3) มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยในระดับดี (ร้อยละ 55.5) และมีระยะเวลาการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 6 - 10 ปี (ร้อยละ 36.0)

ความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ความรอบรู้สุขภาพจิต ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรอบรู้สุขภาพจิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 111.21 (*SD* = 7.64) ระดับความรอบรู้สุขภาพจิตค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.83 (*SD* = 0.26) อยู่ในระดับสูง มากถึงร้อยละ 87.80 รองลงมาคืออยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 11.28 และระดับสูงมาก ร้อยละ 0.92 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับความรอบรู้สุขภาพจิต (n = 328)*

ระดับความรอบรู้สุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับสูงมาก (*M* = 4.51 - 5.00)	3	0.92
ความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับสูง (*M* = 3.51 - 4.50)	288	87.80
ความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับปานกลาง (*M* = 2.51 - 3.50)	37	11.28
ความรอบรู้สุขภาพจิตต่ำ (*M* = 1.51 - 2.50)	0	0
ความรอบรู้สุขภาพจิตต่ำมาก (*M* $\leq$ 1.50)	0	0
Mean = 3.83, *SD* = 0.26		

การสนับสนุนทางสังคม ผลการวิจัย พบว่า คะแนนการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 68.83 (*SD* = 5.86) ระดับการสนับสนุนทางสังคมค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.62 (*SD* = 0.30) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 64.0 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 36.0 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับการสนับสนุนทางสังคม (n=328)*

ระดับการสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูงมาก (*M* = 4.50 - 5.00)	0	0
การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง (*M* = 3.50 - 4.49)	210	64.0
การสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง (*M* = 2.00 - 3.49)	118	36.0
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำ (*M* = 1.50 - 2.49)	0	0
การสนับสนุนทางสังคมระดับต่ำสุด (*M* = 1.00 - 1.49)	0	0
Mean = 3.62, *SD* = 0.30		

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผลการวิจัย พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 103.36 (*SD* = 5.63) ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดี ร้อยละ 89.70 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.30 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *จำนวน ร้อยละ จำแนกตามระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n = 328)*

ระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับดี (96 – 130)	294	89.70
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (61 – 95)	34	10.30
คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26 – 60)	0	0
Mean = 103.36, *SD* = 5.63		

ภาระการดูแลของผู้ดูแล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนภาระการดูแลโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.33 (*SD* = 3.14) โดยส่วนใหญ่มีภาระในการดูแลระดับปานกลาง ระดับน้อย และระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 89.10, 5.70, 5.20 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 *จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับภาระในการดูแล (n = 328)*

ระดับภาระในการดูแล	**จำนวน (คน)**	**ร้อยละ**
ภาระในการดูแลระดับน้อย (0 – 10)	19	5.70
ภาระในการดูแลระดับปานกลาง (11 – 20)	292	89.10
ภาระในการดูแลระดับมาก (21 – 30)	17	5.20
ภาระในการดูแลระดับมากที่สุด (31 – 48)	0	0
Mean = 15.33, *SD* = 3.14		

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับสูง (r = - 0.540) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง (r = - 0.485) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับสูง (r = - 0.539) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จะเห็นได้ว่าความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง นั่นแสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมสูง และมีคุณภาพชีวิตดี ย่อมส่งผลให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังลดลง ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 *ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (n = 328)*

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	1			
2. การสนับสนุนทางสังคม	.649**	1		
3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล	.657**	.546**	1	
4. ภาระในการดูแลของผู้ดูแล	-.540**	-.485**	-.539**	1

หมายเหตุ นัยสำคัญที่ระดับ < .01

อภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการวิจัยครั้งนี้ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ผู้วิจัยจึงขออภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ความรอบรู้สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Chen et al., (2017) ที่พบว่าหากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรอบรู้สุขภาพจิตดี จะส่งผลต่อทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้รับรู้ถึงความรู้สึกเป็นภาระได้น้อย และจากการศึกษาของ Andrade et al., (2022) พบว่าความรอบรู้สุขภาพจิต มีผลต่อการรับรู้และการจัดการกับการเจ็บป่วยของผู้อยู่ในความดูแล ส่งผลให้การรับรู้ภาระในการดูแลลดลงตามไปด้วย ทั้งนี้ความรอบรู้สุขภาพจิต

เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาระการดูแลผู้ป่วย หากผู้ดูแลมีความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับสูง ย่อมส่งผลต่อความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ทำให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้และเข้าใจโรค ความผิดปกติ และอาการของผู้ป่วย สามารถที่จะรับมือและจัดการกับอาการของผู้ป่วยได้ อีกทั้งมีความรอบรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้ป่วยรวมถึงบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม และมีพฤติกรรมในการแสวงหาแหล่งให้การช่วยเหลือเบื้องต้น มีทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม มีความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูล ทั้งนี้ความรอบรู้สุขภาพจิตในระดับสูง ย่อมส่งผลดีต่อการดูแลผู้ป่วย ทำให้มีภาระการดูแลลดลงในการศึกษานี้ผลการวิจัยชี้ชัดว่าความรอบรู้สุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับสูง สะท้อนให้เห็นว่าความรอบรู้สุขภาพจิตมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Meng et al., (2021) ที่พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง ส่งผลทำให้ภาระการดูแลของผู้ดูแลลดลง สัมพันธ์กับของ Kulaksizoglu (2019) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีผลทางลบกับภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะมีภาระการดูแลลดลง ดังการศึกษาของจรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2562) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีภาระการดูแลที่ต่ำกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เช่นเดียวกับการศึกษาของ Ribé et al., (2018) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลลดลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการสนับสนุนทางสังคม ด้านอารมณ์ ด้านการประเมินค่า การประเมินตนเองในการเผชิญปัญหา การสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีภาระการดูแลผู้ป่วยลดลง กล่าวคือ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ภาระการดูแลของผู้แลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังก็ลดลงด้วย เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมที่ดีนี้ จะทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังรู้สึกไม่โดดเดี่ยวไม่ถูกทอดทิ้ง รู้ว่ายังมีคนคอยช่วยเหลือตนเองในด้านต่าง ๆ ถึงแม้ว่าการวิจัยครั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามการสนับสนุนทางสังคมยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ Meng et al. (2021) ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาที่ยาวนานส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ลดลง หรือเกิดความเหนื่อยล้า ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การศึกษาของ Jacqueline et al., (2022); Opoku - Boateng et al., (2017); และอัมรา บุญสาหร่าย (2562) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลลดลงหลังการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ดูแลยังต้องรับมือกับอาการของผู้ป่วยที่อาจยังหลงเหลืออยู่ ไม่ว่าจะเป็นความคิดหลงผิด หรือแม้แต่อาการหูแว่วที่พบได้บ่อย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Upasen and Saengpanya (2022) พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ดูแลมีความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

นั้น มักมีความพร่องในด้านของการดูแลตนเอง รวมทั้งอาการที่ไม่คงที่สามารถกำเริบขึ้นได้ ซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และเกิดเป็นความรู้สึกเป็นภาระเพิ่มมากขึ้น และการศึกษาของ Bösch et al., (2022) พบว่า ระดับภาระการดูแลส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะคุณภาพชีวิตเป็นการรับรู้ถึงสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง การที่ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตระดับดี ย่อมส่งผลให้มีการรับรู้ถึงสภาวะที่ดีในด้านต่าง ๆ ของตนเอง และเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจึงไม่เกิดความรู้สึกเป็นภาระมากนัก อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มารับการรักษาตามนัดปกติ ไม่ได้มีอาการกำเริบรุนแรง และส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา และบุตรของผู้ป่วยจึงอาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้รับรู้ถึงความเป็นภาระในระดับที่น้อยด้วย ในการศึกษานี้ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระดับสูง จึงชี้ชัดว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยสรุปได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มีความรอบรู้สุขภาพจิตระดับสูง มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง คุณภาพชีวิตระดับดี ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง นอกจากนี้ผลการวิจัยยังสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า ความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้น พยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรมีการสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความรอบรู้สุขภาพจิต รู้จักการแสวงหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนกิจกรรมที่ส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิต เพื่อช่วยลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล

2. พยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านสุขภาพ ควรนำผลการวิจัยไปใช้ในกระบวนการพยาบาล เริ่มตั้งแต่การซักประวัติ เมื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ไปสู่การระบุปัญหา การวางแผนในการแก้ปัญหาโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม ไปจนถึงการลงมือปฏิบัติและติดตามผลอย่างต่อเนื่องจนลงไปสู่ชุมชน เพื่อให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังสามารถดูแลผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตในชุมชนได้

ด้านการวิจัย

1. ควรนำความรอบรู้สุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล รวมทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมาศึกษาความสามารถในการทำนายภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง เช่น ความเครียด สมรรถนะแห่งตน ความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2564). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ประจำปีงบประมาณ 2564*. สืบค้นจาก https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/

จรัสพร หอมจันทร์ดี, และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2562). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 11*(2), 433-443.

จิราพร รักการ. (2549). *ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน* [วิทยานิพนธ์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย]. Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR). https://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/9148

ณัฏฐภัณฑ์สัณฑ์ ศรีวิชัย, วราภรณ์ บุญเชียง, และพิมพ์ชนก เครือสุคนธ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้สุขภาพจิต ความผาสุกทางจิตใจและความเหงาในนักศึกษามหาวิทยาลัยเชียงใหม่. *มนุษยศาสตร์สาร*, *22*(1), 143-161.

ดุษฎี อุดมอิทธิพงศ์, พิชญา ชาญนคร, และศศิธร เก็มเส็น. (2563). ภาระของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ: บทความฟื้นฟูวิชาการ. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี 2563, 14*(2), 48-68.

เยาวลักษณ์ ทวีกสิกรรม, ปริญดา ศรีธราพิพัฒน์, และมณีรัตน์ พราหมณี. (2558). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพาในเขตอำเภอมโนรมย์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 24*(3), 104-118.

โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์. (2564). *รายงานสรุปผลการปฏิบัติโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ประจำปี 2564*. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์.

สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาล, กรองจิต วงศ์สุวรรณ, และราณี พรมานะรังกุล. (2545). *เครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย. โครงการจัดทำโปรแกรมสำเร็จรูปในการสำรวจสุขภาพจิตในพื้นที่ ปี พ.ศ.2545*. กรมสุขภาพจิต.

อรวรรณ ศิลปกิจ, ชัชวาลย์ ศิลปกิจ, และรสสุคนธ์ ชมชื่น. (2558). คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, *23*(1), 12-23.

อัมรา บุญสาหร่าย. (2562). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลชลบุรี. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, *3*(3), 35-45.

Altman, D. G., & Bland, J. M. (1995). Statistics notes: the normal distribution. *Bmj*, *310*(6975), 298. https://doi.org/10.1136/bmj.310.6975.298

Andrade, C., Tavares, M., Soares, H., Coelho, F., & Catarina, T. (2022). Positive Mental Health and Mental Health Literacy of Informal Caregivers: A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health, 19*(22), 15276. https://doi.org/10.3390/ijerph192215276

Bösch, F., Landolt, M. A., Baumgartner, M. R., Fernandez, S., Forny, P., Gautschi, M., Grünert, S. C., Häberle, J., Horvath, C., Karall, D., Lampis, D., Rohrbach, M., Scholl-Bürgi, S., Szinnai, G., & Huemer, M. (2022). Caregiver burden, and parents' perception of disease severity determine health-related quality of life in paediatric patients with intoxication-type inborn errors of metabolism [Article]. *Molecular Genetics and Metabolism Reports*, *31*. https://doi.org/10.1016/j.ymgmr.2022.100876

Chen, S., Wu, Q., Chang, Q., Deng, H., Wang, X., He, H., Long, J., Xiong, Y., & Liu, T. (2017). Mental health literacy about schizophrenia and depression: a survey among Chinese caregivers of patients with mental disorder. *BMC Psychiatry*, *17*. https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12888-017-1245-y

Dias, P., Campos, L., Almeida, H., & Palha, F. (2018). Mental Health Literacy in Young Adults: Adaptation and Psychometric Properties of the Mental Health Literacy Questionnaire. *International journal of environmental research and public health*, *15*(7), 1318. https://doi.org/10.3390/ijerph15071318

Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *Int J Endocrinol Metab*, *10*(2), 486-489. https://doi.org/10.5812/ijem.3505

House, J. S. (1981). Measure and concepts of social support. In Cohen, S. E. & Syme, S. (Eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). Academic Press. https://faculty.isr.umich.edu/williams/All%20Publications/DRW%20pubs%201985/measures%20and%20concept%20of%20social%20support.pdf

Jacqueline, Y., Andrew, T., & Saeeda, P. (2022). Surviving but not thriving: Burden of care and quality of life for caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders and comorbid substance use in South Africa. *Early Intervention in Psychiatry*, *16*(2). https://doi.org/https://doi.org/10.1111/eip.13141

Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. in Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (Eds). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (pp. 56-664). Policy Press. https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch004

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling*. 4th ed. Guilford Press.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610. https://doi.org/10.1177/001316447003000308

Kulaksızoglu, B. (2019). Assessment of family burden, social support and psychological wellbeing of the caregivers of schizophrenic patients. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, *29*, 81-82.

Meng, N., Chen, J., Cao, B., Wang, F., Xie, X., & Li, X. (2021). Focusing on quality of life in the family caregivers of patients with schizophrenia from the perspective of family functioning: A cross-sectional study. *Medicine*, *100*(5). e24270. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000024270

Montgomery, R. J., Gonyea, J. G., & Hooyman, N. R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies, 34*(1), 19-26. https://doi.org/10.2307/583753

Opoku-Boateng, Y. N., Kretchy, I. A., Aryeetey, G. C., Duah, D., Decker, S., Samuel Agyei, A., Tozan, Y., Aikins, M., & Justice, N. (2017). Economic cost and quality of life of family caregivers of schizophrenic patients attending psychiatric hospitals in Ghana. *BMC Health Services Research*, *17(Suppl 2)*. https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12913-017-2642-0

Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., & Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International journal of psychiatry in clinical practice, 22*(1), 25-33. https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1360500

Upasen, R., & Saengpanya, W. (2022). Compassion Fatigue Among Family Caregivers of Schizophrenic Patiens. *Journal of Population and Social Studies, 30*, 1-17. https://doi.org/10.25133/JPSSv302022.001

World Health Organization. (1996). *WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment: field trial version. (No. WHOQOL-BREF).* World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63529/WHOQOL-BREF.pdf?sequ.

World Health Organization. (2022). *Schizophrenia*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

Zhong, Y., Wang, J., & Nicholas, S. (2020). Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: the mediating role of caregiver burden. *BMC Geriatrics, 20*(3). 1-10. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1403-9

ผลของโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะต่อความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาลวิชาชีพ

กรกนก บุญประถัมภ์, พย.บ[1]
ดลวิวัฒน์ แสนโสม, Ph.D. [2*]

(วันที่ส่งบทความ: 7 กรกฎาคม 2566; วันที่แก้ไข: 8 มกราคม 2567; วันที่ตอบรับ: 25 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated urinary tract infection: CAUTI) ส่วนใหญ่มีสาเหตุหลักมาจากการที่พยาบาลวิชาชีพไม่ได้ปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลอย่างเข้มงวด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพก่อนและหลังการฝึกอบรมด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนในการป้องกัน CAUTI (CAUTI prevention competency development program: CPCP-CAI) เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบศึกษากลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม–ธันวาคม 2565 ในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 108 คน ที่ดูแลผู้ป่วยสภาวะคาสายสวนปัสสาวะ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามโควตาจากหอผู้ป่วยให้เข้าเรียนโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนพัฒนาสมรรถนะ CPCP-CAI โดยวัดผลก่อนการเรียน หลังการเรียนทันทีและหลังการเรียน 2 สัปดาห์ วิเคราะห์ผลโดยใช้สถิติ One-way repeated measures ANOVA และ one-sample t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรมทันทีและ 2 สัปดาห์พยาบาลมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน CAUTI มากกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ηp^2= 0.411, p<.001; ηp^2=0.058, p=.012; ηp^2=0.1, p=.001 ตามลำดับ) พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม CPCP-CAI ในภาพรวมร้อยละ 92.50 และมีความพึงพอใจทุกข้อมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป ผลการศึกษาสะท้อนว่าโปรแกรม CPCP-CAI แสดงประสิทธิภาพในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพด้านความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกัน CAUTI ซึ่งสามารถใช้ในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยใส่สายสวนปัสสาวะในสถานบริการสุขภาพ

คำสำคัญ: โปรแกรม, ความรู้, ทัศนคติ, การรับรู้สมรรถนะแห่งตน, การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ดลวิวัฒน์ แสนโสม, อีเมล: donsae@kku.ac.th

Effects of a Computer Assisted Instruction Program for Competency Development on Nurses' Knowledge, Attitudes, and Perceived Self-efficacy in Preventing Catheter-associated Urinary Tract Infections

Kornkanok Boonprathum, B.N.S. [1]

Donwiwat Saensom, Ph.D.[2]

(Received: July 7th, 2023; Revised: January 8th, 2024; Accepted: March 25th, 2024)

Abstract

Most catheter-associated urinary tract infections (CAUTI) result from nurses' inadequate adherence to infection control and prevention protocols. This quasi-experiment research adopted a one-group, pretest-posttest design, aimed to compare nurses' knowledge, attitudes, and perceived self-efficacy before and after training with the CAUTI prevention competency development program (CPCP-CAI). The study was carried out from October to December 2022 among 108 registered nurses caring for patients with indwelling catheters in the impatient department of a Saraburi hospital. Quota sampling was used to select nurses to participate in the CPCP-CAI training. Data collection was completed before training, immediately after training, and 2 weeks after training. One-way repeated measure ANOVAs and one-sample t-tests were used for data analysis. The results showed that the average scores for knowledges, attitude, and perceived self-efficacy related to preventing CAUTI increased significantly on both assessments conducted after the training in comparison to before the training (ηp^2= 0.411, p<.001; ηp^2=0.058, p=.012; ηp^2=0.1, and p=.001 respectively). In addition, the nurses reported high overall satisfaction with the CPCP-CAI program, with an overall score of 92.50% and every satisfaction dimension scoring above 90%. The results of this study reflect that the CPCP-CAI program demonstrated its effectiveness in developing the nurses' knowledge, attitudes, and perceived self-efficacy related to preventing CAUTI and may be used for training nurses who care for patients with indwelling catheter in healthcare settings.

Keywords: program, knowledge, attitude, perceived self-efficacy, catheter-associated urinary tract infection

---

[1] Master of Nursing Science in Adult Nursing Student, Faculty of Nursing, Khon Kaen University,
Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Saraburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

[2] Assistant Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

[*] Corresponding author: Donwiwat Saensom, E-mail: donsae@kku.ac.th

บทนำ

การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะ (Catheter-associated urinary tract infection: CAUTI) CAUTI เป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อยโดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน โดยมากกว่าร้อยละ 80 เกิดจากการใส่สายสวนปัสสาวะเป็นเวลานาน (Mitchell et al., 2017) จัดเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่เกิดขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง จากรายงานสถานการณ์ทางคลินิกในสหรัฐอเมริกาพบการติดเชื้อ CAUTI เฉลี่ย 3.2 ครั้ง/1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (Glenn T Werneburg , 2022) โดยมีค่าเฉลี่ยอุบัติการณ์ในปี ค.ศ. 2011-2013 เป็น 2.37, 2.60 และ 2.57 ครั้ง/1000 วันคาสายสวนปัสสาวะตามลำดับ (Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee [HICPAC], 2019) และยังพบว่าในหอผู้ป่วยหนักมีอุบัติการณ์การเกิด CAUTI มากถึงร้อยละ 23 ของการติดเชื้อที่เกิดขึ้นทั้งหมด (Chenoweth & Saint, 2013) จากศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลทุกระดับในประเทศไทย กองการพยาบาลสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขรายงานปี 2560-2561 พบอัตราการเกิด CAUTI เป็น 1.17, 1.21 ครั้ง/1000 วันคาสายสวนปัสสาวะตามลำดับ (กองการพยาบาล, 2562) ซึ่งประเทศไทยมีอัตราการเกิด CAUTI ไม่แตกต่างจากต่างประเทศทั่วโลก

CAUTI ส่งผลกระทบหลายประการต่อผู้ป่วย ครอบครัว และระบบสาธารณสุข (ทิวากร กล่อมปัญญา และดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2561) ในด้านการเจ็บป่วย นอกจากภาวะการเจ็บป่วยที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วย CAUTI อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการติดเชื้อที่รุนแรง จนอาจส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต (Ribeiro, 2015) ด้านทรัพยากรทำให้ค่ารักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามจำนวนวันนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วย ทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น (ทิวากร กล่อมปัญญา, และดลวิวัฒน์ แสนโสม, 2561) และมีการใช้อัตรากำลังบุคลากรสุขภาพในการดูแลมากขึ้น ซึ่งล้วนเป็นภาระค่าใช้จ่ายที่จะต้องใช้งบประมาณในการแก้ปัญหาเพื่อรักษาผู้ป่วย (เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์, 2563) และยังมีผลกระทบด้านระบบสุขภาพ ที่ส่งผลให้เพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเฉลี่ยมากขึ้นจาก 3 วัน เป็น 13.7 วันต่อการติดเชื้อในแต่ละครั้ง (Lo et al., 2016)

การศึกษาข้อมูลการประเมินผลของระบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตสุขภาพที่ 4 ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีสาเหตุหลักมาจากการที่บุคลากรสุขภาพปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาลที่ยังไม่ครอบคลุม ทำให้เกิดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาลสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยเฉพาะการติดเชื้อ CAUTI ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 70-80 ของผู้ที่คาสายสวนปัสสาวะทั้งหมด ในช่วงปี พ.ศ. 2560-2563 พบอัตราอุบัติการณ์ CAUTI เท่ากับ 6.09, 5.28, 5.58, และ 6.11 ครั้ง/1000 วันคาสายสวนปัสสาวะตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตัวชี้วัดของระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรงพยาบาล

กำหนด คือไม่เกิน 4 ครั้ง/1000 วันคาสายสวนปัสสาวะ (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, 2562)

จากการศึกษานำร่องที่ใช้แบบประเมินความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สร้างขึ้นมาประเมินพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสระบุรีจำนวน 10 ราย ที่ประเมินเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้ที่ถูกต้องในการป้องกัน CAUTI ร้อยละ 69 (ระดับปานกลาง) มีทัศนคติในการป้องกัน CAUTI ร้อยละ 76 (ระดับปานมาก) และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน CAUTI ร้อยละ 70.8 (ระดับปานกลาง) จากการศึกษานำร่องยังชี้ให้เห็นว่า ถึงแม้โรงพยาบาลจะมีแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน CAUTI แต่เนื้อหาของแนวปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุมเพียงระยะคาสายสวนปัสสาวะ และยังไม่ครอบคลุมทุกระยะของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะต้องประกอบไปด้วยแนวปฏิบัติการพยาบาลตั้งแต่ระยะใส่สายสวนปัสสาวะ ระยะคาสายสวนปัสสาวะ จนกระทั่งระยะถอดสายสวนปัสสาวะ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งเสริมให้เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อและเกิดอุบัติการณ์ CAUTI ของโรงพยาบาลแห่งนี้สูงขึ้นเกินค่ามาตรฐานกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัจจัยด้านบุคลากรสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยตลอดเวลา ซึ่งจากผลการประเมินการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI ในการศึกษานำร่องพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังขาดการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลอย่างเคร่งครัด ประกอบกับการที่พยาบาลวิชาชีพมีระดับความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน CAUTI ค่อนข้างต่ำ จึงเป็นปัจจัยสำคัญทำให้มีโอกาสในการเกิด CAUTI ที่เพิ่มสูงมากขึ้นและมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพให้เกิดความรู้ ทัศนคติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI ในรูปแบบที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเองผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งมีความเหมาะสมกับลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ช่วยให้สามารถจัดสรรเวลาเข้าอบรมได้ตามความต้องการ ภายใต้ชื่อโปรแกรม CAUTI prevention competency development program (CPCP-CAI) คาดว่าพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ที่ผ่านการอบรมของโปรแกรม CPCP-CAI จะมีสมรรถนะความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI เพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้อุบัติการณ์ CAUTI ของผู้ป่วยลดลงได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกัน CAUTI
2. เพื่อเปรียบเทียบทัศนคติก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกัน CAUTI
3. เพื่อเปรียบเทียบการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ ของพยาบาลวิชาชีพในการป้องกัน CAUTI

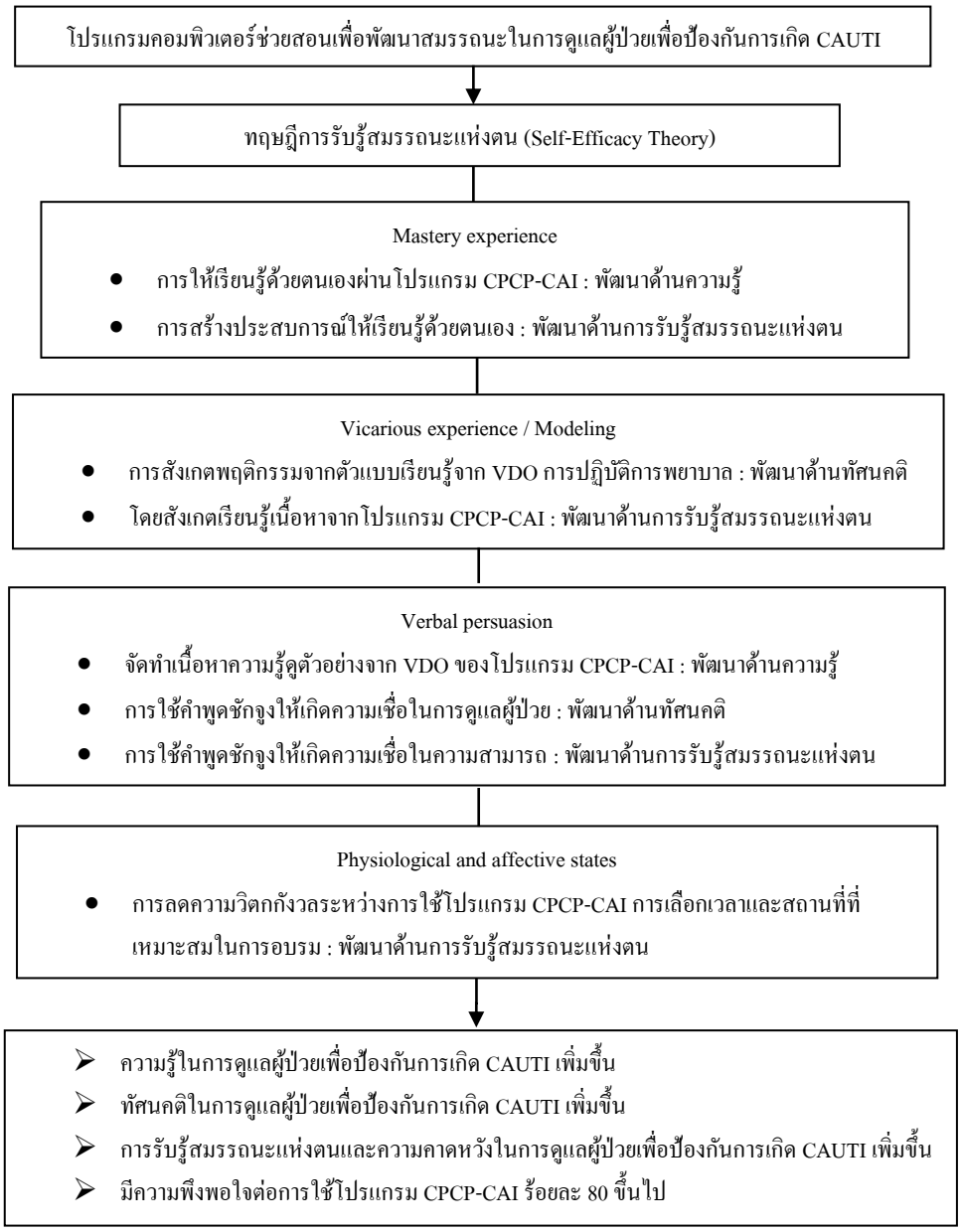
4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการป้องกัน CAUTI

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมแตกต่างจากหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีและหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์
2. ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมแตกต่างจากหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีและหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมแตกต่างจากหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีและหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์
4. พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการป้องกัน CAUTI ร้อยละ 80 ขึ้นไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy theory) ของ Bandura (1997) ซึ่งระบุว่าการจะพัฒนาสมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกิดจากการที่บุคคลเรียนรู้ข้อมูลจาก 4 แหล่งเรียนรู้ คือ 1) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experience) จะช่วยให้บุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีสมรรถนะสูง 2) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ (Vicarious experience /Modeling) ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้ที่สังเกตเรื่องนั้นๆ 3) การใช้คำพูดชักจูงในขอบเขตความเป็นจริง (Verbal persuasion) ซึ่งจะโน้มน้าวให้บุคคลเชื่อว่ามีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมหรือมีความมั่นใจที่จะทำสิ่งนั้นๆได้ และ 4) การส่งเสริมสภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) ซึ่งบุคคลที่เผชิญกับภาวะความเครียด ความวิตกกังวล จะทำให้การรับรู้สมรรถนะลดลง ตรงกันข้ามหากบุคคลอยู่ในสภาวะทางอารมณ์ที่ไม่เครียด ก็จะทำให้การรับรู้สมรรถนะในด้านต่างๆ เพิ่มมากขึ้น โดยผู้วิจัยได้นำเอาทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์จัดเป็นกิจกรรมการเรียนรู้โดยเสริมสร้างและพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากกลไกการเรียนรู้ 4 แหล่งตามที่ระบุในทฤษฎีสร้างผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนแบบออนไลน์ จัดการอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะความรู้ ทัศนคติและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้พยาบาลวิชาชีพเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ ภายใต้ชื่อโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการป้องกัน CAUTI (CAUTI prevention competency development program: CPCP-CAI) สามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ ดังนี้



ภาพที่ 1 *กรอบแนวคิดการวิจัย*

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัด 3 ครั้ง (One-group with pretest-posttest design) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะช่วงเดือนตุลาคม – เดือนธันวาคม 2565 ในโรงพยาบาลตติยภูมิ จำนวน 108 คน กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.7 ทดสอบสมมติฐานที่ใช้ Repeated Measures ANOVA (Faul et al., 2007) โดย

กำหนด Effect size ของ Intervention = 0.1 (ธวัชชัย วรพงศธร และสุรีย์พันธุ์ วรพงศธร, 2561) ได้กลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 108 คน ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะจาก 9 หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา ได้แก่ อายุรกรรมชายชั้น 1 อายุรกรรมชายชั้น 2 อายุรกรรมหญิงชั้น 1 อายุรกรรมหญิงชั้น 3 ศัลยกรรมชายชั้น 3 ศัลยกรรมชายชั้น 4 ศัลยกรรมหญิงชั้น 4 ศัลยกรรมกระดูกชายชั้น 2 และศัลยกรรมกระดูกหญิงชั้น 3 โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วย รพ.ตติยภูมิ และแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือพยาบาลวิชาชีพที่มีความเสี่ยงจากการทำแบบสอบถามเป็นระยะเวลานานเกินไป ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพที่กำลังตั้งครรภ์หรือพยาบาลวิชาชีพที่ใกล้ครบกำหนดคลอด และเกณฑ์ถอนอาสาสมัครออก (Withdrawal or termination criteria) คือพยาบาลวิชาชีพที่ขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยก่อนสิ้นสุดโปรแกรมและพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีผลการประเมินหรือมีผลการประเมินหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมไม่ครบ 2 ครั้ง

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมมหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้รับอนุมัติหมายเลข HE652120 รับรองวันที่ 9 สิงหาคม 2565 และได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา ได้รับอนุมัติหมายเลข EC0048/2565 รับรองวันที่ 12 กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงการลงนานในเอกสารแสดงความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยให้เป็นไปด้วยความสมัครใจ หากไม่ยินยอมเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งต่อผู้วิจัย และการขอถอนตัวออกจากการวิจัยนั้นกลุ่มตัวอย่างจะไม่มีผลกระทบต่อประโยชน์สิทธิใดๆ ที่พึงได้รับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอยู่ในระบบของโปรแกรม เป็นลักษณะให้อ่านคำถามและตอบด้วยตนเอง (Self-administered questionnaire) ซึ่งประเมินความรู้กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม CPCP-CAI เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความรู้ในการป้องกัน CAUTI ซึ่งข้อคำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือกถูกและผิด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 คะแนน = *ตอบถูก* 0 คะแนน = *ตอบผิด*

1.2 แบบประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอยู่ในระบบของโปรแกรม เป็นลักษณะให้อ่านคำถามและตอบด้วยตนเอง ประเมินทัศนคติกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม CPCP-CAI มีทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านทัศนคติความเชื่อในการป้องกัน CAUTI โดยแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าใช้คะแนนตามหลักของ Likert Scale กำหนดเป็นมาตรวัด 5 ระดับ คือ 2, 1 , 0 , -1 , -2 ซึ่งแยกการวัดออกเป็นวัดทัศนคติทางบวก (ข้อ 1 , 2 ,

5 , 8 , 9) มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 2 = *เห็นด้วยอย่างยิ่ง* 1 = *เห็นด้วย* 0 = *ไม่แน่ใจ* -1 = *ไม่เห็นด้วย* -2 = *ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง* และวัดทัศนคติทางลบ (ข้อ 3 , 4 , 6 , 7 , 10) มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ -2 = *เห็นด้วยอย่างยิ่ง* -1 = *เห็นด้วย* 0 = *ไม่แน่ใจ* 1 = *ไม่เห็นด้วย* 2 = *ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง*

1.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอยู่ในระบบของโปรแกรม เป็นลักษณะให้อ่านคำถามและตอบด้วยตนเอง ซึ่งประเมินกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม CPCP-CAI มีทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านความเชื่อมั่นในการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน CAUTI โดยแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าใช้คะแนนตามหลักของ Likert Scale กำหนดเป็นมาตรวัด 5 ระดับ คือ 5 , 4 , 3 , 2 , 1 มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5 = *มากที่สุด* 4 = *มาก* 3 = *ปานกลาง* 2 = *น้อย* 1 = *น้อยที่สุด*

1.4 แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม CPCP-CAI เป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอยู่ในระบบของโปรแกรม เป็นลักษณะให้อ่านคำถามและตอบด้วยตนเอง (โดยจะประเมินกลุ่มตัวอย่างเมื่อสิ้นสุดการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม CPCP-CAI มีทั้งหมด 10 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม CPCP-CAI โดยแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่าใช้คะแนนตามหลักของ Likert Scale กำหนดเป็นมาตรวัด 5 ระดับ คือ 5 , 4 , 3 , 2 , 1 มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 5 = *มากที่สุด* 4 = *มาก* 3 = *ปานกลาง* 2 = *น้อย* 1 = *น้อยที่สุด*

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

คือโปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (CPCP-CAI) เป็นโปรแกรมออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสร้างเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์มีเนื้อหาของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน CAUTI ให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้ผ่านโปรแกรม ประกอบด้วยเนื้อหาของโปรแกรม 3 Module ได้แก่ 1) CAUTI-Introduction 2) CAUTI-Clinical practice guideline และ 3) CAUTI-Health education โดยมีระยะเวลาของโปรแกรมประมาณ 40 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การประเมินความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้างานควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าแผนกอายุรกรรม 1 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย 1 ท่าน วิเคราะห์และตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) Lynn (1986) ได้ค่าคะแนนดังนี้

1.1 แบบประเมินความรู้มีค่า CVI = 0.8 แบบประเมินทัศนคติมีค่า CVI = 0.9 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่า CVI = 0.9 และแบบประเมินความพึงพอใจมีค่า CVI = 0.9

1.2 โปรแกรม CPCP-CAI มีค่า CVI = 0.8

2. การประเมินความเชื่อมั่นโดยให้พยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน ทำแบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะ และแบบประเมินความพึงพอใจเพื่อประเมินความเชื่อมั่นชนิด Internal consistency reliability ได้ค่าคะแนนดังนี้ แบบประเมินความรู้ใช้ KR-20 ได้ค่า r = 0.64 แบบประเมินทัศนคติมีค่า Cronbach's alpha = 0.86 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีค่า Cronbach's alpha = 0.99 แบบความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม CPCP-CAI มีค่า Cronbach's alpha = 0.94 และประเมินประสิทธิภาพของโปรแกรม CPCP-CAI = 80.04/84.53

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นก่อนดำเนินการ

1.1 ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และโรงพยาบาลตติยภูมิที่ศึกษา เมื่อได้รับการรับรอง จึงดำเนินการขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาล

1.2 ผู้วิจัยดำเนินการเข้าพบกลุ่มตัวอย่างทั้ง 9 หอผู้ป่วย จากการคำนวณสัดส่วนของแต่ละหอผู้ป่วยแล้ว ทำการคัดเลือกกลุ่มด้วยวิธีจับฉลากจากผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 108 คน ประกอบด้วยหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายชั้น 1 17 คน อายุรกรรมชายชั้น 2 14 คน อายุรกรรมหญิงชั้น 1 15 คน อายุรกรรมหญิงชั้น 3 18 คน ศัลยกรรมชายชั้น 3 9 คน ศัลยกรรมชายชั้น 4 10 คน ศัลยกรรมหญิงชั้น 4 10 คน กระดูกชายชั้น 2 8 คน และกระดูกหญิงชั้น 3 7 คน ขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลการวิจัย และดำเนินการขอความยินยอมลงนามในแบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 ผู้วิจัยส่ง Link โปรแกรม CPCP-CAI ให้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบก่อนเข้าโปรแกรม (Pre-test: T1)

2.2 กลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โปรแกรม CPCP-CAI ประกอบด้วยเนื้อหา 3 Module ใช้เวลา 30 นาที

2.3 กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเข้าโปรแกรมทันที (Post-test ครั้งที่ 1: T2)

2.4 กลุ่มตัวอย่างนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากโปรแกรม CPCP-CAI ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลา 2 สัปดาห์

2.5 ผู้วิจัยส่ง Link โปรแกรม CPCP-CAI ให้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบหลังเข้าโปรแกรม 2 สัปดาห์ (Post-test ครั้งที่ 2: T3)

แบบประเมินความรู้ แบบประเมินทัศนคติ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน จะมีการประเมินใน T1, T2, และ T3 ส่วนแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม CPCP-CAI จะประเมินใน T3 เท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลสมรรถนะความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI ของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์แนวโน้มค่าเฉลี่ยตามช่วงเวลาต่างๆ ที่เข้าใช้โปรแกรม CPCP-CAI โดยใช้สถิติ Paired t-test และ One-way repeated measure ANOVA

3. ข้อมูลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างต่อการใช้โปรแกรม CPCP-CAI วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้สถิติ One-sample t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 105 ราย (ร้อยละ 97.2) เพศชายจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 2.8) อายุเฉลี่ย 31.65 ปี (S.D. 7.763) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 100) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานตั้งแต่ 1-28 ปี เฉลี่ย 9.66 ปี (S.D. 7.565) เคยได้รับการอบรมการป้องกัน CAUTI จำนวน 19 ราย (ร้อยละ 17.6) และไม่เคยได้รับการอบรม จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 82.4)

ผลการใช้โปรแกรม CPCP-CAI เปรียบเทียบความแตกต่างและค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกัน CAUTI ตามช่วงเวลาต่างๆ ก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมกับหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired t-test พบว่า

1. ค่าเฉลี่ยความรู้หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีมากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยความรู้หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์มากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยความรู้หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ ลดลงจากหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. ค่าเฉลี่ยทัศนคติหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีมากกว่าค่าเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .329$) และค่าเฉลี่ยทัศนคติหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .012$) และค่าเฉลี่ยทัศนคติหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .138$)

3. ค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์เพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ยก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

(p = .001) และค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ลดลงจากหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .336) ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

4. การวิเคราะห์แนวโน้มค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามช่วงเวลาต่างๆ โดยใช้สถิติ One-way Repeated Measures ANOVA ซึ่งทดสอบตามช่วงเวลาของโปรแกรม (ก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์) พบว่าแนวโน้มค่าเฉลี่ยความรู้ในช่วงก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยทัศนคติก็มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากช่วงก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมไปยังหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ (p = .012) เช่นเดียวกับค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจากช่วงก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมไปยังช่วงหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ (p = .001) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

5. ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการป้องกัน CAUTI ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจระดับสูง ภาพรวมเฉลี่ย 46.25 (*S.D.* 4.55) หรือคิดเป็นร้อยละ 92.50 ซึ่งมีความพึงพอใจรายข้อทุกข้อมากกว่าร้อยละ 90 ขึ้นไป

ตารางที่ 1 *เปรียบเทียบความแตกต่างและค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามช่วงเวลาต่าง ๆ*

ผลลัพธ์	ช่วงเวลา	*Mean*	*S.D.*	*t*	*p*
ความรู้	Pre	3.94	1.08	-11.331	<.001
	Post-1	5.94	1.46		
	Pre	3.94	1.08	-8.634	<.001
	Post-2	5.24	1.10		
	Post-1	5.94	1.46	3.799	<.001
	Post-2	5.24	1.10		
ทัศนคติ	Pre	8.97	6.36	-.98	.329
	Post-1	9.81	7.07		
	Pre	8.97	6.36	-2.55	.012
	Post-2	11.12	6.90		
	Post-1	9.81	7.07	-1.493	.138
	Post-2	11.12	6.90		

ผลลัพธ์	ช่วงเวลา	*Mean*	*S.D.*	*t*	*p*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	Pre	43.46	5.46	-4.11	<.001
	Post-1	46.31	4.46		
	Pre	43.46	5.46	-3.44	.001
	Post-2	45.75	4.48		
	Post-1	46.31	4.46	.967	.336
	Post-2	45.73	4.48		

หมายเหตุ n=108 , ความรู้คะแนนเต็ม 10 ทัศนคติคะแนนเต็ม 20 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนคะแนนเต็ม 50, Pre: ก่อนได้รับโปรแกรม; Post-1: หลังได้รับโปรแกรมทันที; Post-2: หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์, *SD*: standard deviation; *t* จาก paired t-test ; p: *p*-value , มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < .001$

ตารางที่ 2 *แนวโน้มค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนตามช่วงเวลาต่าง ๆ*

ผลลัพธ์	ช่วงเวลา	F	df	Time	
				p	η_p^2
ความรู้	Pre : Post-1	74.538	1	<.001	.411
	Pre : Post-2				
	Post-1 : Post-2				
ทัศนคติ	Pre : Post-1	6.545	1	.012	.058
	Pre : Post-2				
	Post-1 : Post-2				
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	Pre : Post-1	11.896	1	.001	.100
	Pre : Post-2				
	Post-1 : Post-2				

หมายเหตุ n=108 , ความรู้คะแนนเต็ม 10 ทัศนคติคะแนนเต็ม 20 และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนคะแนนเต็ม 50, Pre: ก่อนได้รับโปรแกรม ; Post-1: หลังได้รับโปรแกรมทันที ; Post-2: หลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ มีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อ $p < .001$, One-way repeated measures ANOVA within-subjects contrasts (trend analysis) ; p: p-value ; SD: standard deviation ; η_p^2: Partial Eta Squared

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรม CPCP-CAI ต่อความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะของพยาบาล

วิชาชีพในด้านความรู้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์เพิ่มขึ้นจากก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม บ่งบอกว่าพยาบาลวิชาชีพมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม CPCP-CAI อย่างไรก็ตามความรู้หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับการความรู้หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที ($p < .001$) ถึงแม้ว่าระดับความรู้หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์จะยังคงสูงกว่าระดับความรู้ก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ แต่ก็สะท้อนให้เห็นว่าความรู้เพิ่มขึ้นหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม อาจจะมีความยั่งยืนในระยะสั้นและอาจมีความจำเป็นต้องมีการอบรมทบทวนความรู้เพิ่มเติมเป็นระยะเพราะความรู้มีแนวโน้มลดลงตามระยะเวลา เมื่อได้รับการเรียนรู้อบรม ทำให้เกิดการสั่งสมเป็นความรู้รวมถึงประสบการณ์ ส่งผลให้มีทักษะและความสามารถเกิดเป็นความรู้ความเข้าใจในเรื่องนั้น ๆ (ภาวิณี พรหมบุตร และคณะ, 2558) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา อุปนิสากร และคณะ (2555) ในประเด็นการให้ความรู้ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง (จากร้อยละ 39.4 เป็นร้อยละ 59.4) และการศึกษาของปัทมา วงษ์กียู้ และคณะ (2562) เป็นการสนับสนุนส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI ซึ่งการส่งเสริมความรู้อย่างต่อเนื่อง ทำให้มีความรู้ที่ถูกต้องนำไปสู่การปฏิบัติที่ดีขึ้น

ในด้านทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเปลี่ยนแปลงของคะแนนทัศนติอย่างมีนัยสำคัญระหว่างคะแนนก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ ($p = .012$) อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบรายครั้งพบว่า คะแนนทัศนคติหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีไม่แตกต่างจากคะแนนก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม ($p=.329$) และคะแนนทัศนคติหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีไม่แตกต่างจากคะแนนหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ ($p=.138$) แต่คะแนนทัศนคติหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์มีค่าสูงกว่าคะแนนก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ ($p=.012$) ผลการวิจัยนี้สะท้อนลักษณะของทัศนคติ คือการปรับเปลี่ยนทัศนคติจำเป็นต้องใช้เวลา เพราะทัศนคติคือความคิดหรือความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เมื่อบุคคลมีความพร้อมหรือความโน้มเอียงของจิตใจในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าก็อาจจะแสดงออกในทางสนับสนุนเห็นด้วยหรือต่อต้าน ทัศนคติจึงเป็นตัวเชื่อมระหว่างความคิดและพฤติกรรม และสิ่งที่บุคคลคิดและเชื่อจึงส่งผลถึงพฤติกรรมและการกระทำในอนาคต (ญานิกา ศักดิ์ศรี, 2561) ผลการศึกษานี้จึงพบว่าคะแนนทัศนคติหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันทีเพิ่มขึ้นอย่างไม่มีนัยสำคัญ แต่เมื่อเวลาผ่านไป 2 สัปดาห์คะแนนทัศนคติกลับเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม ดังนั้นโปรแกรม CPCP-CAI อาจจะสามารถเพิ่มคะแนนทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI ได้ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของประภาดา วัชรนาถ และคณะ (2558) ในประเด็นการให้ความรู้และการปรับทัศนคติของพยาบาลวิชาชีพที่ใช้แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลทำให้มีความรู้และทัศนคติเพิ่มมากขึ้น

ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI พบว่ากลุ่ม

ตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม หลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .001) เมื่อพิจารณาการเปรียบเทียบรายครั้งพบว่า คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์ล้วนเพิ่มขึ้นจากก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญ (p<.001, p=.001 ตามลำดับ) แต่คะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทั้ง 2 ครั้งไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ (p=.336) ผลการวิจัยนี้สะท้อนว่าโปรแกรม CPCP-CAI สามารถเพิ่มคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการป้องกัน CAUTI ได้ จากการที่คะแนนเพิ่มอย่างมีนัยสำคัญจากก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม ไปหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมทันที และถึงแม้คะแนนหลังการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม 2 สัปดาห์จะลดลงเล็กน้อย แต่ก็เป็นการลดลงที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และยังสูงกว่าคะแนนก่อนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรม (p=.001) สะท้อนว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI มีความยั่งยืนอย่างน้อยในระยะ 2 สัปดาห์ การรับรู้ความสามารถของตนเองจะส่งผลถึงการกระทำ หากมีความเชื่อในความสามารถที่สูงหรือมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่เพียงพอ จะทำให้แสดงพฤติกรรมความสามารถออกมาเกิดเป็นความสำเร็จในการกระทำนั้นๆ (Bandura, 1997) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร และคณะ (2558) ในประเด็นการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน CAUTI ซึ่งจะต้องมีการส่งเสริมสนับสนุนสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้เกิดอย่างต่อเนื่องเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติที่ถูกต้อง

ความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม CPCP-CAI พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในระดับสูง ภาพรวมคิดเป็นร้อยละ 92.50 และความพึงพอใจรายข้อทุกข้อมากกว่าร้อยละ 90 จากภาพรวมความพึงพอใจบ่งบอกได้ว่าพยาบาลวิชาชีพมีแนวโน้มในการนำใช้โปรแกรมมาดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะต่อไป โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ (CPCP-CAI) ช่วยเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI ซึ่งอาจเป็นเพราะโปรแกรม CPCP-CAI ประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะด้านต่างๆ โดยผู้วิจัยออกแบบโปรแกรมให้มีกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งการให้ความรู้ผ่านสื่อวิดิทัศน์ในโปรแกรม การใช้แรงสนับสนุนทางสังคมภายในหอผู้ป่วยในการส่งเสริมกระตุ้นให้กำลังใจกับกลุ่มตัวอย่าง การใช้ประสบการณ์จากผู้ที่ประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมมาเป็นตัวอย่างแสดงในบทเรียน จนทำให้เกิดการเลียนแบบพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลที่ถูกต้องในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI นอกจากนี้การจัดกิจกรรมผ่านโปรแกรมนี้ยังช่วยเสริมสร้างความรู้จากกระบวนการสังเกต การตัดสินใจลงมือกระทำ โดยนำเสนอผ่านตัวแบบที่ดีและประสบความสำเร็จ ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยตามเนื้อหาของโปรแกรม จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ ทัศนคติ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎี

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งเกิดจากการที่บุคคลเรียนรู้ข้อมูลจากการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ การได้รับการชักจูงด้วยคำพูดและสภาวะทางสรีระและอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้สมรรถนะของตนเอง โดยบุคคลที่สามารถพัฒนาตนเองจากประเด็นดังกล่าวได้ย่อมส่งผลให้เป็นผู้ที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ดี มีทัศนคติ ความรู้ความสามารถที่สูง

สรุปผลการวิจัย

การใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วยสอนเพื่อพัฒนาสมรรถนะในการป้องกัน CAUTI สามารถเพิ่มระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI ได้ทันทีและในระยะ 2 สัปดาห์ แต่ความรู้จะลดลงเมื่อเวลาผ่านไป โปรแกรม CPCP-CAI สามารถเพิ่มทัศนคติเฉพาะหลังได้รับโปรแกรม 2 สัปดาห์ เพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกัน CAUTI ได้ทันทีและยั่งยืนในระยะ 2 สัปดาห์ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้โปรแกรม CPCP-CAI ในระดับสูงมีแนวโน้มในการนำใช้โปรแกรมมาดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะ

ข้อเสนอแนะ

สามารถนำโปรแกรม CPCP-CAI ไปใช้ในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงาน โดยจัดอบรมทบทวนความรู้เพื่อเพิ่มสมรรถนะทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและอาจกำหนดให้เป็นนโยบายระดับองค์กรจัดอบรมพัฒนาสมรรถนะในการปฏิบัติการพยาบาลให้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกัน CAUTI นอกจากนี้ยังสามารถใช้โปรแกรมในการเรียนการสอนในสถานศึกษาพยาบาล อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมโดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้ครอบคลุมทุกประเภทของหอผู้ป่วย และทำการศึกษาในระยะยาว ศึกษาอุบัติการณ์ CAUTI ทดสอบประสิทธิภาพของการนำใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลจากโปรแกรมเพื่อป้องกัน CAUTI

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณบิดามารดา บุพการีผู้มีพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี ที่ให้การสนับสนุนงานวิจัย รวมถึงผู้เข้าร่วมวิจัยและกัลยาณมิตรทุกท่านที่มีส่วนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. (2562) *คู่มือการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ*

โรงพยาบาลสระบุรี [เอกสารไม่ได้ตีพิมพ์]. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล, โรงพยาบาลสระบุรี.

ญานิกา ศักดิ์ศรี. (2561). *ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อตำแหน่งผ่าตัดในระยะผ่าตัดของพยาบาลห้องผ่าตัด*. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ทิวากร กล่อมปัญญา, และดลวิวัฒน์ แสนโสม. (2561). ผลการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่สายสวนปัสสาวะต่อผลลัพธ์ที่คัดสรร. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 41*(4), 34-43.

ธวัชชัย วรพงศธร. (2561). การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 41*(2), 11-21.

ปัทมา วงษ์กียู้, วงเดือน สุวรรณคีรี, และณิชกานต์ ทรงไทย. (2562). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกต่อการปฏิบัติของพยาบาลและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการคาสายสวนปัสสาวะในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรม. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 37*(2), 26-35.

ภาวิณี พรหมบุตร, เอื้อจิต สุขพูล, กิตติภูมิ ภิญโย, และปิยนุช ภิญโย. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ตอนใต้). *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35*(2), 113-128.

เยาวลักษณ์ อโณทยานนท์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะที่สัมพันธ์กับการใส่คาสายสวนปัสสาวะในโรงพยาบาลตติยภูมิ. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 12*(1), 48-57.

สุพัตรา อุปนิสากร, จารุวรรณ บุญรัตน์, และอจิมา ไทยคง. (2555). การป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการคาสายสวนปัสสาวะผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในไอซียูอายุรกรรม. *วารสารสภาการพยาบาล, 27*(1), 49-62.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* Retrieved June 22, 2021, from https://www.academia.edu/28274869/Albert_Bandura_ Self_Efficacy_The_Exercise_of_Control_W_H_Freeman_and_Co_1997_pdf

Chenoweth, C.,& Saint, S. (2013). Preventing catheter-associated urinary tract infections in the intensive care unit. *Crit Care Clin, 29*(1), 19-32.

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*, 175-191. Download PDF

Glenn T Werneburg (2022). *Catheter-Associated Urinary Tract Infections: Current Challenges and Future Prospects*. Retrieved February 12, 2022, from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles /PMC8992741/pdf/rru-14-109.pdf

Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2019). *Guideline for Prevention of Catheter-Associated Urinary tract infections 2009.* Retrieved January 20, 2021, from https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/cauti-guidelines-H.pdf

Lo, E., Nicolle, L.E., Coffin, S.E., Gould, C., Maragakis, L.L., & Meddings, J. (2015). Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals: 2014 update. *Infect Control Hosp Epidemiol, 35*(5), 464-79.

Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity. *Nursing Research*, *35*, 382-385.

Mitchell, BG., Fasugba, O., Gardner, A., Koerner, J., Collignon, P., Cheng, A.C., Graves, N., Morey, P., & Gregory, V. (2017). Reducing catheter-associated urinary tract infections in hospitals: study protocol for a multi-site randomized controlled study. *BMJ Open, 28*(11), e018871.

Ribeiro, S. (2015). Nursing management of urinary tract infections. *Nursing older people, 27*(7), 24-29.

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย

ฮานานี เจ๊ะอุบง, พว.[1*]
ชุติวรรณ ปุริณทราภิบาล, ปร.ด.[2]
ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, ปร.ด.[2]

(วันที่ส่งบทความ: 18 เมษายน 2566; วันที่แก้ไข: 25 เมษายน 2567; วันที่ตอบรับ: 25 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพฮัจญ์ มีความสำคัญเนื่องจากบริบทพื้นที่แตกต่างกัน ทั้งภูมิอากาศ ความเป็นอยู่และสังคมวัฒนธรรม แต่ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลดังกล่าว การวิจัยนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย โดยใช้เทคนิคการวิจัย (Ethnographic Delphi Future Research [EDFR]) ผู้ให้ข้อมูล 18 คน แบ่ง 3 กลุ่ม ด้านการพยาบาล 9 คน ด้านสหวิชาชีพทางสุขภาพ 6 คน และด้านวิชาการทางสุขภาพ 3 คน ดำเนินการวิจัย 3 รอบดังนี้ 1) สัมภาษณ์ด้วยแนวคำถามปลายเปิดที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน จำนวน 10 ข้อ มาวิเคราะห์พัฒนาเครื่องมือแบบสอบถามปลายปิด 2) ส่งแบบสอบถาม จำนวน 25 ข้อ แก่ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมแสดงระดับความคิดเห็น และ 3) ส่งแบบสอบถามเดิมเพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จำนวน 25 ข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงระดับความคิดเห็นเพื่อสรุปฉันทามติ ผลวิจัยมี 6 สมรรถนะ 22 ข้อดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการพยาบาล จำนวน 6 ข้อ 2) สมรรถนะด้านระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 3 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการให้ข้อมูล และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ จำนวน 3 ข้อ 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีมและคุณธรรม จริยธรรม จำนวน 4 ข้อ 5) สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และเทคโนโลยีสารสนเทศ จำนวน 3 ข้อ และ 6) สมรรถนะด้านศาสนาและวัฒนธรรม จำนวน 3 ข้อ ผู้บริหารการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยนี้เป็นแนวทางการคัดเลือกและเตรียมสมรรถนะพยาบาลที่จะไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย

คำสำคัญ: สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพฮัจญ์, สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย, ฮัจญ์, ซาอุดิอาระเบีย

---

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ฮานานี เจ๊ะอุบง, อีเมล: hananee25201379@gmail.com

The Competency of Registered Nurses Working at Thai Hajj Medical Office, Saudi Arabia

Hananee Cheubong, RN.[1*]

Shutiwan Purinthrapibal, Ph.D.[2]

Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.[2]

(Received: April 18th, 2023; Revised: April 25th, 2024; Accepted: April 25th, 2024)

Abstract

The competency of Registered Nurses at the Thai Hajj Medical Offices is important because of the different contexts related to climate, living, and the society's culture, but no studies been found regarding nursing competencies. This study aimed to determine the competency of registered nurses working at the Thai Medical Office in Saudi Arabia using the Ethnographic Delphi Future Research [EDFR]) method. Participants were 18 experts divided into 3 groups: 1) nine experts in nursing; 2) six experts who were multi-disciplinary health care professionals; and 3) three academic health experts. The research method consisted of three steps: 1) interviewing the experts using 10 open-ended questions which were approved by 3 experts for content analysis 2) ranking the importance of the questions from the first round by the same group of experts, and 3) analyzing the questions using medians and interquartile ranges to develop a new version of the questionnaire. The revised questionnaire was sent back to the original group of experts to confirm the ranked items. Data were analyzed and conclusions reached. Results showed that the competency of the registered nurses working at the Thai Haj Office in Saudi Arabia was omprised of 6 components: 1) nursing competencies; 2) competency in epidemiology, prevention, and infection control; 3) informational competency and health counseling; 4) leadership competencies, teamwork, and morality and ethics; 5) communication competence, coordination, and technology; and 6) religious and cultural competencies. Nurse administratosr and Thai Hajj Medical Office executives can use these results to select and prepare competency guidelines for registered nurses working at the Thai Hajj Medical Office in Saudi Arabia

Keywords: competency, registered nurses, Thai Hajj Office, Hajj, Saudi Arabia

---

[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: Hananee Cheubong, E-mail: hananee25201379@gmail.com

บทนำ

การประกอบศาสนกิจฮัจญ์เป็นหลักศาสนบัญญัติในอิสลาม ที่มีการปฏิบัติภาคสนามขนาดใหญ่ที่สุดของมนุษยชาติเพื่อฝึกอบรมและหล่อหลอมพลโลกให้ซึมซาบ มุ่งให้มุสลิมเป็นทูตสันถวไมตรีและสันติภาพระดับสากล ยึดมั่นในศาสนาแห่งความกรุณาปรานีอย่างแท้จริง มุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติเพียงครั้งเดียวในชีวิต เมื่อมีความพร้อมทั้งสุขภาพร่างกาย ทรัพย์สินเงินทอง และความปลอดภัยในการเดินทาง ซึ่งมีมุสลิมทั่วโลกเดินทางไป ณ ประเทศซาอุดิอาระเบียจำนวน 2-5 ล้านคนต่อปี (Memish et al., 2012) ด้วยเหตุดังกล่าว ชาวมุสลิมจึงให้ความสำคัญต่อการประกอบพิธีฮัจญ์มาก

ในระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่พ.ศ. 2558-2562 ที่ผ่านมาในสถานการณ์ปกติประเทศไทยมีผู้เข้าร่วมศาสนกิจฮัจญ์ ปีละประมาณ 7,000-12,000 คน และในปี พ.ศ. 2563-2564 ในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID 19) งดการเดินทางและเปิดเดินทางในปี พ.ศ. 2565 จนถึงปัจจุบัน (ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนใต้, 2562) จากการรวมตัวของมนุษยชาติที่ใหญ่ที่สุดในโลกนี้ มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของประชาชน ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยในช่วง พ.ศ. 2549-2559 จัดกลุ่มตามปัญหาสุขภาพ คือโรคระบบทางเดินทางหายใจ โรคระบบทางเดินอาหาร โรคเรื้อรัง และอุบัติเหตุ (Aldossari et al., 2019) จำนวนการเสียชีวิตก่อนปี พ.ศ. 2555 จำนวน 13-36 คนต่อปี ต่อมา พ.ศ. 2556-2557 มีผู้เสียชีวิตน้อยกว่า 10 คนต่อปี พ.ศ. 2558 มีจำนวน 17 คน และในช่วงปี พ.ศ. 2559-2562 จำนวนลดลง 8, 9, 6, และ 3 คน ตามลำดับ สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่จากโรคปอดและโรคหัวใจ จะเห็นได้ว่าการเสียชีวิตลดลงเพราะก่อนการเดินทางมีการจัดระบบบริการสุขภาพได้ดีขึ้นและครอบคลุมทุกพื้นที่

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ประกอบพิธีฮัจญ์ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ได้พัฒนาระบบการจัดการสุขภาพ ระบบสารสนเทศ ผู้รับผิดชอบงานฮัจญ์ระดับอำเภอ (MR. Hajj) มาโดยตลอด ตั้งแต่ก่อนการเดินทาง มีการตรวจสุขภาพ และแบ่งสถานะสุขภาพเป็น 4 ระดับ ได้แก่เขียวปกติ เหลืองมีภาวะเสี่ยงปานกลาง แดงมีภาวะเสี่ยงสูง และเทามีภาวะที่ต้องติดตามอย่างใกล้ชิด (มาหะมะ เมาะมูลา และพงศ์เทพ สุธีรวุฒิ, 2559) หากมีความเสี่ยงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จัดอบรมให้ความรู้ และการให้วัดซีน การดูแลระหว่างการประกอบพิธีฮัจญ์ จัดบริการที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย และหลังจากพิธีฮัจญ์ โดยมีการติดตามเยี่ยมบ้าน

สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย เป็นโรงพยาบาลชั่วคราวขนาด 20-30 เตียง เปิดบริการรักษาตลอด 24 ชั่วโมง เป็นเวลา 45-60 วัน บริการ 2 หน่วย 1) หน่วยเมืองมาดีนะบริการเฉพาะผู้ป่วยนอกและอุบัติเหตุฉุกเฉิน จัดตั้งเป็นสถานบริการแบบปฐมภูมิ (Primary Care Unit [PCU]) และ 2) หน่วยเมืองมักกะบริการผู้ป่วยนอก อุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน และเชิงรุก มีบริการภาคสนาม ในช่วงพิธีฮัญจ์ซึ่งใช้เวลา 9 วัน แต่กระทรวงสาธารณสุขประเทศซาอุดิอาระเบีย ไม่อนุญาตให้เปิดหน่วยบริการ จึงปรับเป็นการเยี่ยมผู้รับบริการตามที่พักต่าง ๆ ตามทะเบียนคัดกรองผู้ประกอบพิธีฮัจญ์โดย

เรียงลำดับการเยี่ยมดังนี้ สีเทา สีแดง สีเหลือง และสีเขียว ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน จากประเทศซาอุดิอาระเบียกลับมายังประเทศไทย ผ่านระบบสารสนเทศไทยฮัจญ์ (ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนใต้, 2562)

กระทรวงสาธารณสุข มีการคัดเลือก แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุขขึ้นทุก ๆ ปี จำนวนการคัดเลือกจะขึ้นกับสัดส่วนของผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจญ์ และงบประมาณในแต่ละปี บุคคลากรจึงมีจำนวนจำกัด แต่จัดบริการหลายภารกิจ จึงจำเป็นต้องสมรรถนะที่หลากหลาย เพื่อปฏิบัติตามภารกิจที่ได้กำหนด การศึกษาของ Banaser et al. (2020) เกี่ยวกับความพึงพอใจของพยาบาลประเทศซาอุดิอาระเบีย ในช่วงประกอบพิธีฮัจญ์ พบว่าพยาบาลมีความพึงพอใจในเรื่องภาระงานน้อยที่สุด เพราะมีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่รองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากทุกหน่วยแพทย์ทั่วโลก และจากการถอดบทเรียน พ.ศ. 2562 ประเด็นที่ต้องพัฒนาที่สำคัญคือจำนวนบุคลากรและสมรรถนะพยาบาลที่จำเป็นตามบริบท แต่ยังไม่พบงานวิจัยในเรื่องดังกล่าว จึงสนใจศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย โดยการสำรวจความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ที่เกี่ยวข้องด้วยเทคนิคการวิจัยแบบ (Ethnographic Delphi Future Research[EDFR]) เพื่อเป็นแนวทางพัฒนาสมรรถนะตนเอง กำหนดกรอบในการคัดเลือก และกำหนดหลักสูตรอบรมเตรียมความพร้อม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) ใช้เทคนิค EDFR เก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเลือกวิธีแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ร่วมกับวิธีการบอกต่อ (snowballing technique) วรสิทธิ์ เจริญพุฒ และเพ็ญศรี ฉิรินัง (2558) กล่าวว่าการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวทางของแมคมิลแลน (Macmillan) ที่ระบุว่าจำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไประดับความคลาดเคลื่อนลดลงและความคลาดเคลื่อนเริ่มคงที่ที่ 0.02 ผู้วิจัยจึงกำหนดผู้เชี่ยวชาญจำนวน 18 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม สัดส่วนกลุ่ม 3:2:1 ได้แก่ ผู้ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบียอย่างน้อย 1 ครั้ง ด้านการพยาบาล จำนวน 9 คน สหวิชาชีพ

ทางสุขภาพ จำนวน 6 คน และด้านวิชาการด้านสุขภาพ จำนวน 3 คน โดยทั้งหมดให้ความยินยอมและสามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบทั้ง 3 รอบ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ (รหัสรับรอง PSU IRB 2022 - St - Nur 006) วันที่ 17 มีนาคม 2565 หลังได้รับการรับรอง ผู้วิจัยได้ส่งหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลตามหน่วยงานต่าง ๆ ตามที่กำหนดพร้อมรายละเอียดโครงร่างวิจัย การพิทักษ์สิทธิ แนวคำถามสัมภาษณ์ และหลักฐานการยินยอมเข้าร่วมวิจัย และได้ติดต่อนัดหมายสัมภาษณ์ โดยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูลโดยละเอียด ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ เมื่อผู้เข้าร่วมการวิจัยยินดีเข้าร่วมการวิจัย จึงให้ลงมือชื่อในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือสำคัญ ได้เตรียมความพร้อมด้านความรู้การวิจัยเชิงคุณภาพ เทคนิคระเบียบวิจัย EDFR และหลักการจรรยาบรรณของนักวิจัย โดยทบทวนวรรณกรรม ศึกษาตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยเกี่ยวกับแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบียทั้งในและต่างประเทศ และฝึกปฏิบัติการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ราย สำหรับผู้วิจัยร่วมทั้ง 2 ท่าน เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาบริหารทางการพยาบาล มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัย ก่อนการเก็บข้อมูลจริงได้ประชุมทีมผู้วิจัย ชี้แจงทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการเก็บข้อมูล แนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคล แนวทางการสังเกต การบันทึกข้อมูลรวมทั้งวิธีการถอดข้อมูลจากเทปเสียงสัมภาษณ์

2. แนวคำถามปลายเปิดแบบกึ่งโครงสร้าง มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ และส่วนที่ 2 แนวคำถามสัมภาษณ์จำนวน 10 ข้อ สร้างโดยการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการเชี่ยวชาญด้านอายุรศาสตร์ และ 3) นักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและการวิจัย ครอบคลุมสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย ตัวอย่างแนวคำถามเช่น “ ท่านคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบียที่ผ่านมา เพราะอะไร” และ“ ท่านคิดว่าสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่จำเป็นในการทำงานที่สำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์มีอะไรบ้าง และแต่ละสมรรถนะที่ระบุควรหมายถึงอะไร” เป็นต้น

3. แนวคำถามปลายปิด เป็นแบบสอบความคิดเห็นต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย พัฒนามาจากข้อมูลจากการ

สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มีลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินค่าระดับความสำคัญ 7 สมรรถนะ จำนวน 25 ข้อใช้สำหรับการเก็บข้อมูลรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ตัวอย่างแบบสอบถาม เช่น สมรรถนะด้านการพยาบาล 1) มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลในกลุ่มโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ สุขภาพจิต และการดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น

4. แบบบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field note) บันทึกสิ่งที่สังเกตเห็น เหตุการณ์ร่วมที่เกิดขึ้น สีหน้าท่าทางการแสดงออกตลอดจนสิ่งแวดล้อมขณะสัมภาษณ์

5. อุปกรณ์เพื่อการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กระดาษจดบันทึก โทรศัพท์แอปพลิเคชันไลน์ และโปรแกรม ZOOM

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การวิจัยโดยเทคนิค EDFR เป็นการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสปรับแก้ข้อมูลภาษาและตรวจสอบคำถามคำตอบของตนเองหลายรอบ เป็นการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาคู่กับการตอบแบบสอบถาม ทำให้มีความสมบูรณ์ของข้อมูล เนื่องจากมีกระบวนการซ้ำของผู้ตอบกลับและมีการปรับปรุง (นิภาพรรณ เจนสันติกุล, 2560)

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ผู้วิจัยประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญ ภายหลังผู้เชี่ยวชาญตอบรับการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจัดส่งโครงร่างวิจัยฉบับย่อพร้อมแบบสอบถามคำถามปลายเปิดทางไปรษณีย์และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ หลังจากนำคำตอบที่ได้มาจำแนกและจัดกลุ่มแล้ว จัดทำเป็นแบบสอบถามปลายปิดแบบมาตรประมาณค่าเพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

การเก็บข้อมูลรอบที่ 2 ใช้แนวคำถามปลายปิด โดยผู้เชี่ยวชาญจะประเมินค่าความสำคัญของแต่ละข้อลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็น รวมทั้งสามารถเพิ่มเติมคำแนะนำ และส่งกลับคืนผู้วิจัย เพื่อหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่อสร้างเป็นแบบสอบถามปลายปิดรอบที่ 3

การเก็บข้อมูลรอบที่ 3 ใช้แบบสอบถามฉบับเดิม เพิ่มตำแหน่งค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) รวมทั้งตำแหน่งคะแนนผู้เชี่ยวชาญตอบลงในแบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญทราบตำแหน่งของตนเอง เพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงความคิด และส่งกลับคืนผู้วิจัย เมื่อพบว่าคำตอบที่ได้จากผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน (ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.50) จึงสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 แบบสอบถามคำถามปลายเปิด โดยวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจำแนกหมวดหมู่แต่ละด้าน ร่วมกับการบูรณาการเอกสารจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2

2. วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อนำไปสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3

3. วิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยนำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในแต่ละข้ออีกครั้ง เพื่อสรุปผลการวิจัยโดยพิจารณาจากผลการคำนวณในแต่ละข้อ ที่มีค่ามัธยฐานมากกว่า 4.00 พิจารณาร่วมกับความสอดคล้องของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 และมีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากการเก็บข้อมูลผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 18 ท่าน เพศชาย 8 คน เพศหญิง 10 คน อายุ 45-59 ปี ปัจจุบันปฏิบัติงานโรงพยาบาลชุมชน 12 คน อาจารย์มหาวิทยาลัย 2 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา 1 คน สถาบันควบคุมโรคเขตเมือง 1 คน และศูนย์อำนวยการบริหารจังหวัดชายแดนใต้ 1 คน มีประสบการณ์ปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์ 1 ครั้ง 11 คน มากกว่า 2 ครั้ง 5 คน ไม่เคยปฏิบัติงาน 2 คน (กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการสุขภาพ) ในส่วนของผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลจำนวน 9 คน เคยปฏิบัติงานในหน่วยงาน ผู้ป่วยนอก 2 คน ห้องอุบัติฉุกเฉิน 4 คน และผู้ป่วยใน 3 คน ในจำนวน 18 คนปัจจุบันมีหน้าที่ในการจัดการสำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์ 5 คน และเคยผ่านการอบรมเตรียมความพร้อม 16 คน

2. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 ได้ทั้งหมด 7 ด้าน 25 ข้อ (ตาราง 1)

ตาราง 1 *สรุปผลการวิเคราะห์รอบที่ 1 สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย*

สมรรถนะ	สมรรถนะย่อย	สรุปความหมาย
1. สมรรถนะด้านการพยาบาล	1) ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลในกลุ่มโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ สุขภาพจิต และการดูแลผู้สูงอายุ 2) สามารถใช้เครื่องมือประเมินภาวะฉุกเฉินได้ 3) สามารถปฏิบัติการพยาบาลทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉินได้ 4) ปฏิบัติงานโดยให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน 5) มีทักษะการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินเช่น EKG Defibrillation และ AED ได้ 6) สามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ ได้สอดคล้องกับสถานการณ์	มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ ในการดูแลผู้รับบริการโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ สุขภาพจิต และการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน โดยเน้นความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงการมีทักษะในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉิน และสามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆได้สอดคล้องกับสถานการณ์

สมรรถนะ	สมรรถนะย่อย	สรุปความหมาย
2. สมรรถนะด้านระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำและการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ	1) สามารถป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ (IC) ตามมาตรฐาน 2) มีความรู้เรื่องระบาดวิทยา 3) มีความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ ในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (IC) โดยใช้มาตรฐานตามที่กำหนด มีความรู้เรื่องระบาดวิทยาและมีความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ
3. สมรรถนะด้านการให้ข้อมูลและการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ	1) สามารถให้ข้อมูล เรื่องโรค การเจ็บป่วย แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัวได้ 2) สามารถให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ครอบครัวและผู้ดูแลได้ 3) มีทักษะในการให้ข้อมูลกับทีมสุขภาพหรือผู้เกี่ยวข้อง	มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ รวมถึงทักษะในการให้ข้อมูล และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ตั้งแต่เรื่องโรค การเจ็บป่วย แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวแก่ผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้ดูแล รวมถึงมีทักษะในการให้ข้อมูลกับทีมสุขภาพหรือผู้เกี่ยวข้องได้
4. สมรรถนะด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ	1) สามารถประกอบอาหารหรือช่วยเหลือในการประกอบอาหารได้ 2) สามารถจัดอาหารสำหรับผู้ป่วย 3) จัดหาอาหารแลกเปลี่ยนให้ผู้ป่วยได้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพได้	มีความรู้ ความสามารถและทัศนคติ ประกอบอาหารหรือช่วยเหลือในการประกอบอาหาร จัดอาหารและอาหารแลกเปลี่ยนสำหรับผู้ป่วยให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ
5. สมรรถนะด้านภาวะผู้นำการทำงานเป็นทีมและคุณธรรม จริยธรรม	1) แสดงออกถึงภาวะผู้นำ มนุษย์สัมพันธ์ดีและจิตอาสา 2) สามารถบริหารจัดการทีมการพยาบาลและทรัพยากรได้ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดได้ 3) สามารถทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพได้ 4) ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย จริยธรรมและกฎหมายวิชาชีพ	มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ ถึงภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการทีมการพยาบาล และทรัพยากรได้ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัด สามารถทำงานเป็นทีม มีมนุษย์สัมพันธ์ดี มีจิตอาสา และมีคุณธรรม จริยธรรม ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วยและกฎหมายวิชาชีพ
6. สมรรถนะด้านการสื่อสารประสานงาน และเทคโนโลยีสารสนเทศ	1) สามารถฟังและพูดภาษาอังกฤษ ยาวี และอาหรับได้ 2) มีความสามารถในการประสานงานได้ 3) สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระบบของสำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์ เช่น โปรแกรม Thai Hajj	มีความรู้ ความสามารถและทัศนคติ รวมถึงทักษะในการสื่อสารกับผู้รับบริการและประสานงานกับเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระบบของสำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์ เช่นโปรแกรม Thai Hajj

สมรรถนะ	สมรรถนะย่อย	สรุปความหมาย
7. สมรรถนะด้านศาสนาและวัฒนธรรม	1) มีความรู้ ในหลักศาสนาอิสลามพื้นฐาน และการปฏิบัติศาสนากิจเกี่ยวกับฮัจญ์ 2) ให้ความสำคัญกับคุณค่า ความเชื่อตามวิถีอิสลาม 3) แสดงออกอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม	มีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ ในหลักศาสนาอิสลามพื้นฐาน และการปฏิบัติศาสนากิจเกี่ยวกับฮัจญ์ ให้ความสำคัญกับคุณค่า ความเชื่อตามวิถีอิสลาม รวมถึงแสดงออกอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม

ผลการวิเคราะห์ในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 เนื่องจากสมรรถนะด้านการจัดการอาหารและโภชนาการมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์มากกว่า 1.50 ผู้วิจัยพิจารณาจากเสียงข้างมากรวมกับการใช้เกณฑ์ 2 ใน 3 (น้ำผึ้ง มีศิล, 2559) ผู้วิจัยจึงสรุปว่าผู้เชี่ยวชาญมีฉันทามติ ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ รวม 22 ข้อ

ตาราง 2 *ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย*

ข้อ	สมรรถนะ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	*IQR*	ระดับ	*MD*	*IQR*	ระดับ
สมรรถนะด้านการพยาบาล							
1	มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลในกลุ่มโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ สุขภาพจิต และการดูแลผู้สูงอายุ	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก
2	สามารถใช้เครื่องมือประเมินภาวะฉุกเฉินได้	4.00	1.25	มาก	4.00	1.25	มาก
3	สามารถปฏิบัติการพยาบาลทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉินได้	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
4	ปฏิบัติงานโดยให้ความสำคัญกับความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
5	มีทักษะการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ในภาวะฉุกเฉินเช่น EKG Defibrillation และ AED ได้	4.50	1.00	มากที่สุด	4.50	1.00	มากที่สุด
6	สามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้สอดคล้องกับสถานการณ์	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
สมรรถนะด้านระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ							
1	สามารถป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อ (IC) ตามมาตรฐาน	4.00	1.25	มาก	4.00	1.25	มาก
2	มีความรู้เรื่องระบาดวิทยา	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก
3	มีความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ	4.00	1.25	มาก	4.00	1.25	มาก

ข้อ	สมรรถนะ	รอบที่ 2			รอบที่ 3		
		MD	*IQR*	ระดับ	*MD*	*IQR*	ระดับ
สมรรถนะด้านการให้ข้อมูล และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ							
1	สามารถให้ข้อมูล เรื่องโรค/การเจ็บป่วย แนวทางการรักษา และการปฏิบัติตัวได้	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
2	สามารถให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการ/ครอบครัว และผู้ดูแลได้	4.50	1.00	มากที่สุด	4.50	1.00	มากที่สุด
สมรรถนะด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ							
1	สามารถประกอบอาหารหรือช่วยเหลือในการประกอบอาหารได้	4.00	2.00	มาก	4.00	2.00	มาก
2	สามารถจัดอาหารสำหรับผู้ป่วย	4.00	2.00	มาก	4.00	1.25	มาก
3	จัดหาอาหารแลกเปลี่ยนให้ผู้ป่วยได้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพได้	4.00	2.00	มาก	4.00	2.00	มาก
สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และคุณธรรม จริยธรรม							
1	แสดงออกถึงภาวะผู้นำ มนุษย์สัมพันธ์ดี และจิตอาสา	5.00	0.00	มากที่สุด	5.00	0.00	มากที่สุด
2	สามารถบริหารจัดการทีมการพยาบาล และทรัพยากรได้ในสถานการณ์ที่มีข้อจำกัดได้	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
3	สามารถทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพได้	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
4	ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และกฎหมายวิชาชีพ	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และเทคโนโลยีสารสนเทศ							
1	สามารถฟังและพูดภาษาอังกฤษ ยาวี และอาหรับได้	4.00	1.00	มาก	4.00	0.50	มาก
2	มีความสามารถในการประสานงานได้	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก
3	สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในระบบของสำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์ เช่นโปรแกรม Thai Haj	4.00	1.00	มาก	4.50	1.00	มาก
ด้านศาสนาและวัฒนธรรม							
1	มีความรู้ ในหลักศาสนาอิสลามพื้นฐาน และการปฏิบัติศาสนาเกี่ยวกับฮัจญ์	4.00	1.00	มาก	4.00	1.00	มาก
2	ให้ความสำคัญกับคุณค่า ความเชื่อตามวิถีอิสลาม	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด
3	แสดงออกอย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม	5.00	1.00	มากที่สุด	5.00	1.00	มากที่สุด

หมายเหตุ $n = 18$, $MD = 4$, $IQR = <1.50$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษางานวิจัยเรื่อง สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน สรุปฉันทามติสมรรถนะที่มีความสำคัญ 6 สมรรถนะ ได้แก่ สมรรถนะด้านการพยาบาล สมรรถนะด้านการระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ สมรรถนะด้านการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และคุณธรรม จริยธรรม สมรรถนะด้านการสื่อสารประสานงาน และเทคโนโลยีสารสนเทศ และด้านศาสนาและวัฒนธรรม และตัดสมรรถนะด้านการจัดการอาหารและโภชนาการ เนื่องจากมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 2.00 ผู้วิจัยพิจารณาสียงข้างมาก ร่วมกับการใช้เกณฑ์ 2 ใน 3 และไม่พบข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถาม อภิปรายผลดังนี้

สมรรถนะด้านการพยาบาล

สมรรถนะด้านการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องต้องมีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติในการดูแลผู้รับบริการ โรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ การบาดเจ็บ สุขภาพจิต และผู้สูงอายุ สอดคล้อง Aldossari et al. (2019) ที่ได้ศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้แสวงบุญในช่วงฮัจญ์ ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2005 - 2014 จำนวน 60 ฉบับ พบว่า ปัญหาสุขภาพในช่วงฮัจญ์ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และบริการด้านสุขภาพ รวมถึงสามารถใช้เครื่องมือประเมินภาวะฉุกเฉิน และให้การพยาบาลทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน เน้นให้ความสำคัญกับความปลอดภัยทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เพราะเป็นหัวใจสำคัญและเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยพึงได้รับและเป็นหน้าที่หลักของบุคลากรทางการพยาบาลในการให้บริการสุขภาพ สอดคล้องกับ จีรนันท์ ชานนท์ และประจักร บัวผัน (2564) กล่าวว่าวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรเป็นกระบวนการที่สำคัญในการปฏิบัติงาน ตามขอบเขตของวิชาชีพเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการทำงานทั้งของผู้รับบริการและผู้ให้บริการ สอดคล้องกับ บุปผา พาโคกทม และขนิษฐา วรธงชัย (2563) ที่ค้นพบสมรรถนะใหม่ที่จำเป็นด้านการบริหารความเสี่ยงและวัฒนธรรมความปลอดภัย สามารถใช้เครื่องมือ EKG Defibrillation AED ทำให้ลดอัตราการตาย และสามารถประยุกต์ใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่าง ๆ เช่นการใช้ดินตะยัมมุมในการอาบน้ำละหมาดแทนน้ำเพื่อไม่ให้โดยบาดแผลและบริเวณที่ให้สารน้ำ

สมรรถนะด้านการระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

สมรรถนะด้านการระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ และการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าต้องมีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโดยใช้มาตราฐานที่กำหนด มีความรู้เรื่องระบาดวิทยาและมีความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่ สอดคล้องกับ กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์ และกัญญดา ประจุศิลป (2558) ที่ศึกษาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยว่าประกอบด้วย 2 สมรรถนะ 1) สมรรถนะการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ และ 2) สมรรถนะด้านการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ประกอบกับในช่วงพิธีฮัจญ์มีชาวมุสลิมรวมตัวกันประมาณ 2 ล้านคน

ส่งผลการนำโรคติดต่อที่มาจากประเทศอื่น ๆ หากมีการติดเชื้อทำให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้ง่ายและรวดเร็ว จนอาจทำให้เกิดการระบาดของโรคได้ จากการศึกษาการได้มาของไวรัสทางเดินหายใจและอาการทางระบบทางเดินหายใจของผู้แสวงบุญชาวฝรั่งเศสระหว่างพิธีฮัจญ์ ค.ศ. 2016 พบว่าร้อยละ 83.5 แสดงอาการทางระบบหายใจระหว่างทำฮัจญ์ และร้อยละ 39.5 ยังคงแสดงอาการเมื่อกลับมา (Tuan Hoang et al., 2019) และสอดคล้องกับ Mushi et al. (2021) ศึกษาสุขภาพของผู้แสวงบุญฮัจญ์ชาวแอฟริกาใต้ปี 2017 อาการทางระบบทางเดินหายใจพบบ่อยที่สุดในช่วงฮัจญ์ ร้อยละ 70.2 และหลังฮัจญ์ร้อยละ 82.2

สมรรถนะด้านการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ

สมรรถนะด้านการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าต้องมีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ รวมถึงทักษะการให้ข้อมูลเรื่องโรค การเจ็บป่วย แนวทางการรักษาและการปฏิบัติตัว แก่ผู้รับบริการ ครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการแก้ไขปัญหา สามารถตัดสินใจทางเลือกที่เหมาะสมในการปฏิบัติตัว และดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ รวมทั้งบุคลากรหรือผู้เกี่ยวข้องในเครือข่ายสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขฮัจญ์ (อสม. ฮัจญ์) คณะผู้แทนฮัจญ์ (เบี๊ยะซะ) และผู้ประกอบกิจการฮัจญ์ (แซะห์) การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพแก่ผู้รับบริการนั้นเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงของพยาบาล เพราะพยาบาลเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการตลอด 24 ชั่วโมง และได้รับความไว้วางใจจากผู้รับบริการช่วยเหลือให้คลายความวิตกกังวลต่าง ๆ (สายสมร เฉลยกิตติ และทิพย์ฆัมพร เกษโกมล, 2558) การเป็นผู้ให้บริการปรึกษาทางสุขภาพที่มีประสิทธิภาพต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ และหมั่นฝึกปฏิบัติให้เกิดความชำนาญ

สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และคุณธรรม จริยธรรม

สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และคุณธรรม จริยธรรมผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าต้องมีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ แสดงออกถึงภาวะผู้นำ มีความสามารถในการนำและสามารถโน้มน้าวจิตใจคนอื่น เป็นแบบอย่างในการปฏิบัติงาน มีมนุษย์สัมพันธ์ดี มีจิตอาสา เสียสละภายใต้บริบทที่ทุกหน้าที่สามารถทำงานช่วยเหลือกัน และเป็นการเสริมพลังด้านจิตวิญญาณที่มีการสร้างคุณค่าขององค์กรด้วยคำว่า ทำมากได้มาก หมายถึง การทำงานที่มากจะได้รับผลบุญที่มากตามไปด้วย สามารถบริหารจัดการทีมการพยาบาลและทำงานร่วมทีมสหวิชาชีพ ท่ามกลางทรัพยากรที่มีข้อจำกัดในแต่ละปี กิตติทัช เขียวฉ้อน และธีระวัฒน์ จันทึก (2560) กล่าวว่าการทำงานเป็นทีมถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่ง สามารถเป็นตัวทำนายประสิทธิภาพหรือความสำเร็จของงานนั้นๆ ได้อาศัยความร่วมในทุกระดับ และมีผู้นำทีมที่มีทักษะและวิสัยทัศน์ที่ดี ที่จะสนับสนุนการทำงานของทีมให้เกิดประสิทธิภาพ ส่งผลให้มีการบริการที่ดี ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจและไว้วางใจ รวมถึงการให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และกฎหมายวิชาชีพ ที่แสดงออกถึงการเคารพในคุณค่าความเชื่อและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และเทคโนโลยีสารสนเทศ

สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และเทคโนโลยีสารสนเทศ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันว่าต้องมีความรู้ ความสามารถ และทัศนคติ รวมถึงทักษะในการสื่อสารกับผู้รับบริการและประสานงานกับเครือข่ายทั้งในประเทศและต่างประเทศ ส่วนใหญ่ใช้ภาษามลายูเพื่อสื่อสารกับผู้รับบริการเพราะร้อยละ 70 เป็นคน 3 จังหวัดชายแดนใต้ การสื่อสารในการส่งต่อใช้ภาษาอังกฤษ และกรณีสื่อสารกับคนอาหรับท้องถิ่นส่วนใหญ่ใช้ภาษาอาหรับ บุปผา พาโคกทม และขนิษฐา วรธงชัย (2563) กล่าวว่าสมรรถนะด้านการสื่อสารและสัมพันธภาพ ทำให้เข้าใจในภาษาท้องถิ่นที่ปฏิบัติงาน ภาษาราชการ และภาษาสื่อมวลชน รวมถึงด้านการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การจัดการ ข้อมูล การประยุกต์ใช้แอปพลิเคชันในการพัฒนาระบบบริการทางการพยาบาล สอดคล้องกับลักษณะงานฮัจญ์ เช่น การประสานงานกับ อสม. ฮัจญ์ เบี๊ยซะ และแซะห์ รวมถึงการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ เช่นโปรแกรม Thai Hajj เพื่อส่งต่อข้อมูลสุขภาพและสถานะสุขภาพ การศึกษาของ ศราวุฒิ อารีย์ และคณะ (2565) เรื่องการบริหารจัดการฮัจญ์ของซาอุดิอาระเบียได้กล่าวว่านำเทคโนโลยีมาใช้ควบคุมระบบการบริหารจัดการฮัจญ์ (E-TRACK) ส่งผลให้การบริหารจัดการมีประสิทธิภาพมากกว่าอดีต ประเทศไทยจึงได้นำแนวทางการบริหารจัดการกิจการฮัจญ์ของซาอุดิอาระเบียแบบใหม่เรียกว่า การบริการฮัจญ์หรือ HAJJ E-SERVICES ให้สอดคล้องกับระเบียบการประกอบพิธีฮัจญ์ Saudi Vision 2030

สมรรถนะที่เกี่ยวข้องศาสนากับวัฒนธรรม

สมรรถนะที่เกี่ยวข้องศาสนากับวัฒนธรรม ผู้เชี่ยวชาญเห็นสอดคล้องกัน ควรมีความรู้ ความสามารถและทัศนคติในหลักศาสนาอิสลามพื้นฐานและการปฏิบัติศาสนกิจเกี่ยวกับฮัจญ์ ให้ความสำคัญกับความเชื่อตามวิถีอิสลาม เพราะฮัจญ์เป็นหลักศาสน์บัญญัติประการที่ 5 ที่มุสลิมทุกคนที่มีความสามารถต้องปฏิบัติ โดยให้ความสำคัญกับคุณค่า ความเชื่อตามวิถีอิสลาม จากการศึกษาของ สุวิมล พิชญไพบูลย์ (2561) กล่าวว่าหลักศาสนาอิสลามช่วยให้มุสลิมมีที่ยึดเหนี่ยวปฏิบัติตามหลักศาสนาจนกลายเป็นวิถีชีวิตปกติ โดยเชื่อว่าหากไม่ปฏิบัติตามหลักการอิสลาม จะส่งผลกระทบต่อชีวิตและความเป็นอยู่ การศึกษาของ Songwathana et al. (2020) กล่าวว่า การดูแลด้านวัฒนธรรมต้องมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยที่มีความแตกต่างด้านวัฒนธรรม ให้คุณค่ากับการดูแลแบบองค์รวม สอดคล้องกับ บุปผา พาโคกทม และขนิษฐา วรธงชัย (2563) กล่าวว่าสมรรถนะด้านสังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ว่ามีความไวเชิงวัฒนธรรมด้วยการบูรณาการภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อเป็นการพยาบาลที่สะท้อนความไวเชิงวัฒนธรรมด้วยการนำวัฒนธรรมความเชื่อมาดูแลแบบผสมผสานกับการแพทย์และการพยาบาล เพื่อให้เกิดความร่วมมือที่ดีในการรักษาและการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสม และการศึกษาของจินตนา อาจสันเที๊ยะ และสายสมร เฉลยกิตติ (2559) พบว่าสมรรถนะด้านการรับรู้ความแตกต่างทางวัฒนธรรม คือการมีความเข้าใจในเรื่องความเท่าเทียมกันในสังคมและเคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ มีทัศนคติด้านบวก เข้าใจในความแตกต่างทั้งเชื้อชาติ เพศ และพฤติกรรมต่าง ๆ โดยสามารถให้บริการที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการโดยพิจารณาทางเลือกที่มีความเหมาะสม

สรุปผลการวิจัย

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย ดังกล่าว ประกอบด้วย 6 สมรรถนะ รวม 22 ข้อ คือ 1) สมรรถนะด้านการพยาบาล 6 ข้อ 2) สมรรถนะด้านระบาดวิทยา โรคอุบัติใหม่อุบัติ และการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อ โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ 3 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ 3 ข้อ 4) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำ การทำงานเป็นทีม และคุณธรรมจริยธรรม 4 ข้อ 5) สมรรถนะด้านการสื่อสาร ประสานงาน และเทคโนโลยีสารสนเทศ 3 ข้อ 6) สมรรถนะด้านศาสนาและวัฒนธรรม 3 ข้อ โดยผู้เชี่ยวชาญทั้ง 18 ท่าน ได้แสดงความคิดเห็นที่สอดคล้องกันว่าเป็นสมรรถนะที่มีความสำคัญสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านปฏิบัติการพยาบาลสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะตนเองในด้านความรู้ความสามารถให้สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อเข้ารับการสมัครคัดเลือก และสำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์สามารถนำไปกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกและหลักสูตรการอบรมแก่พยาบาลวิชาชีพก่อนไปปฏิบัติงาน

2. ด้านการศึกษาพยาบาลสถาบันการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตร เพื่อเตรียมความรู้และทักษะพยาบาลวิชาชีพที่ต้องการไปปฏิบัติงานที่สำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย

3. ด้านการวิจัย วิจัย ติดตาม ประเมินผล พัฒนาเป็นแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ไปปฏิบัติงานที่สำนักแพทย์เพื่อกิจการฮัจญ์แห่งประเทศไทย ณ ประเทศซาอุดิอาระเบีย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยจากมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ทุ่มเทและให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

กัลยพัทธ์ นิยมวิทย์, และ กัญญดา ประจุศิลป. (2558). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 7*(1), 155-165.

กิตติทัช เขียวฉ้อน, และ ธีระวัฒน์ จันทึก. (2560). การทำงานเป็นทีมสู่การเพิ่มประสิทธิผลในการทำงาน. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี*, *11*(1), 355-370.

จินตนา อาจสันเที๊ยะ, และสายสมร เฉลยกิตติ. (2559). การพยาบาลข้ามวัฒนธรรมกับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, *17*(1), 10-16.

จีรนันท์ ชานนท์ และประจักร บัวผัน. (2564). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและวัฒนธรรมความปลอดภัยขององค์กรที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลข่อนแก่น. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, *21*(1), 216-228.

นิภาพรรณ เจนสันติกุล. (2560). การนำเทคนิคเดลฟายไปใช้สำหรับการวิจัย.*วารสารรัฐศาสตร์ ปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยเกษณศาสตร์*, *4*(2), 47-64.

น้ำผึ้ง มีศิล. (2559). การวิจัยด้วยเทคเดลฟาย: หลีกเลี่ยงมโนทัศน์ที่ไม่ถูกต้อง.*วารสารมหาวิทยาลัยศิลปกร, 9*(1), 1256-1267.

บุปผา พาโคกทม, และขนิษฐา วรธงชัย. (2563). สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพไทยแลนด์ 4.0 โรงพยาบาลชุมชนระดับ F1-F3. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, *38*(3), 110-118.

มาหะมะ เมาะมูลา, และพงศ์เทพ สุธีรวุฒิ. (2559). การออกแบบโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพวิถีอิสลามสำหรับผู้เดินทางไปประกอบพิธีฮัจย์ อำเภอรือเสาะ จังหวัดนราธิวาส. *วารสาร AL-NUR บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยฟาฏอนี*, *11*(21), 1-16.

วรสิทธิ์ เจริญพุฒ, และเพ็ญศรี ฉิรินัง. (2558). การวิจัยเชิงอนาคตด้วยเทคนิคเดลฟาย. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น*, *1*(3), 26-40.

ศราวุฒิ อารีย์, อารีฝีน ยามา, และซารีฮาน สุหลง. (2565). การบริหารจัดการฮัจญ์ของซาอุดิอาระเบีย: สำรวจปัญหาการดำเนินกิจการฮัจญ์ของไทย และรูปแบบการจัดการของอินโดนีเซีย มาเลเซีย และสิงคโปร์. *วารสารชุมชนวิจัย มหาวิทยาราชภัฏนครราชสีมา, 16*(3), 82-96.

ศูนย์บริหารการพัฒนาสุขภาพจังหวัดชายแดนใต้. (2562). *คู่มือการปฏิบัติงานสำนักงานแพทย์เพื่อกิจการฮัจย์แห่งประเทศไทย.*

สายสมร เฉลยกิตติ, และทิพย์ฆัมพร เกษโกมล. (2558). การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ: การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. *วารสารพยาบาลตำรวจ, 7*(1), 255-262.

สุวิมล พิชญไพบูลย์. (2561). วิถีมุสลิมกับความผูกพันต่อหลักศาสนาอิสลามและการบังคับใช้กฎหมายอิสลาม: ชุมชนเสาหลวง 1. *มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ, 27*(2), 233-243.

Aldossari, M., Aljoudi, A., & Celentano, D. (2019). Health issues in the Hajj pilgrimage: a literature review. *Eastern Mediterranean Health Journal, 25*(10), 744-753. https://doi.org/10.26719/2019.25.10.744

Banaser, M., Ghulman, F., Almakhalas, H., & Alghamdi, M. (2020). Nurses' job satisfaction during the mass gathering of the Hajj 2018 in Saudi Arabia. *International Nursing Review*, *67*(3), 372-379. https://doi.org/10.1111/inr.12590

Thuan Hoang,V., Sow, D., Doque, F., Edouard, S., Drali, T., Yezli, S., Alotaibi, B., Raoult, D., Parola, P., Pommier de Santi, V., & Gautret, P. (2019). Acquisition of respiratory viruses and respiratory symptoms in french pilgrims during the 2016 Hajj: A prospective cohort study. *Traval Med infect Dis, Jul-Aug*(30), 32-38. https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2019.03.003

Memish, Z. A., Stephens, G. M., Steffen, R., & Ahmed, Q. A. (2012). Emergence of medicine for mass gatherings: lessons from the Hajj. *The Lancet infectious diseases*, *12*(1), 56-65. https://doi.org/10.1016/S1473-3099(11)70337-1

Mushi, A., Yassin, Y., Khan, A., Alotaibi, A., Parker, S., Mahomed. O., & Yezli, S. (2021). A longitudinal study regarding the health profile of the 2017 South African Hajj pilgrims. *Int J Environ Res Public Health, 18*(7), 3607; https://doi.org/10.3390/ijerph18073607

Songwathana, P., Chunuan, S., Balthip, K., Purinthrapibal, S., Hui, T., Ibrahim, K., & Thuy, L. T. (2020). Cultural competence perspectives from nurses in four Asian countries: A qualitative descriptive study. *Journal of Health Science and Medical Research*, *39*(1), 57-66. https://doi.org/10.31584/jhsmr.2020767

การรับรู้ความหมายและการจัดการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป: การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเฉพาะ

มนฤดี มโนรัตน์ พย.ม.[1*]
ดารุณี จงอุดมการณ์ ปรด.[2]

(วันที่ส่งบทความ: 14 มิถุนายน 2566; วันที่แก้ไข: 19 เมษายน 2567; วันที่ตอบรับ: 22 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเฉพาะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายการรับรู้ความหมายและการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ในจังหวัดแห่งหนึ่งของภาคอีสาน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเฉพาะประเด็น ในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป รวม 17 คน เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม บันทึกภาคสนาม และสัมภาษณ์เชิงลึก ใช้เทคนิคตรวจสอบสามเส้าในการยืนยันความน่าเชื่อถือของข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและจัดแก่นความคิด ผลการวิจัยพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป มีการรับรู้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป คือ “โสเสี่ยง(สะท้อนให้เห็นว่าต่อให้การตั้งครรภ์ครั้งนี้จะมีความเสี่ยง สตรีตั้งครรภ์ก็พร้อมจะตั้งครรภ์ต่อไม่ว่าผลจะเป็นเช่นไรก็พร้อมยอมรับความเสี่ยง)” “ลูกหลง(สตรีตั้งครรภ์มองว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิดหรือคาดไม่ถึงเนื่องจากเกิดขึ้นหลังจากที่มีบุตรยากมาเป็นเวลานาน)” “ความสมบูรณ์ของครอบครัว(การตั้งครรภ์เป็นการเติมเต็มความเป็นครอบครัวที่เชื่อว่าครอบครัวควรประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก)” และ "ความยุ่งยากใจหลายอย่าง(การตั้งครรภ์ครั้งนี้สร้างความลำบากใจหลายประการเป็นต้นว่า ความวิตกกังวล ความเครียด)" ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ความเสี่ยงและความสุขที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ที่อายุมากขึ้น แต่เพื่อให้ความสมบูรณ์ของครอบครัวที่ต้องมีครบองค์ประกอบทั้งพ่อ แม่ ลูก ถึงรับรู้ว่าเสี่ยงแต่ก็ต้องตั้งครรภ์ต่อไป แต่พยายามทำให้ดีที่สุดเพื่อผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่คาดว่าจะออกมาในทางที่ดี จึงพยายามดูแลตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ตลอดจนแสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเอง จากผลการศึกษาในครั้งนี้ทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพเฉพาะกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปให้สอดคล้องกับปัญหาทางสุขภาพและความต้องการได้

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป, การรับรู้, การจัดการดูแลตนเอง, การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเฉพาะ

---

[1] ดุษฎีนิพนธ์ หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นักศึกษาปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[2] ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: มนฤดี มโนรัตน์, อีเมล: monrka@kku.ac.th

The Perceptions of Pregnant Women Aged 35 and Above Regarding the Meaning, and Self-management During Pregnancy: a Focused Ethnographic Research Perspetive.

Monrudee Manorat M.N.S.[1*]

Darunee Jongudomkarn Ph.D.[2]

(Received: June 14th, 2023; Revised: April 19th, 2024; Accepted: April 22th, 2024)

Abstract

The present study employed a focused ethnographic research methodology to explore the perceptions and self-care practices of pregnant women aged 35 and over in a specific province of Isan (Northeastern Thailand). The study involved 17 pregnant women aged 35 years and over as participants. Data collection methods included participant observations, field note records, and in-depth interviews. Triangulation techniques were utilized to enhance the validity and reliability of the acquired data. The data underwent content and thematic analysis to derive meaningful insights. The findings of the study illuminated the perceptions of the participants who described their experiences as "Soseing(Soseing which means even if the pregnancy is risky they would continue and accept all pregnancy outcomes.)," "Luklong (Luklong; the baby who was born from an unpredictable or unexpected pregnancy after the woman experienced infertility for a long time)," "khwam-somboon-kong-khoarbkhure, (khwam-somboon-kong-khoarbkhure revealed a pregnancy situation can fulfil their family; they believe that the family should consist of a father, mother, and child)" and "khwam-yung-yak-jai-lai-young (khwam-yung-yak-jai-lai-young; referred to a lot of mental difficulties such as anxiety, stress, and worry.)," reflecting nuanced views on the risks and joys associated with later-in-life pregnancies. Despite recognizing the potential risks, participants emphasized the importance of family integrity, where both parents and children are essential components. Consequently, despite the perceived risks, participants embraced pregnancy and endeavored to optimize outcomes through diligent self-care practices and seeking relevant information. The study outcomes offer valuable insights for healthcare professionals to tailor specific healthcare interventions that address the unique health concerns and needs of pregnant women aged 35 and over. By understanding their perspectives and self-care strategies, healthcare teams can develop targeted approaches to better support this demographic throughout their pregnancy journey, ultimately promoting favorable pregnancy outcomes and maternal well-being.

Keywords: pregnant women aged 35 years and over, perception of meaning, self-care management, focused ethnographic research

---

[1] Dissertation, Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

Ph.D. (Candidate), Doctor of Philosophy Program in Nursing Science, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

[2] Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

[*] Corresponding author: Monrudee Manorat, E-mail: monrka@kku.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของโลกเปลี่ยนแปลงไปทำให้วิถีชีวิตของประชากรมีการเปลี่ยนแปลง คนรุ่นใหม่ทั้งหญิงและชายออกไปทำงานนอกบ้านมากขึ้น มีค่านิยมที่จะเป็นโสดมากขึ้น ต้องการที่จะเรียนให้สูงและสร้างฐานะให้มั่นคงก่อนแต่งงาน ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลทำให้สตรีมีแนวโน้มแต่งงานช้าและมีบุตรเมื่ออายุมากขึ้น (สุวรรณี โลนุช, 2554; วิจิตร เอกัคคตาจิต, 2559; ศุภวดี แถวเพีย และกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, 2560) ดังมีการศึกษาในประเทศอินเดียพบว่าสตรีแต่งงานช้าลงและมีบุตรเมื่ออายุมากขึ้น เนื่องจากสตรีอยู่ระหว่างการศึกษาและต้องการมีความมั่นคงทางอาชีพก่อนที่จะมีบุตร (Moses & Dalal, 2016) สอดคล้องกับข้อมูลในประเทศสหรัฐอเมริกาพบอัตราการคลอดในมารดาอายุระหว่าง 35-39 ปี เพิ่มจากร้อยละ 45.9 ในปี 2010 เป็นร้อยละ 52.7 ในปี ค.ศ. 2016 (National Vital Statistics Reports, Births: Final Data for 2016) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการตั้งครรภ์ในกลุ่มสตรีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยมีการรายงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2560 พบอัตราการตั้งครรภ์ในสตรีที่อายุมากกว่า 35 ปี เพิ่มขึ้นเป็น 29.6, 29.8, 30.6, และ 32.1 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาสะท้อนให้เห็นว่าปัจจุบันอุบัติการณ์สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

การตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปเป็นความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่มีผลกระทบทั้งต่อมารดาและทารกในครรภ์ ได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ เบาหวานขณะตั้งครรภ์ ภาวะรกเกาะต่ำ มีความเสี่ยงต่อความผิดปกติด้านพันธุกรรม ทารกคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่าเกณฑ์ รวมถึงอัตราการตายของมารดาเพิ่มขึ้น(ศุภวดี แถวเพีย และกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง, 2560) และพบอุบัติการณ์ของความผิดปกติของโครโมโซมในทารกแรกเกิดสูงขึ้น(Rehman et al., 2015) ตลอดจนมีการศึกษาวิจัยพบว่าการตั้งครรภ์ในสตรีที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ส่งผลกระทบต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตต่อสตรีที่ตั้งครรภ์ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนที่เพิ่มขึ้น จึงทำให้เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนต่อการตั้งครรภ์และการคลอด กังวล กลัวการสูญเสีย (Bayrampour et al., 2012) และถ้าหญิงตั้งครรภ์อายุ ตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์จะเกิดความรู้สึกลังเลใจ มีความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลทำให้ยอมรับการตั้งครรภ์ได้ยากขึ้น (May & Mahlmeister, 1994; อรพินธ์ เจริญผล, 2554)

จากการฝึกประสบการณ์ภาคสนามของผู้วิจัยทั้งในชุมชนและโรงพยาบาลภายใต้โครงการวิจัยในมิติเพศภาวะและความเป็นธรรมทางเพศของอาจารย์ที่รับผิดชอบโครงการ ผู้วิจัยได้ลงไปพูดคุยและทำความเข้าใจกับสตรีตั้งครรภ์หรือเคยมีประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป พร้อมครอบครัว จำนวน 13 คน โดยทุกคนรับรู้ว่าการตั้งครรภ์เมื่ออายุมากมีความเสี่ยงมากกว่าการตั้งครรภ์เมื่ออายุน้อย และมีสตรีตั้งครรภ์จำนวน 5 คน ที่รับรู้ว่าเสี่ยงแต่ก็ต้องการตั้งครรภ์เพราะเหตุผลส่วนใหญ่มาจากความต้องการของพ่อ

แม่ของตนเองและของสามีที่ต้องการมีทายาทสืบตระกูล และตัวของหญิงตั้งครรภ์มองว่าการตั้งครรภ์เป็นการแสดงออกที่บ่งบอกถึงการมีความรักของผู้หญิงที่มีต่อสามีและครอบครัว

เมื่อวิเคราะห์นโยบายและบริการสุขภาพในประเทศไทยพบว่ามีโครงการดำเนินงานที่ชัดเจนเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมาโดยต่อเนื่อง มีระบบการดูแลช่วยเหลือวัยรุ่นตั้งครรภ์ (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) มีการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระยะก่อนสมรส ก่อนมีบุตร ตั้งครรภ์ และหลังคลอด (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) เพื่อส่งเสริมการตั้งครรภ์ในหญิงอายุ 20-34 ปี แต่ในขณะเดียวกันพบว่าแนวทางการส่งเสริมหรือนโยบายเฉพาะกับกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไปนั้นยังไม่สอดรับกับแนวคิดด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ที่เน้นสภาวะที่มีความสมบูรณ์ แข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมทุกช่วงชีวิต (World Health Organization [WHO], 2017; สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีตั้งครรภ์ในอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป พบว่าการบริการมุ่งเน้นความสนใจในผลลัพธ์ (out comes) และลดผลกระทบจากภาวะแทรกซ้อนทางด้านร่างกายเป็นสำคัญ เป็นการเอาชนะความเจ็บป่วยและการตายจากการตั้งครรภ์ (สุชาดา ทวีสิทธิ์, 2547; พิษนุ อภิสมาจาร โยธิน, 2560) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าระบบบริการการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี เน้นระบบการดูแลผ่านมุมมองชีวภาพทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะไม่ได้ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป เนื่องจากรูปแบบการบริการที่อยู่บนฐานมุมมองชีวภาพทางการแพทย์ อาจจะไม่ครอบคลุมมุมมองของสตรีตั้งครรภ์ ดังนั้นองค์ความรู้ของทีมบุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นองค์ความรู้คนละชุดกับสตรีตั้งครรภ์ จึงอาจจะทำให้ระบบการดูแลของบุคลากรทางการแพทย์ไม่สอดคล้องกับความต้องการและมุมมองของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี

จากปรากฏการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเพื่อทำความเข้าใจมุมมองของสตรีตั้งครรภ์ในบริบทสังคมอีสาน เพื่อให้เข้าใจถึงการรับรู้ ทัศนคติ วิถีชีวิต และการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ซึ่งผู้วิจัยหวังว่าข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะช่วยสะท้อนให้เห็นปัจจัยต่างๆ ที่นำสู่การรับรู้เงื่อนไขการดูแลและปัจจัยที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองในบริบทของสตรีตั้งครรภ์กลุ่มนี้ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาออกแบบระบบการดูแลที่มีความเฉพาะสอดคล้องกับความต้องการและปัญหาของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการรับรู้ความหมายและการจัดการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุ 35 ปี ขึ้นไป

คำถามการวิจัย

การรับรู้ความหมายและการจัดการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไปเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การจะทำความเข้าใจปรากฏการณ์และเข้าถึงข้อมูลการรับรู้ความหมายและการจัดการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ในบริบทสังคมที่มีความซับซ้อนและแตกต่างกัน วิธีการแสวงหาความรู้ความจริงจึงต้องมีความหลากหลายในแต่ละกระบวนการ ผู้วิจัยจึงใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง (focused ethnography) เป็นวิธีการวิจัยเพื่อแสวงหาองค์ความรู้เกี่ยวกับการรับรู้ความหมายและการจัดการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป โดยผู้วิจัยใช้ฐานคิดและความเชื่อในการมองปรากฏการณ์ผ่านปรัชญายุคหลังสมัยใหม่ (Postmodernism) ทฤษฎีวิพากษ์สังคม (Critical Social Theory) ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์สัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ในการทำความเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวกับการรับรู้ถึงความหมายและการจัดการตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาเรื่อง การรับรู้และเงื่อนไขการดูแลสตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุ 35 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นการศึกษามุมมองของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี โดยใช้วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณนาแบบเจาะจง (focused ethnographic approach) ที่เน้นทำความเข้าใจเฉพาะประเด็น (Mose, 1994)

นิยามเชิงปฏิบัติการ

สตรีตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุ 35 ปี ขึ้นไป(Pregnant Women aged 35 Years and Over) หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ว่ามีการตั้งครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 - เมษายน พ.ศ. 2564 (นันทพร แสนศิริพันธ์และฉวี เบาทรง, 2555) รวมทั้งที่เป็นการตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สามารถสื่อสารบอกเล่าได้

การดูแล(Care) หมายถึง ปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ สนับสนุนบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการตอบสนองความต้องการของตนเองและปรับปรุงวิถีชีวิตหรือการเผชิญกับความเจ็บป่วย พิการและความตายได้อย่างเหมาะ สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาการรับรู้และเงื่อนไขการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาคือ พื้นที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ได้แก่ แผนกฝากครรภ์ เป็นจุดเริ่มต้นในการศึกษาและเป็นแหล่งนำพา (gate keeper) ผู้วิจัยไปสู่กลุ่มสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น มีการดำเนินงานด้านการดูแลให้บริการด้านสูตินรีเวชกรรม และสตรีตั้งครรภ์เสี่ยงสูงอย่างครบวงจรที่เป็นแม่ข่ายสุขภาพในเขตจังหวัดมหาสารคาม ร้อยเอ็ดและกาฬสินธุ์ และมีการเชื่อมโยงการให้บริการในเครือข่ายสุขภาพของระดับจังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยเลือกผู้ที่มีประสบการณ์ตรง เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key information) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลมีลักษณะหลากหลายประสบการณ์ ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ ความอิ่มตัวของข้อมูลเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาเชิงคุณภาพทั่วไปและการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการรับรู้ของสตรีตั้งครรภ์อายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป พบมีผู้ให้ข้อมูลหลักตั้งแต่ 15 รายขึ้นไป (Bayrampour, 2012) ที่ทำให้ข้อมูลมีความอิ่มตัว โดยมีคุณสมบัติถูกคัดเข้ามา(Inclusion Criteria)คือ สตรีที่ได้รับการพิจารณาจากแพทย์ว่ามีการตั้งครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 - เมษายน พ.ศ. 2564 มีการประกอบอาชีพหรือไม่ประกอบอาชีพก็ได้ รวมทั้งที่เป็นการตั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง รู้สึกตัวดี พูดคุยรู้เรื่อง สามารถสื่อสารบอกเล่าได้ และมีความยินดีเข้าร่วมวิจัย และกลุ่มที่ไม่ต้องถูกคัดเข้ามาในการศึกษา (Exclusion Criteria) คือสตรีตั้งครรภ์และมารับบริการฝากครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป ณ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นตั้งแต่เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 - เมษายน พ.ศ. 2564 ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงที่ไม่ได้สติ นอนติดเตียง โรคจิตหลังคลอด พิการด้านการได้ยิน การมองเห็น การพูด การเคลื่อนไหวร่างกาย และผู้พิการด้านสติปัญญา

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 28 เมษายน 2563 (เลขที่ HE632079) และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2563 (รหัสโครงการวิจัย KEMOU63010) การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ประกอบด้วยหลักความเคารพในบุคคล หลักสิทธิประโยชน์หรือไม่ก่ออันตราย และหลักความยุติธรรม ดังรายละเอียดดังนี้ ผู้วิจัยขออนุญาตจากสตรีตั้งครรภ์ก่อนทำการศึกษา ศึกษากับผู้ให้ข้อมูลหลักที่ยินดีให้ข้อมูล ให้อิสระในการตัดสินใจยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา ขออนุญาตก่อนการบันทึกเสียง ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้วางแผนแนวทางการดูและแนวทางการปกป้องกลุ่มตัวอย่างคือ 1) ผู้วิจัยจะมีการสังเกตปฏิกิริยาต่างๆ ของภาวะผิดปกติต่างๆทางร่างกายและอารมณ์ของอาสาสมัคร เช่น ปวดหน่วงท้อง ปวดศีรษะ มีคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น ผู้วิจัยจะประเมินภาวะผิดปกติต่างๆ ในเบื้องต้น และให้การดูแลรักษาเบื้องต้นตามอาการ เช่น นั่งหรือนอนพัก นับอัตราการหายใจ วัดความดันโลหิต นับอัตราการเต้นของชีพจร เป็นต้น หากอาการไม่ดีขึ้นให้รีบแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลที่แผนกฝากครรภ์และพบแพทย์ แล้วผู้วิจัยจะประสานและขอส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่รับผิดชอบในการดูแลอาสาสมัครรับบริการอยู่ได้ทราบข้อมูลและเฝ้าติดตามการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมต่อไป 2) ผู้วิจัยสังเกตปฏิกิริยาทางสีหน้า ท่าทางของอาสาสมัคร หากสังเกตเห็นว่าอาสาสมัครมีสีหน้านิ่วคิ้วขมวด ผุดลุกผุดนั่ง ไม่สบตา ก้มหน้า ไม่อยากพูด หรือไม่อยากตอบคำถามนั้นๆ มีท่าอึดอัด ผู้วิจัยจะไม่คาดคั้นให้ตอบคำถามและจะหยุดประเด็นนั้นๆทันที หรือสังเกตว่าอาสาสมัครต้องการยุติการสนทนาผู้วิจัยก็ยุติการสนทนาทันที 3) เปิดพื้นที่ให้อาสาสมัครได้

ระบายความรู้สึก ในกรณีที่อาสาสมัครมีความคับข้องใจและปัญหาต่างๆที่ทำให้ไม่สบายใจ ผู้วิจัยใช้ทักษะการฟังด้วยหัวใจหรือการฟังอย่างลึกซึ้ง ในขณะที่ฟังนั้นไม่ถาม ไม่พูดแทรก ไม่ตัดสิน ไม่ตรีตรา ไม่แนะนำ โดยปกติแล้วเมื่อบุคคลได้พูดได้ระบายเรื่องราวต่างๆ ออกมาจะรู้สึกโล่ง สบายใจขึ้น 4) แจ้งให้อาสาสมัครรับทราบว่ามีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเวลา โดยที่จะไม่ส่งผลกระทบใดๆต่อการดำรงชีวิตประจำวัน 5) ผู้วิจัยยืนยันว่าจะเก็บรักษาข้อมูลของอาสาสมัครไว้เป็นความลับไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะ เอกสารต่างๆจะไม่ระบุข้อมูลที่บ่งบอกความเป็นตัวตนของสตรีตั้งครรภ์จะใช้รหัสแทนการระบุชื่อและทำลายหลักฐานหลังจากการวิจัยเสร็จสิ้น

สำหรับการเข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกวิธีการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลโดยมีแนวทางในการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูลดังรายละเอียดต่อไปนี้คือ การขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อทำการศึกษาวิจัย โดยผู้วิจัยจะดำเนินการเสนอโครงร่างวิจัยเพื่อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย แนะนำตนเองและแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น รวมถึงเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์ โดยเลือกโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นในแผนกฝากครรภ์เป็นแหล่งนำพา (gate keeper) ผู้วิจัยไปสู่กลุ่มสตรีตั้งครรภ์ แล้วผู้วิจัยจะวางแผนการประสานงานกับเจ้าหน้าที่พยาบาลในแผนกฝากครรภ์ในการช่วยเหลือในการเข้าถึงกลุ่มอาสาสมัครกลุ่มนี้ โดยเข้าไปมีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการให้บริการตรวจครรภ์ การเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่แก่สตรีตั้งครรภ์ มีส่วนร่วมกับเจ้าหน้าที่สุขภาพในการให้การดูแลการพยาบาลผู้มารับบริการฝากครรภ์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจกับหญิงตั้งครรภ์และเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ แล้วผู้วิจัยจึงขออนุญาตประชาสัมพันธ์เข้าร่วมโครงการ ถ้ากลุ่มอาสาสมัครมีความสนใจที่จะเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจึงเข้าพูดคุยและทำการอธิบายเอกสารคำชี้แจงแก่อาสาสมัครจนเข้าใจทุกประการไม่มีข้อสงสัยใดๆ แล้วจึงให้อาสาสมัครแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยจึงนัดหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพตัวผู้วิจัยถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการวิจัยทุกขั้นตอน (researcher as instrument) นักวิจัยต้องมีการฝึกฝนเพื่อเตรียมพร้อมก่อนเข้าสนาม เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่ได้นั้นเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือและส่งผลต่อคุณภาพของงานวิจัย โดยผู้วิจัยได้ผ่านการศึกษาในรายวิชาระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและวิชาการฝึกปฏิบัติด้านการวิจัยในโครงการพัฒนารูปแบบงานส่งเสริมสุขภาพจิตที่มีมิติทางเพศภาวะและความเป็นธรรมทางเพศในชุมชุน และร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการเวทีคืนข้อมูลและสรุปผลการทำงาน โดยศูนย์วิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น ระยะเวลา 18 เดือน ในช่วงเดือนสิงหาคม 2561 – มกราคม 2563 รวมทั้งได้ศึกษาจากตำราและงานวิจัยที่ใช้ระเบียบวิจัยเชิง

คุณภาพเพิ่มเติม และแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้เป็นคำถามเริ่มต้นก่อนเจาะเข้าสู่ประเด็นที่สำคัญ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการตรวจสอบความถูกต้องและคุณภาพของข้อมูล ซึ่งงานวิจัยเชิงคุณภาพที่มีคุณภาพจะต้องมีความเข้มงวด(Rigor) รายละเอียดของข้อมูล (details) เป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ถูกต้อง (accuracy) และไว้ใจได้ (credibility) การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Lincoln and Guba (1985) ในการสร้างความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ให้กับการศึกษาวิจัย ได้แก่ นักวิจัยเป็นเครื่องมือของการวิจัยซึ่งได้ผ่านการฝึกอบรมการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพในโครงการวิจัยของอาจารย์ที่ปรึกษา ที่ต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลปะรวมทั้งทักษะของนักวิจัยในการสนทนา (Berg, 2009) ซึ่งผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญทำในการทำความเข้าใจในข้อมูลที่เป็นมุมมองของเจ้าของประสบการณ์ (emic view) ลักษณะของการสัมภาษณ์เป็นการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ที่มีการตั้งแนวคำถามเบื้องต้น เพื่อการพูดคุยให้ได้ข้อมูลที่สำคัญหรือข้อค้นพบในประเด็นที่ศึกษา และการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างคำถาม ที่เป็นเพียงการระบุประเด็นหัวข้อที่จะสัมภาษณ์ในหัวข้อใหญ่ ๆเพื่อสอบถามความรู้สึก มุมมอง หรือประสบการณ์ ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความสำคัญเช่นกันเพราะเป็นข้อมูลที่มาจากความคิดของผู้ให้ข้อมูลหลัก (ชาย โพธิสิตา, 2564 Streubert & Carpenter, 2007) ใช้การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (triangulation) ได้แก่ ด้านข้อมูล โดยมีแหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน ด้านวิธีรวบรวมข้อมูล ด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การสังเกตและบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์กับอาจารย์ที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญด้านระเบียนวิธีวิจัยและด้านเนื้อหาตลอดกระบวนการ และมีการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลไปตรวจสอบซ้ำกับผู้ให้ข้อมูลรายบุคคล จำนวน 17 คน

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การขออนุญาตเข้าพื้นที่เพื่อทำการศึกษาวิจัย เมื่อได้รับการผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยจึงดำเนินการทำหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เพื่อขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย แนะนำตนเองและแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น รวมถึงเจ้าหน้าที่แผนกฝากครรภ์

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายชนิด ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ การบันทึกภาคสนาม การสังเกตแบบมีส่วนรวม การศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลา 60-90 นาที ซึ่งแต่ละคนถูกสัมภาษณ์ 1-3 ครั้ง จนกว่าจะมีความอิ่มตัวของข้อมูล หลังทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้ง ผู้วิจัยได้จดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ เพื่อนำข้อมูลมาสะท้อนคิดทำความเข้าใจกับเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างละเอียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) (ศิริพร จิรวัฒน์กุล, 2558; ชาย โพธิสิตา, 2564; Streubert & Carpenter, 1999) โดยการอ่านทำความเข้าใจกับข้อมูล อ่านซ้ำไปซ้ำมา เพื่อให้เข้าใจในข้อมูลอย่างลึกซึ้งก่อนที่จะทำการวิเคราะห์และให้รหัสข้อมูล จำแนกประเภทของข้อมูลตามประเด็นที่ศึกษา กำหนดความหมายของประเด็นที่ศึกษา จัดกลุ่มของความหมายที่เหมือนกันยกขึ้นมาเป็นประเด็นหลัก แล้วให้ชื่อเป็นข้อสรุป ตรวจสอบข้อมูลที่วิเคราะห์กับผู้ให้ข้อมูลและผู้เชี่ยวชาญ ดังตัวอย่างตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *แสดงตัวอย่างการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)*

ID	ข้อมูล	ประเภทข้อมูล
A052563 (22/7/2563)	"…คิดหลายอย่างอยู่ค่ะ ทั้งอายุหลายแล้วกะกังวลว่าเพื่อลูกเฮาออกมามันบ่แข็งแรงอีกเฮาสิเป็นจั่งได๋กะคือปรึกษากับหมอคักๆ ละค่ะ คือปรึกษาทุกอย่างเพื่อที่ให้ลูกเฮาแข็งแรง หมอกะแนะนำว่าหมอกะบ่รับรองถ้าสมมุติว่าไปแก้หมันแล้วลูกเป็นจั่งซั่นจั่งซี้กะคือว่าถ้าคุณแม่เฮ็ดแล้วกะคือแล้วแต่แม่ให้แม่ตัดสินใจแม่กะเลยตัดสินใจเอา ตอนแรกถ้าลูกคนโตบ่เสียแม่กะบ่อยากได้ อันนี้กะคือในใจแม่เนาะเพราะว่าผู้หนึ่งเสียแล้วผู้หนึ่งกะพิการอีกแล้วชีวิตบั้นปลายผู้ได๋สิเบิ่งน้องจั่งซี้แมะค่ะกะเลยตัดสินใจเอา…"	-รับรู้ความหมายของการตั้งครรภ์เมื่อมีอายุตั้งแต่ **35** ปี ขึ้นไป - รับรู้ว่าเสี่ยงแต่ก็ต้องการตั้งครรภ์เพราะเหตุผลต่างๆ
A042563 (21/7/2563)	**"…**กะคิดว่ามันกะสิมีอุปสรรคอยู่ละแต่ว่าเฮากะอยากได้เนาะจ้า กะเลยว่าอย่างน้อย ๆ กะจักผู้หนึ่งแนจั่งสิ เพราะยามเฒ่ามากะพอได้มีคนเบิ่งเฮาแน่**…"**	- ปัจจัยและเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ -รับรู้ความหมายคือต้องการมีบุตรมาดูแลตนเองเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าเป็นสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี จำนวน 17 คน อายุ 35-39 ปี จำนวน 6 คน อายุ 40-45 ปี จำนวน 11 คน ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว การศึกษาส่วนใหญ่ระดับปริญญาตรี อาชีพส่วนใหญ่คือเกษตรกรรม อาศัยอยู่ในเขตเมือง นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ที่มีการวางแผน รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล (สตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 17 คน)*

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน
อายุ		ศาสนา	
35-39 ปี	6	พุทธ	16
40-45 ปี	11	คริสต์	1
ลำดับการตั้งครรภ์		สถานภาพสมรส	
ครรภ์แรก	4	สมรส (อยู่ด้วยกัน)	13
ครรภ์หลัง	13	สมรส (แยกกันอยู่)	2
		อยู่ด้วยกันแต่ไม่จดทะเบียน	2
จำนวนครั้งของการมีสามี		ประวัติโรคประจำตัว	
สามีคนแรก	14	ปฏิเสธโรคประจำตัว	9
สามีคนที่สอง	3	พบโรคประจำตัวขณะตั้งครรภ์ (GDM, PIH)	4
		มีโรคประจำตัว (HT, DM, Anemia)	4
การศึกษา		สถานะของการตั้งครรภ์	
ประถมศึกษา	3	ฝากครรภ์ (ANC)	5
ม.ต้น	3	ห้องคลอด (LR)	1
ม.ปลาย	3	หลังคลอด (PP)	11
ปริญญาตรี	8		
ภูมิลำเนา		อาชีพ	
ในเขตเมืองขอนแก่น	9	เกษตรกรรม	11
นอกเขตเมืองขอนแก่น	7	พนักงานบริษัท/โรงงาน	6
นอกเขตจังหวัดขอนแก่น	1		
สิทธิการรักษา		การวางการมีบุตร (10 คน)	
บัตรทอง	11	วางแผนร่วมกับสามี	8
ประกันสังคม	6	ความต้องการของสามีใหม่	2
		ไม่ได้วางแผนมีบุตร (7 คน)	
		คุมกำเนิดแต่พลาด	5
		ไม่ได้คุมกำเนิด (คิดว่าอายุมากคงไม่ท้อง)	2

โดยมีผลการวิจัยพบ 3 ประเด็นที่สำคัญ คือ 1) การรับรู้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 2) การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป 3) ปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป รายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต่างให้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป ไว้ 4 ความหมาย คือ "โสเสี่ยง" "ลูกหลง" "ความสมบูรณ์ของครอบครัว" และ "ความยุ่งยากใจหลายอย่าง" รายละเอียดดังนี้

1.1 โสเสี่ยง ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 คน ต่างให้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไปว่า "โสเสี่ยง" รับรู้ว่าการตั้งครรภ์เมื่ออายุมากมีความเสี่ยง มีภาวะแทรกซ้อน รับรู้ว่าเสี่ยงแต่ก็ต้องการตั้งครรภ์เพราะเหตุผลคือต้องการมีบุตร ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"...คิดหลายอย่างอยู่ค่ะ ทั้งอายุหลายแล้วกะกังวลว่าเพื่อลูกเฮาออกมามันบ่แข็งแรงอีกเฮาสิเป็นจั่งได๋กะคือปรึกษากับหมอคักๆตอนแรกถ้าลูกคนโตบ่เสียแม่กะบ่อยากได้ อันนี้กะคือในใจแม่เนาะเพราะว่าผู้หนึ่งเสียแล้วผู้หนึ่งกะพิการอีกแล้วชีวิตบั้นปลายผู้ได๋สิเบิ่งน้องจั่งซี้แมะค่ะกะเลยตัดสินใจเอา..."……..IDA052563, 22 กรกฎาคม 2563

"...อยากได้ผู้เดียวละแต่มันมาแล้วสิเฮ็ดจั่งได๋ มันมาแล้วกะเลี้ยงมันแล่ว ออกมาจั่งได๋กะสิได้เลี้ยงเขาอยู่แมะ ออกมาครบบ่ครบสมบูรณ์บ่สมบูรณ์กะเลี้ยง ..." IDF012563, กรกฎาคม *2563*

"... กะคิดว่ามันออกมามันสิบ่เต็ม เพราะเฮาอายุหลายแล้ว ออกมาย่านมันเป็นปัญญาอ่อน ผู้นั่นกะว่าผู้นี้กะว่า แต่คนอายุ 50 ปี กว่าเฮาเขากะยังท้องอยู่ เฮาท้องแล้วมันเป็นจั่งได๋ออกมาจั่งได๋ เฮากะต้องเลี้ยงออกมาปัญญาอ่อนหรือเป็นอีหยังหมอให้เอาออกกะสิบ่เอาออก กะคือว่าออกมากะต้องเลี้ยงเขาเพราะว่าเฮาท้องแล้ว..." IDA012563, 9 กรกฎาคม 2563

1.2 ลูกหลง ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 7 คน ต่างให้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไปว่า "ลูกหลง" ในกรณีที่ไม่ได้วางแผนไว้ล่วงหน้า ซึ่งมีสาเหตุอยู่ 2 อย่างคือการคุมกำเนิดผิดพลาด และไม่ได้คุมกำเนิดเลยเพราะคิดว่าตัวเองอายุมากแล้วจึงไม่คุมกำเนิด ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"...อันนี้ตั้งครรภ์เอง มาเองค่ะติดเอง พอเรายังคุมกำเนิดอยู่เดือนกุมภาพันธ์ พูดง่าย ๆ ว่าเราคุมกำเนิดอยู่ แบบฉีดค่ะ เราไม่ได้ตั้งใจจะมีลูกเลย อยู่ดีๆ ก็มี..."……IDA062563, 23 กรกฎาคม 2563

"...อายุเยอะแล้ว แต่ทีแรก ถ้ารู้แต่ทีแรก ว่าจะไม่เอาน้องไว้นะ เพราะว่าอายุเยอะแล้ว แต่ทีนี้ไม่รู้ว่ามีน้อง จนน้องอายุครรภ์ได้ 4 เดือนถึงรู้ว่ามีน้อง เพราะว่ากินยาคุมตลอด กินยาตลอดแล้วก็เมนก็มาตามปกตินะคุณหมอ เมนมาขาดตอนน้องได้ 4 เดือนค่ะ..." IDA082563, 30 กรกฎาคม 2563

1.3 ความสมบูรณ์ของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 5 คน ต่างให้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไปว่า "ความสมบูรณ์ของครอบครัว" เป็นการเติมเต็มความสมบูรณ์ในครอบครัว อธิบายว่าการตั้งครรภ์ครั้งนี้ทำให้พวกเขามีความสุข รู้สึกภาคภูมิใจในตัวเองที่สามรถมีบุตรได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"...กะธรรมดา อายุกะบ่ทันได้หลายเกินนี้ แฟนกะดีใจ แฟนกะว่ากะบอกว่ามีให้แล้วสะเขาอยากได้กะต้องมีให้เขาเพราะเฮากะบ่คิดว่ามันสิมีตอนนี้ เพราะเฮากะปล่อยมาตลอด สิ่งที่เฮาดีใจคือเฮามีลูกให้แฟนได้แล้ว..."……IDA022563, 13 กรกฎาคม 2563

"...ตอนแรกไม่กล้าบอกสามีและญาติๆว่าท้องค่ะเพราะอายุเยอะแล้ว แต่พอบอกทุกคนแล้วมีแต่คนยินดีด้วย มีแต่คนบอกว่าดีแล้ว ดีแล้วมีน้องก็ว่าอย่างนี้ก็เห็นว่ามีลูกคนเดียวเขาก็อยากให้มีลูกคนที่ 2 คนอื่นมีแต่มีคนยินดีด้วยค่ะ เราก็รู้สึกดีใจที่ทุกคนในครอบครัวดีใจกับการตั้งท้องครั้งนี้..." IDA092563, 23 กรกฎาคม 2563

1.4 ความยุ่งยากใจหลายอย่าง ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 คน ต่างให้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไปว่า "ความยุ่งยากใจหลายอย่าง" ทำให้ตัวหญิงตั้งครรภ์มีความวิตกกังวลในเรื่องต่างๆ เช่น กลัวการเลี้ยงดูบุตรเวลาตอนอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป จะเลี้ยงไม่ไหว ภาวะเศรษฐกิจในครอบครัวต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในครอบครัวมากขึ้นเป็นต้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"...พอตัวเองท้องรู้สึกว่าเจ้าของเปลี่ยนจากเก่า คล้ายๆจิตตก พวกอิหยัง ฮ้องไห้ อีหยังจั่งสิจากคนแบบเคยแบบอารมณ์ดีกลายเป็นนอยเป็นคิดมาก แค่คำบางคำกะไห้ช่วงแรกๆ...."....IDA102563, 23 ตุลาคม 2563

"... พอตัวเองอายุเยอะแล้วไม่รู้จะเลี้ยงไหวไหม แล้วก็คนเลี้ยงช่วยมันหาอยาก พ่อเพิ่นก็ต้องออกไปทำงาน..." IDA162564, 28 มกราคม 2564

2. การดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป

การจัดการดูแลสุขภาพตนเองในสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ผู้ให้ข้อมูลต่างรับรู้ว่าภาวะเสี่ยงเป็นเรื่องปกติ จึงนำไปสู่การจัดการดูแลตนเองเพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองขณะตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอดพบ 5 วิธีการ ได้แก่ 2.1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2.2) การออกกำลังกายที่เหมาะสม 2.3) การผ่อนคลายด้านจิตใจ 2.4) สืบค้นข้อมูลทางสื่อออนไลน์ และ 2.5) แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหญิงตั้งครรภ์ผ่านสื่อออนไลน์ รายละเอียดดังนี้

2.1 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับตนเอง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต่างให้ข้อมูลถึงการดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์คือเรื่องปรับพฤติกรรมการกิน กินอาหารที่มีประโยชน์ต่อลูกในครรภ์ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"...กะพยายามใส่ใจกับท้องนี้หลายขึ้นมากกว่า 2 ท้องแรกท้องแรกอายุกะบ่ได้หลายแบบนี้ ใส่ใจกะคือดูแลอาหารการกิน พบคุณหมอกะเฮ็ดหยังกะระมัดระวังหลายขึ้น ..."..... A072563, 23 กรกฎาคม 2563

"... แต่กี้กินเหล้าสูบยา พอเฮาตั้งท้องเฮากะเลิกทุกอย่างย่านมันเป็นอันตรายกับลูกเคยเฮ็ดงานหนักช่วงท้องใหญ่ๆ กะเซาเฮ็ด กะลาออกจากงาน กะเพื่อลูก 2 คน กะคนนี้..."IDA012563, 9 กรกฎาคม 2563

2.2 การออกกำลังกายที่เหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต่างให้ข้อมูลถึงการดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ คือ การออกกำลังกายให้เหมาะสม ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"...กะให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ส่วนการดูแลเจ้าของอย่างอื่นการกินการหยังกะธรรมดาๆ กะเป็นคนมักออกกำลังกายอยู่แล้วแต่ว่า พอมีลูกหลายคนกะคิดว่าการออกกำลังกายจะช่วยให้ตัวเฮา เหมือนกับว่าใช้งานมาหลายแล้วกะควรสิดูแลบ้าง ตอนท้องกะยืดเส้นยืดสายนิดๆ หน่อยๆ

แต่หลังคลอดกะให้ความสำคัญกับการออกกำลังกายเป็นประจำสม่ำเสมอ…".....รหัสA032563, 17 กรกฎาคม 2563

"…เปิดเพลงยามกลางวันจะฟังเพื่อชีวิตเอาแบบให้ได้ยินแต่เสียงเพลงยามกลางคืนเปิดเพลงเด็กน้อยฟังกะยกแขนยกขาเหยียดเพื่อได้ออกกำลังกายจักหน่อยละจร้า…"รหัสA102563, 23 ตุลาคม 2563

2.3 การผ่อนคลายด้านจิตใจ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต่างให้ข้อมูลถึงการดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ คือ การผ่อนคลายจิตใจด้วยการฟังเพลง ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"…เปิดเพลงยามกลางวันจะฟังเพื่อชีวิตเอาแบบให้ได้ยินแต่เสียงเพลงยามกลางคืนเปิดเพลงเด็กน้อยฟัง" .....A102563, 23 ตุลาคม 2563

2.4 สืบค้นข้อมูลทางสื่อออนไลน์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต่างให้ข้อมูลถึงการดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ คือ การค้นหาข้อมูลทางสื่อออนไลน์ เช่น การทานอาหารอะไรที่จะมีประโยชน์ต่อลูก การออกกำลังกายแบบไหนที่จะเหมาะสมกับสตรีตั้งครรภ์ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"…ประมาณว่าก็เริ่มความที่อาจจะเป็นเพราะว่าโซลเซียวเน็ตอะไรแบบนี้มันเยอะเราก็แบบมีเวลาว่างมากขึ้นเราต้องดูว่าอันไหนทานได้อันไหนทานไม่ได้".....A172564, 28 มกราคม 2564

"….ก็ไป search ดูหลายๆที่ใน YouTube ในอะไรก็ดูหลายๆอย่างเกี่ยวกับคนท้องหรือท้องตอนอายุมากๆ ค่ะ…" F032563, พฤศจิกายน2563

2.5 แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสตรีตั้งครรภ์ผ่านสื่อออนไลน์ ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต่างให้ข้อมูลถึงการดูแลตนเองเมื่อตั้งครรภ์ คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์กับหญิงตั้งครรภ์เช่นกันผ่านสื่อออนไลน์เกี่ยวกับข้อมูลการดูแลตนเอง การทานอาหาร เป็นต้น ดังตัวอย่างคำบอกเล่า

"…แม่ก็พยายามหาดูใน Google ก็มีแม่ก็เข้ากลุ่มคนท้องคุยกันด้วยค่ะก็มีอะไรเขาก็คุยกันปรึกษากันในกลุ่มค่ะ แชร์ประสบการณ์".....A122564, 4 กุมภาพันธ์ 2564

"…ทุกมื้อนี้มันก็มีพวกยาพวกอาหารเสริมพวกหยังบ่คือสมัยก่อนนะครับเขามาแล้วก็มีข้อมูลแหล่งที่ให้ความรู้ว่าเฮาศึกษาได๋แน่ จากเน็ตจากหยังนะคะ ถ้าอายุหลายแล้วเฮ็ดจั่งได๋แน่ เฮ็ดโตจั่งได๋ พวกอาหารเสริมพวกความรู้ในแหล่งความรู้ความสามารถไปศึกษาได้จากทางข้อมูลในอินเตอร์เน็ตทักถามแน่มีคนถามมากะตอบเพิ่นไปแน่จร้า…" F072564, พ.ย. 2564

3. ปัญหาและความต้องการของสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป มาจากการรับรู้ภาวะสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ซึ่งเป็นปัญหาและความต้องการตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอดของแต่ละบุคคล ซึ่งมีทั้งความคล้ายคลึงกันและแตกต่างกันออกไป สามารถสรุปได้ดังนี้

3.1 ทางด้านร่างกาย ปัญหาของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป และครอบครัว ได้แก่ มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์มากกว่าการตั้งครรภ์ที่ผ่านมา มีภาวะไม่สุขสบายขณะตั้งครรภ์มากขึ้นกว่าการตั้งครรภ์ที่ผ่าน เช่น ตรวจพบเบาหวานขณะตั้งครรภ์

"กะฝากท้องอยู่ รพ.แวงน้อยบาดนี้มาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพิลกะเลยส่งมาพี้ กังวลย่านได้กินยา ย่านเป็นอันตรายกับเด็กน้อย รพ.แวงน้อยเพิลเลยส่งมา รพ.ขอนแก่น" (IDA012563, กรกฎาคม 2563)

"ตอนแรกแม่กะบ่รู้ดอกว่าให้คุมอาหารนี้คือต้องคุมอันได๋แน่แป้งมันกะมีหลายอย่างบ่แม่นเฉพาะแต่ข้าวแม่กะบ่ได้มีความรู้มากมายเนาะการศึกษากะส่ำนี้แม่กะศึกษาอันนั้นแน่อันนี้แน่หมอกะบอกแน่แต่ว่าพอมาฟังมื้อนี่แล้วกะดีขึ้นหลาย เฮาเบิ่งในสมุดสีชมพูแมะค่ะ อันนั้นกะมีส่วนอยู่เขากะบอกอยู่ในสมุดสีชมพูเขากะมีบอกแต่ว่ามันบ่ค่อยชัดเจนปานได๋เท่าที่นักโภชนาการเพิลมาบอก" (IDA052563, กรกฎาคม 2563)

3.2 ทางด้านจิตใจ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป เป็นครอบครัวลักษณะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ลักษณะความสัมพันธ์ในชุมชนแบบชนบทผสมระหว่างหมู่บ้านเล็กๆกับชานเมืองใหญ่ ส่วนใหญ่ปัญหาทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ จึงขึ้นกับ บริบทสิ่งแวดล้อม ครอบครัว เพื่อนบ้าน วัฒนธรรมความเชื่อ เศรษฐกิจในครอบครัว และประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่ผ่านมาร่วมด้วย สตรีตั้งครรภ์จะมีความวิตกกังวลในเรื่องสุขภาพของทารกมากกว่าสุขภาพตนเอง เช่น โรคต่างๆที่เป็นภาวะแทรกซ้อนกับทารกในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์มีความต้องการให้เจ้าหน้าที่ทีมบุคลากรทางสุขภาพมีความเข้าใจในเรื่องการรับฟังเรื่องราวของผู้มารับบริการ

"กะฝากอยู่ รพ.แวงน้อยบาดนี้มาเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เพิลกะเลยส่งมาพี้ กังวลย่านได้กินยา ย่านเป็นอันตรายกับเด็กน้อย รพ.แวงน้อยเพิลเลยส่งมา รพ.ขอนแก่น" (IDA012563, กรกฎาคม 2563)

"ย่านเฮากะอายุหลายแมะจ้า คิดแต่จะเสี่ยงจะเป็นโรคเบาหวาน ทารัสซีเมีย ดาวน์ซินโดม ลูกเกิดมาปัญญาอ่อน บ่สมบูรณ์นี้ละ" (IDA052563, กรกฎาคม 2563)

"ต้องการให้รับฟังเพื่อที่จะแก้ปัญหา กับปัญหาที่เฮามีอยู่ บางทีคุณหมอบ่จำเป็นต้องจ่ายยา คนไข้กะหลายช่วงนี้ แค่รับฟังคนไข้กะพอ บางอย่างกะคือบ่ต้องรักษาด้วยยาแค่อธิบายให้เขารู้สึกสบายใจกะพอ เขากะสิปฏิบัติตัวเขาเอง เพิลกะยังบ่เข้าใจคนไข้ท่อได๋ การฟังผู้ป่วยยังน้อยอยู่" (IDA032563, กรกฎาคม 2563)

"อยากได้เวลาที่เราไม่สบายใจเรื่องอะไรก็จะถามก็พยาบาลกับหมอก็มีความรู้ก็ช่วยแนะนำก็เป็นช่องทางหนึ่งที่ว่าทำให้เราเลี้ยงลูกได้ดีขึ้นดีกว่าเราลองผิดๆถูกๆถามผู้รู้ดีกว่า" (IDA122564, กุมภาพันธ์ 2564)

จากที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป มีความวิตกกังวลว่าสุขภาพร่างกายจะไม่แข็งแรงที่จะสามารถเลี้ยงดูบุตรได้จนโต

"คิดนำแต่ว่ากว่าลูกจะโตเนาะ แม่ก็แก่แล้วอาจจะตายก่อนลูกที่ลูกจะมาหาเลี้ยงดูด้วยซ้ำ"

(IDA112563, พฤศจิกายน 2563)

3.3 ทางด้านสังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป และครอบครัวเป็นครอบครัวลักษณะชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท ลักษณะความสัมพันธ์ในชุมชนแบบชนบทผสมระหว่างหมู่บ้านเล็กๆ กับชานเมืองใหญ่ ส่วนใหญ่ปัญหาทางสังคมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ จึงขึ้นกับบริบทสิ่งแวดล้อม ครอบครัว เพื่อนบ้าน วัฒนธรรมความเชื่อ เศรษฐกิจในครอบครัว และประสบการณ์การตั้งครรภ์ที่ผ่านมาร่วมด้วย ได้แก่ อยากให้ครอบครัวหรือเพื่อนบ้านมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และเวลาไปรับบริการที่โรงพยาบาลอยากได้การรับบริการที่สะดวกรวดเร็วและเป็นการส่วนตัว ให้การบริการแบบเท่าเทียมกัน ต้องการให้เจ้าหน้าที่ทีมบุคลากรทางสุขภาพมีความเข้าใจในบริบทของผู้มารับบริการ

“กังวลแค่คำเว่าของคนอื่น คนรอบข้าง คนรอบบ้านเนาะส่วนมากสิเป็นไทบ้านคนข้างบ้านเว่า กะเลยคิดว่าเว่ากะส่าง ขั่นมันสิเป็นอีหยังมันกะเป็น เฮาเฮ็ดบุญมาส่ำนี้ อันได๋บ่ดีเฮากะบ่แตะบ่ต้อง”

(IDA012563, กรกฎาคม 2563)

“คนท้องมีสังคมคอยดูแลกันบ่ว่าสิเป็นญาติพี่น้องหรือคนในสังคมเดียวกัน เข้าใจกันแล้วกะดูแลกัน เพราะคนทุกมื้อนี้มันต่างคนต่างอยู่ กะอยากให้คนในสังคมได้ช่วยดูแลกัน” (IDA032563, กรกฎาคม 2563)

“เป็นการดูแลแบบคนเข้าใจกันหลายกว่า เพราะว่าคนที่เฮ็ดงานอยู่นั่นส่วนมากจะเป็นคนที่อายุหลายแล้ว มีประสบการณ์ในการทำงานแล้วเวลาเฮาไปกะสะดวกกว่าในเรื่องของเวลาสะดวกรวดเร็วกว่า 2 กะคือผู้ตรวจเขากะเป็นแพทย์โดยตรง แต่ถ้ามาโรงบาลศูนย์มีแต่นักศึกษามาซักประวัติแน่อันนั้นอันนี้แน่ส่วนหลายกะเสียเวลาเบิดมื้อ คือเวลาเฮาไปหาหมอเฮากะต้องการพ้อหมอแม่นบ่ บ่ต้องการมาเป็นเคสกรณีศึกษาส่วนหลายสิเป็นกรณีศึกษา แต่ถ้าไปประชาสโมสรมันกะจะสะดวกกว่าหลายอย่างแล้วการคุยบ่ว่าจะเป็นลักษณะของการให้คำปรึกษาก็เข้าถึงกว่า” (IDA072563, กรกฎาคม 2563)

“เราก็อยากเป็นตามธรรมชาติตามส่วนตัวของเรานี่แหละอะไรอย่างนี้ค่ะแต่ก็ยังมีญาติพี่น้องอยู่ แล้วก็มีเพื่อนคอยให้คำแนะนำอยู่ก็คือไม่จำเป็นต้องเอาหน่วยงานอะไรเข้ามาดูแลเลยเหรอเราไม่ชอบให้คนนอกมาวุ่นวาย” (IDA112563, พฤศจิกายน 2563)

ปัญหาด้านการเดินทางที่ต้องมารับการรักษาในโรงพยาบาลในตัวจังหวัด หรือครอบครัวของสตรีตั้งครรภ์จะมีข้อจำกัดในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลขอนแก่น

“ถ้าว่าอยู่พุ่นมันกะสะดวกสบายบ่ไกล อยู่นี่มันกะไกลแต่ว่าฉีดวัคซีนให้ลูกเฮากะฉีดอยู่ใกล้บ้านเฮาได้สะดวกสบาย ถ้ามานี้ในจังหวัดกะทั้งค่าเหมารถ ทั้งค่านั่นค่านี่” (IDA012563, กรกฎาคม 2563)

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถสรุปข้อค้นพบเกี่ยวกับการให้ความหมายของการตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป สรุปดังนี้ “โสเสี่ยง” “ลูกหลง” “ความสมบูรณ์ของครอบครัว” “ยุ่งยากใจหลายอย่าง” สะท้อนได้ว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไปในจังหวัดที่ศึกษา มีลักษณะการทำงานทั้งภายนอกบ้านและภายใน

บ้าน มีการประกอบอาชีพหลักที่เป็นงานประจำ เช่น พนักงานบริษัท โรงงานในตัวเมืองใหญ่ ค้าขาย หรือบางส่วนก็มีอาชีพเกษตรกรรมเป็นหลักทำไร่ ทำนา ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวที่อยู่ร่วมกันเฉพาะสามีภรรยาและบุตร มีบางครอบครัวเป็นครอบครัวขยายที่มี ปู่ย่า ตายาย อยู่ร่วมด้วย ดังนั้นลักษณะการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป จึงเป็นการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ มีการจัดการตนเองและครอบครัวเพื่อให้การตั้งครรภ์มีความปลอดภัยทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ส่วนปัญหาและความต้องการดูแลช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าปัญหาและความต้องการการดูแลช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ในมุมมองของสตรีตั้งครรภ์ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในครั้งนี้ ซึ่งเป็นปัญหาและความต้องการตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยด้วยการสังเคราะห์งานวิจัย 6 เรื่อง ที่ศึกษาประสบการณ์ของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการตั้งครรภ์ คือความเสี่ยง ทั้งเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะครรภ์เป็นพิษ การแท้งบุตร ความดันโลหิตสูงที่เกิดจากการตั้งครรภ์ การผ่าตัดคลอด การตายปริกำเนิด และการเสียชีวิตของทารกในครรภ์ ซึ่งเป็นข้อมูลการรับรู้ความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ต่างให้ข้อมูล ทำให้สตรีกลุ่มนี้มีความเครียด ความกลัว และวิตกกังวล(Lampinen et al., 2009) และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ต่างให้ข้อมูลถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ที่อายุมากขึ้น จึงเกิดความเครียด ความกลัว และวิตกกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ (Lampinen et al., 2009; Robb et al., 2005) จึงทำให้สตรีกลุ่มนี้ต้องการที่จะได้รับกำลังใจ การสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการให้การปรึกษาทั้งจากเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพและคนใกล้ชิดในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาเชิงคุณภาพที่พบว่ากลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเบาหวานรายงานความต้องการการได้รับการสนับสนุนด้านการดูแลจากทีมเจ้าหน้าที่สุขภาพและผู้ใกล้ชิด คือ การดูแลด้านสุขภาพจิต (Sushko et al., 2023; Dai et al., 2022)

สำหรับวิธีการดูแลตนเองสตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปี ขึ้นไป ต่างให้ข้อมูลถึงวิธีการดูแลตนเอง 5 วิธีการ ได้แก่ 1) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 2) การออกกำลังกายที่เหมาะสม 3) การผ่อนคลายด้านจิตใจ 4) สืบค้นข้อมูลทางสื่อออนไลน์ และ 5) แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับหญิงตั้งครรภ์ผ่านสื่อออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินโดนีเซียที่ศึกษาในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์พบว่ารูปแบบการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ คือ การดูแลเรื่องของอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และการดูแลด้านจิตใจ (Nurhasanah et al., 2022) ส่วนการสืบค้นข้อมูลทางสื่อออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาด้วยการสังเคราะห์งานวิจัยพบว่า สตรีกลุ่มนี้จะรับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะตามมามากขึ้นจากการตั้งครรภ์ที่อายุมาก จึงพยายามแสดงหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองจากแหล่งต่างๆ ทั้งข้อมูลการรับประทานอาหาร ข้อมูลการออกกำลังกาย (Carolan, 2007; Lampinen et al., 2009) สตรีตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษานี้ได้ข้อค้นพบเรื่องการให้คำนิยามของคำว่าการตั้งครรภ์อายุ 35 ปีขึ้นไป (Advanced maternal age; AMA) มีประเด็นที่หลากหลาย แต่ทั้งนี้การให้นิยามมักมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ ความเชื่อ สังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมของผู้ให้ข้อมูล ซึ่งพบประเด็นที่น่าสนใจหลายประการ จากการศึกษานี้รายงานว่าการตั้งครรภ์ของพวกเขาเป็นการช่วยเติมเต็มบทบาทความเป็นแม่ให้กับพวกเขา เพราะคิดว่าตัวเองอายุมากแล้วคงไม่สามารถมีบุตรให้กับสามีได้ เมื่อมีแล้วจึงรู้สึกดีใจและภาคภูมิใจ และสอดคล้องกับสามีที่มีความรู้สึกภาคภูมิใจในการตั้งครรภ์ของภรรยา ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่พบว่า ความเป็นแม่เป็นศูนย์กลางของความคาดหวังทางเพศร่วมสมัยสำหรับสตรี (Ridgeway & Correll, 2004) ความคาดหวังทางวัฒนธรรมในการคลอดบุตรและเลี้ยงดูบุตรนั้นเป็นเหมือนบรรทัดฐานทางสังคมต่อบทบาทของผู้หญิง (Ulrich & Weatherall, 2000) อย่างไรก็ตาม สตรีมีบรรทัดฐานทางสังคมนี้สร้างแรงกดดันในบทบาทของสตรีในสังคมยุคใหม่ระหว่างความเป็นแม่และความสำเร็จในหน้าที่การทำงาน จากการศึกษานี้ รายงานว่าสตรีบางส่วนคิดว่าการตั้งครรภ์ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป เป็นช่วงเวลาที่เหมาะ เนื่องจากเป็นช่วงเวลาที่มีความพร้อมทางด้านการทำงาน การตั้งครรภ์เมื่อมีอายุมากเป็นสถานการณ์ที่สามารถพบเจอได้ปกติในสภาพสังคมปัจจุบัน เนื่องจากสตรีมีการศึกษาที่สูงขึ้นและมีเป้าหมายในการทำงาน การวางแผนในการมีบุตรจึงเป็นเมื่อพร้อมจึงเป็นช่วงเวลาที่เหมาะสมมมากกว่าการมองที่เพียงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่กล่าวว่าการตั้งครรภ์เป็นอุปสรรคในการการทำงาน ทั้งการขาดรายได้ส่งผลให้เกิดความยากลำบากในเรื่องการเงินสำหรับสตรี (Cooke et al., 2012) นอกจากนี้การศึกษาก่อนหน้านี้ยังแสดงให้เห็นว่าสตรีได้รับแรงกดดันจากสังคม ที่ตัดสินว่าพวกเขาแก่เกินไปที่จะตั้งครรภ์ทั้งจากครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์และสื่ออินเตอร์ (Lavender et al., 2015) มีความตึงเครียดทางวัฒนธรรมในการประเมินคุณค่าของสตรีระหว่างความสำเร็จในการเป็นแม่และการประเมินความสำเร็จของงาน (Blair-Loy, 2003) จากผลการศึกษานี้สะท้อนถึงการรับรู้ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ที่อายุมากขึ้น แต่เพื่อให้ความสมบูรณ์ของครอบครัวที่ต้องมีครบองค์ประกอบทั้งพ่อ แม่ ลูก ถึงรับรู้ว่าเสี่ยงแต่ก็ต้องตั้งครรภ์ต่อไป จึงทำให้สตรีกลุ่มนี้มีวิธีการดูแลตนเองมากขึ้นและที่หลากหลาย แต่สตรีกลุ่มนี้ต่างมีความเครียดและวิตกกังวลจึงได้สะท้อนความต้องการในการดูแล ได้แก่ อยากให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพดูแลเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนทางกาย อยากให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพเป็นที่ปรึกษาคอยรับฟังปัญหาอย่างเข้าใจ และอยากได้รับการกำลังใจจากคนใกล้ชิด

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปี ต่างรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์เมื่ออายุมากขึ้น แต่ด้วยความจำเป็นจึงต้องตั้งครรภ์ต่อไป จึงทำให้สตรีกลุ่มนี้มีความเครียด ความวิตกกังวลต่อภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและทารกในครรภ์ จึงพยายามดูแลตนเองด้วยวิธีการต่างๆ ตลอดจน

แสวงหาข้อมูลในการดูแลตนเองจากสื่อต่างๆ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ทีมสุขภาพสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการออกแบบระบบการดูแลสุขภาพกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไปให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการได้ เช่น การดูแลอย่างใกล้ชิด แนะนำและสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลกตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน การนัดตรวจครรภ์อย่างสม่ำเสมอและถี่ขึ้นมากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่อายุอยู่ในเกณฑ์ การแนะนำให้ครอบครัวได้เข้าใจและมีส่วนร่วมในการสนับสนุนด้านจิตใจ และการค้นหาปัญหาสุขภาพจิตตลอดจนเน้นให้การปรึกษาและดูแลด้านจิตใจ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของดุษฎีนิพนธ์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่าน ศาสตราจารย์ ดร.ดารุณี จงอุดมการณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาดุษฎีนิพนธ์ที่ให้ข้อเสนอแนะและอยู่เคียงข้างตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา และขอบพระคุณคณะกรรมการสอบทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และครอบครัวที่คอยให้กำลังใจตลอดเวลา และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่ให้ทั้งเวลาและทุนในการศึกษาครั้งนี้ และขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น กลุ่มการพยาบาล แผนกฝากครรภ์ ที่อนุญาตในการเก็บและรวบรวมข้อมูล รวมถึงผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่กรุณาสละเวลามาเพื่อบอกเล่าประสบการณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สถิติสาธารณสุข.* สืบค้นจาก https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic60.pdf

ชาย โพธิสิตา. (2564). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 9). อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

นันทพร แสนศิริพันธ์, และ ฉวี เบาทรง. (2555). *การพยาบาลผดุงครรภ์ เล่ม 3 สตรีที่มีภาวะแทรกซ้อน.* บริษัทครองช่างพริ้นติ้ง จำกัด.

พิษนุ อภิสมาจารโยธิน. (2560). *เรื่องเพศกับการแพทย์: อนามัยการเจริญพันธุ์ในมิติของสังคมวิทยา.* ทริปเพิ้ลเอ็ดดูเคชั่น.

วิจิตร เอกัคคตาจิต. (2559). ภาวะแทรกซ้อนในหญิงตั้งครรภ์อายุมากที่มารับบริการในโรงพยาบาลนางรอง. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, *13* (3), 71-77

ศิริพร จิรวัฒน์กุล. (2558). *การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). วิทยพัฒน์ จำกัด.

ศุภวดี แถวเพีย, และกมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคง. (2560). สตรีตั้งครรภ์อายุมาก. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, *40*(1), 144-151.

สุชาดา ทวีสิทธิ์. (2552). *การพัฒนาสุขภาวะผู้หญิงในประเทศไทย.*สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุวรรณี โลนุช, มยุรี นิรัตธราดร, และศิริพร ขัมภลิขิต. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, *4*(2), 79-93.

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก*(พิมพ์ครั้งที่ 5). โรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.

สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *สธ.ส่งเสริมนโยบายสาวไทยแก้มแดงมีลูกเพื่อชาติ ด้วยวิตามินแสนวิเศษ*. สืบค้นจาก https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/news-anamai/107287

สำนักอนามัยการเจริญพันธ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ*. สืบค้นจาก https://rh.anamai.moph.go.th/th/download-03

อรพินธ์ เจริญผล. (2554). Pregnancy in the extreme ages: Holistic approach in elderly pregnancy. ใน เอกชัย โควาวิสารัช, ปัทมา พรหมสนธิ, และบุญศรี จันทร์ (บ.ก.).*การตั้งครรภ์ในมารดาวัยเสี่ยง* (น. 17-26). ยูเนี่ยนครีเอชั่น.

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan, K. A., & Tough, S. (2012). Advanced maternal age and risk perception: A qualitative study. *Journal of BMC Pregnancy and Childbirth*, *12*(100), 1471-2393.

Berg, B.R. (2009). Qualitative research methods for the social sciences. 7th ed. Boston: Pearson.

Blair-Loy, Mary. 2003. Competing Devotions: Career and Family Among Women Executives.

Carolan, M. (2007). The project: having a baby over 35 years. *Journal of Women Birth*, *20*(3), 121- 6.

Cooke, A., Mills, T.A., & Lavender, T. (2012). Advanced maternal age: Delayed childbearing is rarely a conscious choice a qualitative study of women's views and experiences. International Journal of Nursing Studies, 49(1), 30–39.

Dai, J., Yu, Y., Wang, Y., Huang, Y., Liu, J., Lin, Y., Fan, X., Zhang, M., Xu, X., Bai, J., Chen, H., & Liu, Y. (2022). The Experience of Pregnant Women in the Health Management Model of Internet-Based Centering Pregnancy: A Qualitative Study. *International journal of women's health, 14*, 1281–1289. https://doi.org/10.2147/IJWH.S375675

Lampinen, R., Vehviläinen-Julkunen, K., & Kankkunen, P. (2009). A review of pregnancy in women over 35 years of age. *Journal of the open nursing journal*, (3), 33–38.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Engel, S. G., Gordon, K. H., Kaye, W. H., & Mitchell, J. E. (2015). Dimensions of emotion dysregulation in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A conceptual review of the empirical literature. Clinical psychology review, 40, 111–122. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.010

Lincoln, YS., &Guba, EG. (1985). *Naturalistic inquiry.* SAGE Publication.

Martin, Joyce A., M.P.H.;Hamilton, Brady E.;Osterman, Michelle J. K.;Driscoll, Anne K.;Drake, Patrick. (2016). Births : final data for 2016. *Journal of National Center for Health Statistics*, *67*(1), 1120–2018. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/51199

May, K.A. & Mahlmeister, L.R. (Eds.) (1994). *Maternal and neonatal nursing: family-centered care* (3rd ed.). J.B. Lippincott.

Moses, V., & Dalal, N. (2016). Pregnancy outcome in elderly primi gravidas. *Journal of International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, *5*(11), 3731-3736.

Nurhasanah, R., Masrul, Malini, H., & Tarawan, V.N. (2022). Exploring the Meaning and Practices of Self-care toward Pregnancy-related Complication: A Qualitative Study in Rural Area Indonesia . *Journal of Malaysian Journal of Medicine and Health Sciences*, *18*(17), 61-67.

Ridgeway, Cecilia, and Shelley Correll. 2004. 'Unpacking the Gender SystemA Theoretical Perspective on Gender Beliefs and Social Relations'. Gender & Society - GENDER SOC 18:510–31. doi: 10.1177/0891243204265269

Rehman, N.A., Vikram, A., Palakki, N., & Kandy, N.C. (2015). Maternal and fetal outcome in advanced maternal age. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, *4*(60), 10504-10509.

Robb, F.V., Alder, E.M., Prescott, R.J. (2005). Do older primigravidas differ from younger primigravidas in their emotional experience of pregnancy?.*Journal ofReproductive and Infant Psychology*, *23*(2), 135-41.

Streubert, H.S., & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative*(2nd ed). Lippincott.

Sushko, K., Strachan, P., & Butt, M. (2023). Understanding the self-management experiences and support needs during pregnancy among women with pre-existing diabetes: a qualitative descriptive study. *Journal of BMC Pregnancy and Childbirth*, *23*(309), 1471-2393 . https://doi.org/10.1186/s12884-023-05542-4

Ulrich, M., & Weatherall, A. (2000). Motherhood and Infertility: Viewing Motherhood through the Lens of Infertility. Feminism & Psychology, 10(3), 323-336. https://doi.org/10.1177/0959353500010003003

World Health Organization [WHO]. (2017). *World health statistics 2017: Monitoring health for the Sustainable Development Goals [SDGs].* Retrieved August 1, 2018, from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?sequence=1

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยและสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้

สุนารี เทพสง, พว.[1*]
ปรัชญานันท์ เที่ยงจรรยา, ปร.ด.[2]
ประภาพร ชูกำเหนิด, ปร.ด.[2]

(วันที่ส่งบทความ: 18 เมษายน 2566; วันที่แก้ไข: 19 เมษายน 2567; วันที่ตอบรับ: 25 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยและสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 226 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) สมดุลชีวิตการทำงาน 3) สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล และ 4) ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย แบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 .96 และ .92 และมีค่าความเที่ยงตรงจากการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) เท่ากับ .93 .91 และ .98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสเปียร์แมน ผลการวิจัยพบว่า ระดับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (M = 3.33, SD = 0.42) ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลกับสมดุลชีวิตการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p(226) = .50, p < .01$) และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับสมดุลชีวิตการทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s(226) = .43, p < .01$)

คำสำคัญ: สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล, ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย, สมดุลชีวิตการทำงาน

---

[1] นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: สุนารี เทพสง, อีเมล: madamyingkluay@gmail.com

The Correlations between Nursing Practice Environment, Servant Leadership of Head Nurses, and the Work-life Balance of Registered Nurses Working in Medical Wards of Tertiary Hospitals in Southern Thailand

Sunaree Thepsong, RN.[1*]
Pratyanan Thiangchanya, Ph.D.[2]
Prapaporn Chukumnerd, Ph.D.[2]

(Received: April 18th, 2023; Revised: April 19th, 2024; Accepted: April 25nd, 2024)

Abstract

This research aimed to study the level of work-life balance and the relationships between nursing practice environment, servant leadership of head nurses, and work-life balance among professional nurses in medical wards in tertiary hospitals in Southern Thailand. The sample was comprised of 226 registered nurses working in medical wards. The data collection tools consisted of 1) a demographic questionnaire, 2) a work-life balance questionnaire, 3) a nursing practice environment questionnaire, and 4) a servant leadership of the head nurses questionnaire. The content validity Index of the latter three questionnaires were .95, .96 and .92 respectively and the reliability of these three questionnaires were .93, .91 and .98, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment coefficients, and Spearman correlation coefficients. The results showed that the level of professional nurses' work-life balance was at a moderate level (M = 3.33, SD = 0.42). The relationship between nursing practice environment and work-life balance was significantly positive at a moderate level ($r_p(226) = .50, p < .01$) and the relationship between servant leadership of head nurses and work-life balance was significantly positive at the moderate level ($r_s(226) = .43, p < .01$)

Keywords: nursing practice environment, servant leadership of head nurses, work-life balance

บทนำ

[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: Sunaree Thepsong, E-mail: madamyingkluay@gmail.com

ประเทศไทยมีอัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน แม้ว่าวิชาชีพพยาบาลที่เป็นบุคลากรสุขภาพจะมีจำนวนมากที่สุดในระบบสุขภาพเมื่อเทียบกับบุคลากรสุขภาพอื่นก็ตาม โดยเฉพาะสถานพยาบาลภาครัฐเมื่อทำการเปรียบเทียบกับภาคเอกชนพบว่ามีความแออัดในสถานบริการสาธารณะสุขระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทั้งในด้านผู้ป่วยที่มารับบริการและการครองเตียง โดยพบว่า ในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2546-2556 มีผู้ป่วยค้างคืนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 150,000 admit/ปี ผู้ป่วยนอนเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3,991,00 ครั้ง/ปี และอัตราครองเตียงมากกว่าร้อยละ 80 และในพ.ศ. 2557 มีอัตราการครองเตียงหรือประสิทธิภาพการใช้เตียงและภาระงานโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 85.38 โดยเฉพาะในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558) และพบว่า โรงพยาบาลตติยภูมิมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยสูง 104% (กรมสุขภาพจิต, 2561) อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ทำงานเฉลี่ย 49.2 ชั่วโมง/สัปดาห์ ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลผู้ป่วยสลับเช้า บ่าย ดึกอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าอัตราการครองเตียงสูงที่สุดเฉลี่ย 110 - 140% ต่อปี เช่น ในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลฝาง จำนวนพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอต่อการบริการตามมาตรฐาน (ปิยะนันต์ ทองแดง และคณะ, 2563) บทบาทหลักของพยาบาลรวมถึงทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง คือ การดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ ความสามารถทางศาสตร์และศิลปะการพยาบาลตามมาตรฐาน ซึ่งครอบคลุม 4 มิติ คือ การรักษาพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วย การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยให้กลับสู่ภาวะปกติ และการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง โดยใช้ร่วมกับกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมวางแผนและดำเนินการพัฒนาระบบงาน ประสาน บริการข้อมูลวิชาการและปฏิบัติงานอื่นตามที่ได้รับมอบหมาย เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดีของประชาชน (กองการพยาบาล, 2561) โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีความต้องการที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน ท่ามกลางข้อจำกัดของอัตรากำลังที่มีอยู่และความพร้อมด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำให้พยาบาลวิชาชีพเผชิญกับความเร่งรีบตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงานอันส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งนำไปสู่สมดุลชีวิตการทำงานที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากมีเวลาไม่เพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ และทำให้การสื่อสารปัญหาในทีมการดูแลผู้ป่วยอาจเกิดความผิดพลาด เพราะฉะนั้นจึงเป็นสาเหตุหนึ่งอันส่งผลให้เกิดการโอนย้ายและการลาออกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในระบบสุขภาพ (พรรณชนก เดชสิงห์, 2560) รวมถึงผลลัพธ์ในการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพ (ปิยะนันต์ ทองแดง และคณะ, 2563)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สมดุลชีวิตกับการทำงานมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ (ปราโมทย์ ถ่างกระโทก และคณะ, 2564) เนื่องจากสมดุลชีวิตกับการทำงานเป็นการรักษาสมดุลระหว่างแบบแผนการดำเนินชีวิตส่วนตัวและแบบแผนการทำงานให้สามารถดำเนินร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ สมดุลชีวิตการทำงานของเมอริลและเมอริล (Merrill & Merrill, 2003) เป็นการสร้างความสมดุลของชีวิตส่วนตัว ครอบครัว และการทำงาน ความสามารถของการบริหารทรัพยากรที่มีอย่างจำกัดให้เกิดประโยชน์สูงสุด ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันจากภาวะการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ แรงกดดันที่เกิดจากการทำงานและการดำเนินชีวิตประจำวัน ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพจากผลสำรวจชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าส่วนใหญ่ทำงานตั้งแต่ 35 ชั่วโมงขึ้นไปต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 83.6 ของผู้ทำงานทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ทำให้การใช้เวลากับ

ครอบครัว การเอาใจใส่บุคคลในครอบครัวไม่เพียงพออันส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งปัญหาสุขภาพ เกิดความเหนื่อยล้า เนื่องจากขาดการพักผ่อน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง งานวิจัยของอมรรัตน์ แก้วทวี และอารีย์วรรณ อ่วมตานี (2557) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงานกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน ภาคใต้ พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีระดับสมดุลชีวิตกับการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากมีภาระงานมาก ทำให้ต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการทำงานมากกว่าการอยู่กับครอบครัว ซึ่งองค์ประกอบที่องค์กรจะส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพมีสมดุลชีวิตการทำงานของเมอริลและเมอริล พบว่ามี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการทำงาน 2) ด้านครอบครัว 3) ด้านเวลา 4) ด้านการเงิน และ 5) ด้านสติปัญญา (Merrill & Merrill, 2003) สมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพยังเป็นเครื่องบ่งบอกถึงความสำเร็จในการบริหารจัดการบุคลากรและความสามารถในการธำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบด้วยเช่นกัน (ฐานิดา ทิพวาที และคณะ, 2560)

สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล นับเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพและผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพที่สูงขึ้น โรงพยาบาลที่มีสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านบุคลากรและคุณภาพการดูแลรักษาระดับต่ำ ในขณะที่โรงพยาบาลที่มีสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลที่ดีจะส่งผลทางบวกต่อพยาบาลวิชาชีพ เพื่อรักษาสมดุลชีวิตในการทำงาน และคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่สูงขึ้น (Aiken et al., 2011) จากการทบทวนงานวิจัยสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของเลค (Lake, 2002) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล 2) พื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล 3) ความสามารถ ภาวะผู้นำและการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล 4) ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร และ 5) ความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์ ซึ่งมีความแตกต่างกันตามประเภทของหน่วยงาน (ปิยะนันต์ ทองแดง และคณะ, 2563)

ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นปัจจัยสำคัญต่อความผูกพันในงานของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่เกิดจากผู้นำมุ่งมั่นทำเพื่อผู้อื่น ให้ความสำคัญและคำนึงถึงผู้ใต้บังคับบัญชาอยู่ตลอดเวลา โดยภาวะผู้นำใฝ่บริการตามแนวคิดของกรีนลีฟ (Greenleaf, 1977) ประกอบด้วยคุณลักษณะ 10 ประการ ได้แก่ 1) การเป็นผู้ฟังที่ดี 2) การยอมรับและเห็นใจ 3) การดูแลทางจิตใจและวิญญาณ 4) การมีความตระหนักรู้ 5) การรู้จักโน้มน้าวใจ 6) การมีความคิดรวบยอด 7) การมองการณ์ไกล 8) การมีจิตบริการ 9) การมีความมุ่งมั่นพัฒนาคน และ 10) การรับผิดชอบต่อกลุ่ม ภาวะผู้นำใฝ่บริการที่มีประสิทธิภาพยังอาจจะสามารถสร้างสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยผู้นำใฝ่บริการจะมุ่งพัฒนาความเจริญก้าวหน้าและความผาสุกทางด้านร่างกาย อารมณ์ และความคิดในการทำงานแต่ละวันของพยาบาลวิชาชีพแต่ละคน เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาให้มีความเจริญก้าวหน้าในการทำงาน และมีความสุขกับการทำงานมากขึ้น เพื่อสร้างสมดุลชีวิตที่ดีในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม พบว่ายังไม่มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยและสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ เพื่อเป็นแนวทางของผู้บริหารในการส่งเสริมสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ และภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยเพื่อเพิ่มสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งนี้เมื่อพยาบาลวิชาชีพมีสมดุลชีวิตใน

การทำงานที่ดีก็จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีด้วย ตอบสนองต่อความต้องการที่จะพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

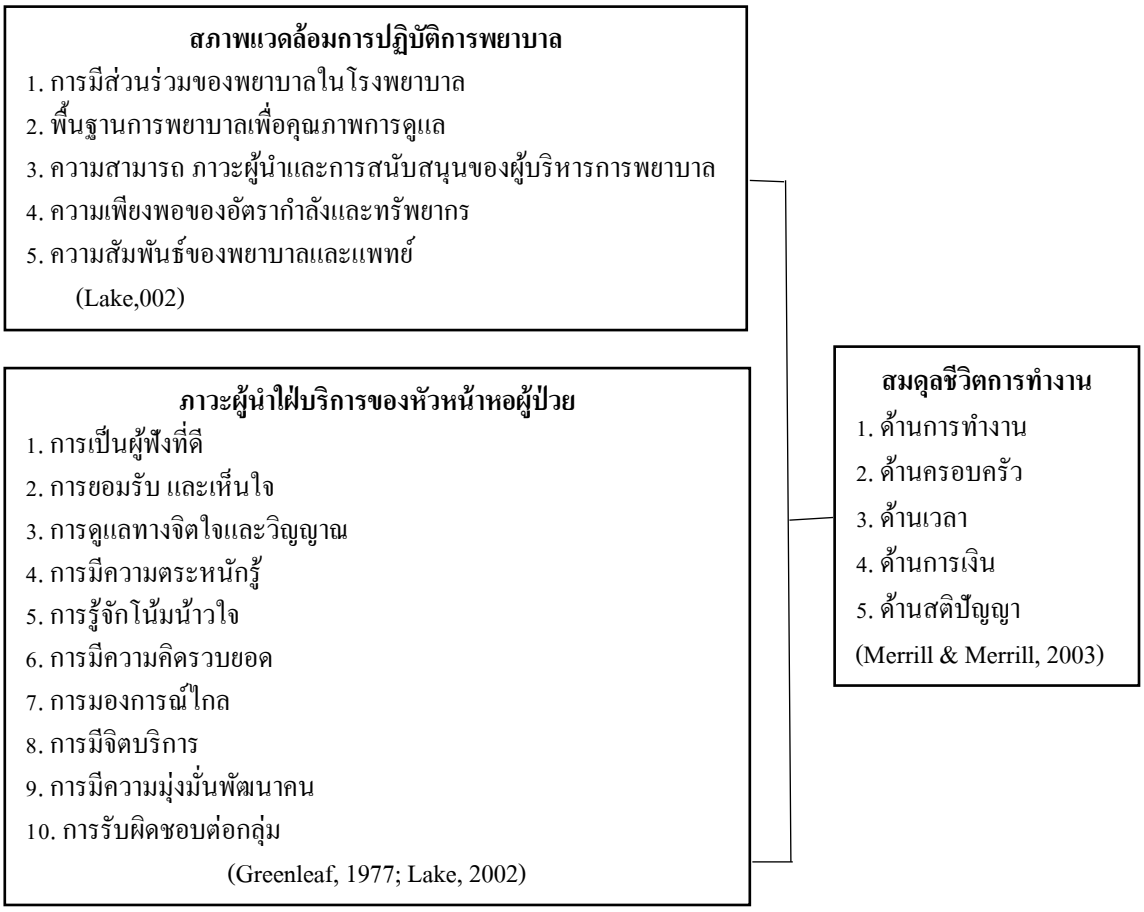
1. เพื่อศึกษาระดับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล และสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย และสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้

สมมติฐานการวิจัย

1. สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้
2. ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ แนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ



ภาพที่ 1 *กรอบแนวคิดการวิจัย*

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2564 - กรกฎาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (เฉพาะโรงพยาบาลศูนย์) จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลหาดใหญ่ มีประสบการณ์การทำงานหอผู้ป่วยอายุรกรรม อย่างน้อย 1 ปี ซึ่งมีพยาบาลวิชาชีพจำนวน 383 คน (ข้อมูลจากฝ่ายทรัพยากรมนุษย์ ณ วันที่ 2 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564)

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คัดเลือกจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลตรัง โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาลหาดใหญ่ กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และมีประสบการณ์การทำงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมเป็นเวลา อย่างน้อย 1 ปี 2) ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยและให้ข้อมูลในการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจ์ซีย์และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 5% และระดับความเชื่อมั่น 95% ใช้วิธีการคัดเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลของแต่ละหน่วยงาน พิจารณาตามคุณสมบัติที่กำหนดและตามสัดส่วนกันกับจำนวนประชากร ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 191 คน เพื่อป้องกันการไม่ส่งคืน และความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถามและข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยจึงส่งแบบสอบถามเพิ่มเติมอีก 20% รวมเป็น 230 ฉบับ และได้กลับคืนมาจำนวน 226 ฉบับ

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ รหัสหนังสือรับรอง PSU IRB 2022-St-Nur 018 วันที่ 27 พฤษภาคม 2565 และคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งเก็บข้อมูลทั้ง 4 แห่ง และจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างแนบกับแบบสอบถาม พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเมื่อยินยอมเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และสิทธิการถอนตัวโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมา ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับเพศ ระดับการศึกษา ประสบการณ์การทำงานทางอายุรกรรม ประเภทตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง ลักษณะการปฏิบัติงาน ชั่วโมงการทำงานและปริมาณการทำงานล่วงเวลา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของเมอริลและเมอริล (Merrill & Merrill, 2003) จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของเลค (Lake, 2002) จำนวน 18 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของกรีนลีฟ (Greenleaf, 1977) จำนวน 30 ข้อ

ลักษณะของแบบสอบถามส่วนที่ 2–4 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามวิธีของลิเคิร์ท (Likert, 1967) มีทั้งหมด 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ 1 *รับรู้ว่าเป็นไปตามข้อความนั้นน้อยที่สุด* ถึง 5 *รับรู้ว่าเป็นไปตามข้อความนั้นมากที่สุด*

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล และภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน หลังจากนั้นจึงคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหา ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 เท่ากับ .95, .96 และ .92 ตามลำดับ ค่าความตรงตามเนื้อหาซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2555) หลังจากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปตรวจสอบความเที่ยง (reliability)

2. การตรวจสอบความเที่ยงตรง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3 และ 4 ไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเที่ยงตรง โดยใช้สูตรวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 2, 3, และ 4 เท่ากับ .93, .91 และ .98 ตามลำดับ ซึ่งมากกว่าค่าความเที่ยงตรงตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ คือ .70 (บุญใจ ศรีสถิตนรากูร, 2555) จากนั้นผู้วิจัยจึงนำแบบสอบถามชุดนี้ไปใช้เก็บข้อมูล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังจากโครงการวิจัยได้รับอนุมัติผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ผู้วิจัยทำจดหมายถึงผู้อำนวยการและหัวหน้า

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ ทั้ง 4 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามจำนวน 230 ชุด พร้อมซองเปล่าติดแสตมป์ถึงผู้ประสานงานโดยผ่านทางกลุ่มการพยาบาลและผู้รับผิดชอบด้านงานวิจัย ทั้ง 4 แห่ง ขอความร่วมมือแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยให้ตอบแบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ หลังได้รับแบบสอบถาม ใส่ซองติดผนึกเรียบร้อย ส่งกลับให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องครบถ้วนของแต่ละฉบับ พบว่าแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ถูกต้องครบถ้วน สามารถนำไปวิเคราะห์ข้อมูลได้ จำนวน 226 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.26

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

2. ประเมินสมดุลชีวิตการทำงานและสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ หาค่าเฉลี่ย (Mean [*M*]) ตามเกณฑ์ของบุญชม ศรีสะอาด (2560) คือ มากที่สุด (*M* = 4.51-5.00) มาก (*M*=3.51-4.50) ปานกลาง (*M*=2.51-3.50) น้อย (*M*=1.51=2.50) และน้อยที่สุด (*M*=1.00-1.50) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3. ประเมินภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ เพื่อหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (IQR)

4. วิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) เป็นวิธีที่ใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือข้อมูลทั้ง 2 ชุด โดยที่ตัวแปรหรือข้อมูล 2 ชุดนั้น อยู่ในรูปของข้อมูลในมาตราอันตรภาคหรือมาตราอัตราส่วน (Interval or Ratio scale) ข้อมูลทั้ง 2 ชุด มีการแจกแจงแบบปกติและมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ข้อมูลในแต่ละชุดจะมีความอิสระต่อกัน (Pearson, 1920) ส่วนความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Correlation Coefficient) เป็นวิธีที่ใช้วัดความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร หรือข้อมูลทั้ง 2 ชุด อยู่ในรูปของข้อมูลระดับการวัดแบบเรียงอันดับ (Ordinal scale) (Spears, 2004) การแปลผลระดับความสัมพันธ์ ตามชนินันท์ พฤกษ์ประมูล และคณะ (2563) คือ มีความสัมพันธ์กันสูง (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.71–1.00) มีความสัมพันธ์กันปานกลาง (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.31–0.70) มีความสัมพันธ์กันต่ำ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.01–0.30) และไม่มีความสัมพันธ์กัน (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ = 0.00)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ และทุกคนมีประสบการณ์การทำงาน 1 ปีขึ้นไป พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.5 ระดับการศึกษาจบปริญญาตรี ร้อยละ 98.7 และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 61 ตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 74.3 เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการมากที่สุด ร้อยละ 73.5 และพยาบาลระดับชำนาญการ ร้อยละ 26.5 ปฏิบัติงานเวรเช้า-บ่าย-ดึกเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.6 ชั่วโมงการทำงานมากกว่า 45 ชั่วโมง/สัปดาห์ (ในรอบ 1 ปี ที่ผ่านมา) ร้อยละ 56.6 มีพยาบาลวิชาชีพทำงานล่วงเวลาเฉลี่ยต่อเดือน 11-15 เวร ร้อยละ 50.9

2. ผลการวิเคราะห์สมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ*

สมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ	*M*	*SD*	ระดับ
การทำงาน	3.68	0.51	มาก
สติปัญญา	3.56	0.53	มาก
ครอบครัว	3.34	0.46	ปานกลาง
เวลา	3.25	0.56	ปานกลาง
การเงิน	2.93	0.63	ปานกลาง
รวม	3.33	0.42	ปานกลาง

หมายเหตุ *n*=226

จากตารางที่ 1 พบว่า สมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (*M*=3.33, *SD*=0.42)

3. ผลการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 *ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล*

	สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล	*M*	*SD*	ระดับ
1.	ความสามารถ ภาวะผู้นำและการสนับสนุนของผู้บริหารการพยาบาล	3.87	0.53	มาก
2.	ความสัมพันธ์ของพยาบาลและแพทย์	3.87	0.45	มาก
3.	พื้นฐานการพยาบาลเพื่อคุณภาพการดูแล	3.65	0.54	มาก
4.	ความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร	3.34	0.70	ปานกลาง
5.	การมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล	3.09	0.72	ปานกลาง
	รวม	3.60	0.59	มาก

หมายเหตุ *n*=226

จากตารางที่ 2 พบว่า สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ โดยรวมอยู่ในระดับมาก (*M*=3.60, *SD*=0.59)

4. ผลการวิเคราะห์ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 *ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย*

ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย	Mdn	IQR
1. การเยียวยารักษา	4.00	1.00
2. การรับฟัง	4.00	1.00
3. การเห็นอกเห็นใจ	4.00	1.00
4. การมีจิตบริการ	3.67	1.00
5. การโน้มน้าวใจ	3.67	1.00
6. การตระหนักรู้	4.00	0.75
7. การมุ่งมั่นเพื่อพัฒนาคน	4.00	0.67
8. การสร้างชุมชน	4.00	0.67
9. การมองการณ์ไกล	4.00	0.33
10. การสร้างมโนทัศน์	4.00	0.00
รวม	3.96	0.63

หมายเหตุ *n*=226

จากตารางที่ 3 พบว่า ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ เมื่อพิจารณาค่ามัธยฐาน (*Mdn*) ซึ่งเป็นค่ากลางของชุดข้อมูลจากการจัดลำดับของข้อมูล และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (*IQR*) ของข้อมูลทั้ง 10 ด้าน พบว่าภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย โดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก (*Mdn*=3.90, *IQR*=0.63)

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน (The Spearman Rank Correlation Coefficient) ดังตารางที่ 4-5

ตารางที่ 4 *ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ*

ตัวแปร	สมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพ	0.50**

หมายเหตุ n=226,**p<.01

จากตารางที่ 4 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_p(226) = .50, p < .01$)

ตารางที่ 5 *ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ* (n=226)

ตัวแปร	สมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย	0.43**

หมายเหตุ n=226, **p<.01

จากตารางที่ 5 พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพหอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r_s(226) = .43, p < .01$)

อภิปรายผลการวิจัย

สมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

ระดับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าด้านการทำงานและด้านสติปัญญา อยู่ในระดับมาก ส่วนด้านครอบครัว ด้านเวลาและด้านการเงิน อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.5 มีประสบการณ์การทำงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 61 มีการปฏิบัติงานเวรเช้า-บ่าย-ดึก เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 91.6 ชั่วโมงการทำงานมากกว่า 45 ชั่วโมง/สัปดาห์ ร้อยละ 56.6 และทำงานล่วงเวลาเฉลี่ยต่อเดือน 11-15 เวร ร้อยละ 50.9 สะท้อนให้เห็นว่า การปฏิบัติงานหอผู้ป่วยอายุรกรรมของพยาบาลวิชาชีพ ส่งผล

กระทบต่อบทบาทในครอบครัว ทำให้การใช้เวลากับครอบครัว การเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งปัญหาสุขภาพ เนื่องจากขาดการพักผ่อน ทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง เนื่องจากชั่วโมงการทำงานที่มากเกินไป รวมทั้งงานเสริมอื่นๆ นอกเหนือจากงานหลัก (เรียม นมรักษ์, 2564) โรงพยาบาลแต่ละระดับมีอัตราการครองเตียงมากน้อยแตกต่างกัน โรงพยาบาลตติยภูมิมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยสูง 104% (กรมสุขภาพจิต , 2561) อัตรากำลังพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ทำงานเฉลี่ย 49.2 ชั่วโมง/สัปดาห์ ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแลผู้ป่วยสลับช่วงเช้า บ่าย ดึก อย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า อัตราการครองเตียงสูงที่สุดเฉลี่ย 110 - 140% ต่อปี โดยเฉพาะหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลฝาง ทำให้จำนวนพยาบาลวิชาชีพไม่เพียงพอตามมาตรฐาน ดังนั้นพยาบาลในประเทศไทยทำงานโดยแทบจะไม่มีวันหยุด (ปิยะนันต์ ทองแดง และคณะ, 2563)

ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ขาดสมดุลชีวิตในการทำงานที่ประกอบด้วยสุขภาพกาย เช่น การพักผ่อนนอนหลับที่ไม่เป็นเวลา เกิดปัญหาการนอนหลับ การทำงานของระบบประสาทและฮอร์โมน การรับประทานอาหารผิดเวลา ทำให้มีปัญหาระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินอาหาร เกิดปัญหาทางจิตใจ เช่น ความเครียด ความจำ ความคิดและเหตุผลการตัดสินใจ หรืออาจมีโรคทางกายที่เกิดจากจิตใจร่วมด้วย เช่น ความอ่อนล้า นอนไม่หลับ หรือผลกระทบที่รุนแรง เช่น อุบัติเหตุบนท้องถนนจากการหลับใน โดยเฉพาะพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานเวรบ่าย-ดึก หรือการเกิดอุบัติเหตุการบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน และความผิดพลาดในการปฏิบัติงานจากการทำงานหนักติดต่อกันอันส่งผลต่อสมาธิ การตัดสินใจ สติสัมปชัญญะในการทำงานได้ (พรรณชนก เดชสิงห์, 2560) สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติคุณ แสงนิล และคณะ (2562) พบว่าองค์ประกอบที่ทำให้การสร้างและการบริหารความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานไม่มีประสิทธิภาพประกอบด้วย 4 ปัจจัย คือ 1) ด้านเป้าหมายหรือการวางแผนที่ไม่ชัดเจนและไม่มีประสิทธิภาพ 2) ด้านระบบและรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ไม่ชัดเจน 3) ปัจจัยภายนอกที่ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อม 4) ปัจจัยด้านภาระหน้าที่ทางครอบครัว ซึ่งเป็นอุปสรรคที่อาจขัดขวางการสร้างความสมดุลในชีวิตการทำงานได้ ดังนั้นสมดุลชีวิตการทำงาน จึงเป็นความสามารถของบุคคลในการบริหารจัดการภายใต้องค์ประกอบที่สำคัญของเมอริลและเมอริล (Merrill & Merrill, 2003) ทั้งด้านการทำงาน ครอบครัว เวลา การเงิน และสติปัญญา จำเป็นต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาองค์กร โดยการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่บุคลากร นอกจากนี้สมดุลชีวิตการทำงานของบุคลากรยังเป็นเครื่องบ่งบอกถึงความสำเร็จในการบริหารจัดการบุคลากร และความสามารถในการธำรงรักษาบุคลากรไว้ในระบบด้วย (ฐานิดา ทิพวาที และคณะ, 2560)

ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย และสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ

1. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมในโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน พบว่าด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของโรงพยาบาล ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย (จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และ รักชนก คชไกร, 2562) พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพรายด้าน ทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในงาน สถานปฏิบัติการ/หน่วยงานมีสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานพลังบวกอยู่ในระดับไม่ดี อาจเนื่องจากพยาบาลวิชาชีพทำงานหนัก พบว่าในหนึ่งสัปดาห์ปฏิบัติงานเฉลี่ย 52.78 ชั่วโมง ปฏิบัติงานมากที่สุด คือ 114 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ เกิดความไม่พึงพอใจในงาน เนื่องจากสมดุลชีวิตที่เปลี่ยนไป

จะเห็นได้ว่า สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อสมดุลชีวิตการทำงาน ความพึงพอใจ และความตั้งใจลาออกของพยาบาลวิชาชีพ จากการศึกษา พบว่าการรับรู้สภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่ในภาพรวมอยู่ในระดับดี ยกเว้นความเพียงพอของอัตรากำลังอยู่ในระดับไม่ดี (Lake, 2002)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน อธิบายได้ว่าปัจจุบันแนวคิดภาวะผู้นำใฝ่บริการได้รับความนิยมและมีการแพร่หลายทั้งในองค์กรการศึกษา องค์กรสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องด้วยแนวคิดดังกล่าวไม่ใช่เรื่องของการให้บริการหรือรับใช้ผู้อื่นเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของหลักการทำงานเป็นทีม การเอาใจใส่ดูแลเพื่อนร่วมงาน การปฏิบัติตามหลักจริยธรรม การสนใจต่อความก้าวหน้าและการเติบโตของเพื่อนร่วมงาน เพื่อเป้าหมายการเจริญเติบโตขององค์กร หลักการของภาวะผู้นำใฝ่บริการ จึงเป็นคำตอบที่เหมาะสมสำหรับสภาพการณ์การแข่งขันที่กำลังเกิดขึ้นในปัจจุบัน ซึ่งสามารถช่วยให้องค์กรพัฒนาคุณภาพได้ (Spear, 2004) ที่สำคัญคือภาวะผู้นำใฝ่บริการเป็นตัวอย่างที่ดีในการเสริมพลังอำนาจแก่เพื่อนร่วมงาน ซึ่งถือว่าเป็นหลักการสำคัญสำหรับภาวะผู้นำใฝ่บริการและหลักการดังกล่าวตั้งอยู่บนหลักความเป็นจริงที่จะนำไปสู่การปฏิบัติได้

ผู้นำใฝ่บริการจึงเป็นคุณลักษณะทางจิตใจและท่าทีจากภายในตัวบุคคลแต่ละคน ตามแนวคิดของกรีนลีฟ (Greenleaf, 1977) ภาวะผู้นำแห่งการให้บริการมีลักษณะ 10 ประการ ได้แก่ 1) การเป็นผู้ฟังที่ดี

2) การยอมรับและเห็นใจ 3) การดูแลทางจิตใจและวิญญาณ 4) การมีความตระหนักรู้ 5) การรู้จักโน้มน้าวใจ 6) การมีความคิดรวบยอด 7) การมองการณ์ไกล 8) การมีจิตบริการ 9) การมีความมุ่งมั่นพัฒนาคน และ 10) การรับผิดชอบต่อกลุ่ม จากการศึกษาวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภาคเหนือตอนล่าง (วรีรัตน์ เฉลิมทอง, 2559) พบว่า ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพทุกด้าน

จากปัญหาดังกล่าว ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการสมดุลชีวิตการทำงานที่ไม่ต่างจากอาชีพอื่น แต่เนื่องด้วยภาระงาน รูปแบบการทำงาน เวลาการทำงานที่ต่างจากอาชีพ เนื่องจากหลากหลายเหตุผลที่มากระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่เป็นสาเหตุสำคัญมากที่ทำให้โรงพยาบาลตลอดจนองค์กรพยาบาลไม่สามารถรักษาพยาบาลวิชาชีพไว้ในระบบได้ (พรรณชนก เดชสิงห์, 2560) ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าสมดุลชีวิตกับการทำงานของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่พยาบาลยังไม่สามารถบริหารจัดการให้ตนเองมีดุลยภาพระหว่างชีวิตกับการทำงานได้ เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่มีภาระเพิ่มมากขึ้น สมดุลชีวิตในการทำงานนั้นเป็นเรื่องของการบริหารจัดการเวลาของแต่ละบุคคลในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาและสร้างเสริมให้บุคลากรเกิดความสมดุลชีวิตในการทำงาน (Work-life balance) ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ไม่ว่าจะเป็นสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลและภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย

สรุปผลการวิจัย

ระดับสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง พบว่าด้านการทำงานและด้านสติปัญญาอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านครอบครัว ด้านเวลา และด้านการเงินอยู่ในระดับปานกลาง และความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาล ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยและสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ทำให้พยาบาลวิชาชีพมีความต้องการสมดุลชีวิตการทำงานที่ไม่ต่างจากอาชีพอื่น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้

1. ผู้บริหารควรนำมาพัฒนากลยุทธ์ในการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานพลังบวกให้มีครบทุกองค์ประกอบในองค์กร โดยเฉพาะด้านความเพียงพอของอัตรากำลังและทรัพยากร และการมีส่วนร่วมของพยาบาลในโรงพยาบาล

2. ผู้บริหารควรสร้างกลยุทธ์ในการพัฒนาภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยด้านการมีจิตบริการ แบบ sevice mind

3. ผู้บริหารสามารถนำไปวางแผนสร้างกลยุทธ์ในการจัดการด้านการเงิน เวลา ครอบครัว สติปัญญา และการทำงาน เพื่อสร้างสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น อันส่งผลต่อการให้บริการพยาบาลแก่ผู้รับบริการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยเชิงคุณภาพด้านสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
2. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ
3. พัฒนารูปแบบของผู้นำอื่นๆ ที่เหมาะสมต่อสมดุลชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลกลุ่มตัวอย่าง และผู้ประสานของโรงพยาบาลตติยภูมิ ภาคใต้ 4 แห่ง ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกตลอด

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *เปิด 5 แนวทางลดความแออัดโรงพยาบาลของปลัด สธ.คนใหม่.* สืบค้นเมื่อ 1 สิงหาคม 2565, จาก https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=28269.

กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณะสุข. (2561). *บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ*. บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.

กิตติกุล แสงนิล, พิทักษ์ ศิริวงศ์, ณัฐฐาพร อะวิลัย, และพัชรศักดิ์ จันทะชารี. (2562). การสร้างความหมายทางสังคมและบริหารความสมดุลในชีวิตและการทำงานจากประสบการณ์ของนักศึกษาปริญญาเอก คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยศิลปากร: การศึกษาเพื่อสร้างทฤษฎีฐานราก. *วารสารเกษมบัณฑิต*, 20(1), 144-130.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, และรักชนก คชไกร. (2562). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่คัดสรร สภาพแวดล้อมการปฏิบัติงานกับความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 34*(3), 287-292.

ชนินันท์ พฤกษ์ประมูล, นัฏฐิกา เจริญตะคุ, และสิวะโชติ ศรีสุทธิยากร. (2563). ประสิทธิภาพของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน สเปียร์แมน และเคนดอลล์ เมื่อข้อมูลแจกแจงแบบไม่ปกติ. คณะครุศาสตร์. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา, 15*(2), 1-16.

ฐานิดา ทิพวาที, สุทธีพร มูลศาสตร์, และวันเพ็ญ แก้วปาน. (2560). ปัจจัยทำนายสมดุลชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ กรณีศึกษาในโรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18*(พิเศษ), 198-206.

บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา.* โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญชม ศรีสะอาด. (2560). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 10). สุวีริยาสาส์น.

ปิยะนันท์ ทองแดง, อรอนงค์ วิชัยคำ, และอภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. (2563). *สิ่งแวดล้อมการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลโรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่.* ม.ป.ท.

ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, วินัย ไตรนาทถวัลย์, เอกกมล ไชยโม, และภราดร ยิ่งยวด. (2564). อิทธิพลของสมดุลชีวิตกับการทำงานและความพึงพอใจในงานต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(2), 344-352.

พรรณชนก เดชสิงห์. (2560). *การศึกษาคุณภาพชีวิตและสมดุลการทำงานในพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย.* จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เรียม นมรักษ์. (2564). สมดุลชีวิตและการทำงานในพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารไลยอลงกรณ์ปริทัศน์, 11*(3), 176-186.

วรีรัตน์ เฉลิมทอง. (2559). *ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพกับแรงจูงใจของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยภาคเหนือตอนบน.* [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2563). *สรุปผลการสำรวจ ภาวะการทำงานของประชากร.* สืบค้นเมื่อ 3 เมษายน 2566, จาก https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/9u

อมรรัตน์ แก้วทวี, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2557). บทความวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างสมดุลชีวิตกับการทำงาน บรรยากาศความปลอดภัยในการทำงาน กับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชนภาคใต้. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15*(3), 313-320.

Aiken, L. H., Cimiotti, J. P., Sloane, D. M., Smith, H. L., Flynn, L., & Neff, D. F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical care*, *49*(12), 1047–1053.

Greenleaf, R. K. (1977). *Servant leadership: A journey into the nature of legitimate power and greatness.* Paulist Press.

Krejcie, R. V. & Morgan, D.W. (1970). Determining sample sizes for research activities. *Educational and Psychological Measurement. 30*, 607-610.

Lake, E. T. (2002). Development of the Practice Environment Scale of the Nursing Work Index. *Research in Nursing & Health, 25*(3), 176-188.

Likert, R. (1967). The Method of Constructing an Attitude Scale, *Reading in Attitude Theory and Measurement*. Edited by Martin Fishbein. New York: John Wiley&Son.

Merrill & Merrill. (2003). *Life Matter: Creating a dynamic balance of work*, family, time and money. New York *: McGraw-Hall.

Pearson, K. (1920). Notes on the history of correlation. *Biometrika, 13*(1), 25-45.

Spears, L. (2004). *Focus on the leadership: Servant-leadership for the 21st century*. John Wiley & Suns.

การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ

สุนิสา ค้าขึ้น, พย.ม.[1]
ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ, พย.ม.[1 *]

(วันที่ส่งบทความ: 18 เมษายน 2566; วันที่แก้ไข: 31 ตุลาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 2 พฤศจิกายน 2566)

บทคัดย่อ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุทางโภชนาการนั้นเป็นสิ่งสำคัญ โดยเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะโภชนาการดี ร่างกายก็จะสามารถใช้ประโยชน์จากสารอาหารที่รับประทานในการสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้มีสุขภาพดี หากผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการไม่ดีหรือภาวะทุพโภชนาการจะทำให้ร่างกายขาดสารอาหารหรือได้รับสารอาหารมากเกินความต้องการของร่างกายทำให้เกิดภาวะโภชนาการเกิน ส่งผลให้เกิดความไม่สมดุลและส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งปัญหาด้านโภชนาการนี้เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความสำคัญ ความหมายของภาวะโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ สาเหตุ ผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการ และการพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการนำไปประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลอย่างครอบคลุม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีโภชนาการที่ดีจะเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้สุขภาพแข็งแรง มีอายุยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอีกด้วย

คำสำคัญ : การพยาบาล, โภชนาการ, ผู้สูงอายุ

[1] อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
[*]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ ยุพาพร จิตตะสุสุทโธ อีเมล : yupaporn@knc.ac.th

Nursing Care for the Prevention of Nutritional Problems in the Elderly

Sunisa Khakhuen, M.N.S.[2]

Yupaporn Jittasusuttho, M.N.S.[1*]

(Received: April 18th, 2023; Revised: October 31st, 2023; Accepted: November 2nd, 2023)

Abstract

Having good nutritional status is crucial for a good quality of life among the elderly. As individuals enter old age, there are changes in their physical, mental, social, and economic aspects. Elderly individuals with good nutritional status can effectively utilize the nutrients from their diet to promote their health efficiently, resulting in better overall well-being. Conversely, if elderly persons have poor nutritional status, or suffer from malnutrition, their bodies may lack essential nutrients or receive an excess of nutrients beyond their requirements, leading to imbalances and negative effects on their general well-being. Nutritional problems are common among the elderly and this article aims to emphasize the importance and meaning of nutritional status, and the changes in the gastrointestinal system that contribute to nutritional problems, as well as the causes and impacts of malnutrition, nutritional assessment, and nursing interventions to prevent nutritional problems in the elderly. This article serves as a comprehensive guide for nurses for assessing the nutritional status of elderly persons and providing comprehensive nursing care to prevent nutritional problems. This, in turn, will help the elderly maintain good nutrition, longevity, and a good quality of life.

Keywords: nursing care, nutritional, elderly

[2] Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author: Yupaporn Jittasusuttho, E-mail: yupaporn@knc.ac.th

บทนำ

ประเทศไทยนิยามคำว่า “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ว่าหมายถึงบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย ส่วนคำว่า “สังคมสูงอายุ” (Aged society) หมายถึงสังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7) จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2565 พบว่าประชากรผู้สูงอายุไทยคิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ซึ่งประชากรผู้สูงอายุไทยกำลังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุอาจนำมาซึ่งปัญหาสุขภาพตามไปด้วย

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย เช่น ปัญหาสุขภาพปากและฟัน ทำให้ประสิทธิภาพในการบดเคี้ยวลดลง จากการศึกษาพบว่าภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับจำนวนฟันและความสามารถในการเคี้ยวอาหาร เมื่อสุขภาพช่องปากและฟันไม่ดีส่งผลต่อการรับประทานอาหารทำให้เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (พุทธิพร พิธานธนานุกูล และภิรมย์ รชตะนันท์, 2562) การเปลี่ยนแปลงระบบประสาทสัมผัสทำให้มีปัญหาด้านการรับกลิ่นและรับรสส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารลดลง (กุลพงษ์ ชัยนาม, 2563) นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้วยังพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ พบว่าผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พบว่าผู้สูงอายุอยู่ลำพังหรือมีปัญหาเศรษฐกิจ ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเบื่ออาหาร มีความอยากอาหารลดลง รับประทานอาหารได้น้อยลง หรือไม่ยอมรับประทานอาหาร หรืออาจรับประทานอาหารมากขึ้น เมื่อปัญหาดังกล่าวเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุได้ (พุทธิพร พิธานธนานุกูล และภิรมย์ รชตะนันท์, 2562) ผู้สูงอายุมีปัญหาภาวะทุพโภชนาการก็จะส่งผลต่างๆ ตามมาและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Volkert et al., 2022) จากการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าภาวะโภชนาการกับค่าดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์กัน ซึ่งผู้สูงอายุบริโภคอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ของทอด ของหวาน และอาหารสำเร็จรูปเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อดัชนีมวลกายที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย (มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์, 2560) ดังนั้นการบริโภคอาหารที่ไม่ได้คำนึงถึงหลักโภชนาการที่เหมาะสม จึงส่งผลต่อน้ำหนักตัว และทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ตามมาได้ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน เป็นต้น

ผู้เขียนได้เล็งเห็นความสำคัญของโภชนาการในผู้สูงอายุจึงได้เขียนในประเด็นการพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีโภชนาการที่ดี และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการนำไปประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุและให้การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ โดยบทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมายของภาวะโภชนาการ การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ สาเหตุ ผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการ การประเมินภาวะโภชนาการ และการพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ ดังมีรายละเอียดดังนี้

ความหมายของภาวะโภชนาการ

ภาวะโภชนาการ (Nutrition Status) หมายถึง ภาวะทางสุขภาพของบุคคลที่เป็นผลเนื่องมาจากการรับประทานอาหาร การย่อยอาหาร การดูดซึม การขนส่ง การสะสม และการเผาผลาญสารอาหารในระดับเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย แบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ (จักรินทร์ ปริมานนท์ และคณะ, 2561)

1. ภาวะโภชนาการดี (Good nutritional status) หมายถึง ภาวะทางสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากร่างกายได้รับสารอาหารที่บริโภคเหมาะสม ถูกหลักโภชนาการ ได้รับสารอาหารครบถ้วน สัดส่วนและปริมาณของอาหารเพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

2. ภาวะโภชนาการไม่ดี (Poor nutritional status) หรือภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) หมายถึง ภาวะทางสุขภาพของบุคคลเป็นผลมาจากร่างกายได้รับสารอาหารที่บริโภคไม่เหมาะสม จากการได้รับสารอาหารไม่สมดุลกับความต้องการของร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุที่ส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ

การเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ ดังนี้

1. ลิ้นและต่อมน้ำลาย การลดลงของจำนวนต่อมรับรสและปริมาณน้ำลาย ความเสื่อมของเซลล์รับรส ทำให้ความสามารถในการรับรสเปลี่ยนไป จึงรับประทานอาหารรสจัดขึ้น การผลิตเอนไซม์และการกระหายน้ำลดลง ทำให้ลิ้น ปากแห้ง เกิดการติดเชื้อได้ง่าย (นลินี ยิ่งชาญกุล, 2565; Nigam & Knight, 2017)

2. เหงือกและฟัน การสลายของกระดูกบริเวณขากรรไกรบนและล่าง การลดลงของปริมาณแคลเซียมในกระดูก ทำให้เกิดการสึกกร่อนของเบ้ารากฟัน เกิดภาวะเหงือกร่น เคลือบฟันมีสีคล้ำขึ้น เนื้อฟันบางลง ฟันผุและแตกง่าย ทำให้การเคี้ยวอาหารไม่สะดวก (นลินี ยิ่งชาญกุล, 2565; Nigam & Knight, 2017)

3. หลอดอาหาร หูรูดหลอดอาหารหย่อน การบีบตัวเป็นจังหวะและการเคลื่อนไหวของหลอดอาหารลดลง ทำให้ระยะเวลาที่อาหารผ่านหลอดอาหารช้าลง เกิดภาวะกลืนลำบาก กล้ามเนื้อหูรูดบริเวณปลายหลอดอาหารหย่อนตัว ทำให้อาหารและน้ำย่อยไหลย้อนกลับจากกระเพาะอาหารเข้าสู่หลอดอาหารจึงเกิดอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก (นลินี ยิ่งชาญกุล, 2565; Nigam & Knight, 2017)

4. กระเพาะอาหาร การผลิตน้ำย่อยและเอนไซม์ลดลงทำให้กระบวนการย่อยอาหารขาดประสิทธิภาพ การผลิตไบคาร์บอเนตและเยื่อเมือกบุผนังกระเพาะอาหารลดลงทำให้เยื่อบุกระเพาะอาหารถูกทำลายได้ง่ายขึ้น การหลั่งกรดและ Intrinsic factor ลดลง ทำให้เกิดการดูดซึมวิตามินบี 12 และแคลเซียมลดลง ระยะเวลาการบีบตัวเพื่อดันอาหารลงสู่ลำไส้เล็กนานมากขึ้น การเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลงทำให้รู้สึกอิ่มนานขึ้นและความอยากอาหารน้อยลง (นลินี ยิ่งชาญกุล, 2565; Nigam & Knight, 2017)

5. ตับ น้ำหนักของตับลดลงจากการลดจำนวนของเซลล์ตับ ส่งผลให้มีการผลิตน้ำดีลดลง ทำให้ร่างกายดูดซึมไขมันและวิตามินชนิดละลายในน้ำมันได้น้อยลง ปริมาณน้ำดีที่ลดลงและความหนืดของน้ำดี

ที่สูงขึ้นร่วมกับการมีระดับคอเลสเตอรอลสูง อาจก่อให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดี จะทำให้รู้สึกแน่นท้อง อาหารไม่ย่อยหลังรับประทานอาหารไขมันสูง (นลินี ยิ่งชาญกุล, 2565; Nigam & Knight, 2017)

6. ตับอ่อน ขนาดของตับอ่อนลดลง เนื้อเยื่อบางส่วนเปลี่ยนเป็นพังผืด การผลิตเอนไซม์โปรตีเอส เอนไซม์ไคโมทริปซินและเอนไซม์ไลเปสลดลง ส่งผลให้การย่อยโปรตีนและไขมันมีประสิทธิภาพลดลง การหลั่งอินซูลินลดลง ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดมีสูงขึ้น (นลินี ยิ่งชาญกุล, 2565; Nigam & Knight, 2017)

7. ลำไส้เล็ก เยื่อบุผิวในลำไส้เล็กฝ่อทำให้การดูดซึมสารอาหารลดลง เนื้อเยื่อน้ำเหลืองในลำไส้เล็กทำงานได้ลดลง มีการเจริญของแบคทีเรียบางชนิดเพิ่มขึ้น อาจมีผลต่อการดูดซึมของวิตามินที่ละลายน้ำและวิตามินเค การผลิตเอนไซม์แลกเตสลดลง แบคทีเรียบางชนิดที่อาศัยอยู่ในลำไส้เล็กจะเพิ่มจำนวนขึ้น ทำให้เกิดอาการท้องอืด (นลินี ยิ่งชาญกุล, 2565; Nigam & Knight, 2017)

8. ลำไส้ใหญ่ ลดการแบ่งตัวและการซ่อมแซมเซลล์เยื่อบุผนังลำไส้ จุลินทรีย์มีการเปลี่ยนแปลง การบีบตัวเป็นจังหวะของลำไส้ใหญ่ลดลง การเคลื่อนไหวน้อยลงเนื่องจากการลดปริมาณของสารสื่อประสาทและเซลล์ประสาท ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ง่าย (นลินี ยิ่งชาญกุล, 2565; Nigam & Knight, 2017)

สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ

สาเหตุของภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสาเหตุด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจ ด้านปัจจัยที่เกิดจากยา ดังนี้

ด้านสุขภาพกาย

1. ปัญหาการรับกลิ่นและรับรส พบว่าเซลล์เยื่อบุโพรงจมูกมีการเสื่อมตายเพิ่มขึ้น ความหนาของชั้นเยื่อบุลดลง จำนวนเซลล์ประสาทรับความรู้สึกลดลง เซลล์ประสาทรับกลิ่นเสื่อมลง ส่งผลให้การรับรู้กลิ่นลดลงและนำไปสู่การรับรู้รสลดลง เพราะรู้สึกว่ากลิ่นและรสชาติไม่เหมือนเดิม (กุลพงษ์ ชัยนาม, 2563)

2. ปัญหาการมองเห็น พบว่ามองเห็นผิดปกติตามวัย มองเห็นไม่ชัด ส่งผลต่อการเข้าถึงแหล่งอาหาร การปรุงอาหาร การรับประทานอาหาร และความรู้สึกอยากอาหารลดลง (กุลพงษ์ ชัยนาม, 2563)

3. โรคในช่องปากและปัญหาการกลืนส่งผลต่อการรับประทานอาหาร และโรคระบบทางเดินอาหาร ส่งผลต่อการดูดซึมสารอาหาร (ปณิตา ลิมปะวัฒนา, 2561)

4. โรคติดเชื้อ เช่น ติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ (ปณิตา ลิมปะวัฒนา, 2561)

5. โรคระบบประสาทและโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อเสื่อม จะมีปัญหาในการซื้ออาหารและเตรียมอาหารด้วยตนเอง (ธนวดี ปรีเปรม, 2564; ปณิตา ลิมปะวัฒนา, 2561)

6. โรคอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าโรคและความเจ็บป่วยทำให้ร่างกายต้องทำงานมากขึ้น ต้องใช้พลังงานจากสารอาหารต่างๆ ในการซ่อมแซมร่างกายให้แข็งแรงขึ้น นอกจากนี้ยังมีอาการเบื่ออาหารอีกด้วย (พุทธิพร พิธานธนานุกูล และภิรมย์ รชตะนันท์, 2562)

ด้านจิตใจ

ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกเศร้าจากการสูญเสีย ภาวะสับสนเฉียบพลัน และภาวะสมองเสื่อม อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทางโภชนาการ เช่น ขาดสารอาหารหรือเป็นโรคอ้วนได้ (ธนวดี ปรีเปรม, 2564; Chuansangeam et al., 2022) จากการศึกษาภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน อาจเกิดจากผู้สูงอายุมีปัญหาในเรื่องของความจำระยะสั้นทำให้ลืมว่ารับประทานอาหารแล้วหรือยัง จึงต้องรับประทานอาหารอีก (พัชร โชติชัยสถิตย์ และคณะ, 2562)

ด้านสังคมและเศรษฐกิจ

1. การขาดความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ถูกต้อง ความรอบรู้ด้านอาหาร (Chuansangeam et al., 2022)

2. ลักษณะของครอบครัว การแยกตัว การอยู่ลำพัง พบว่าผู้สูงอายุมักค่อยๆ สูญเสียความสนใจเรื่องอาหาร การรับประทานอาหารคนเดียวทำให้ความอยากอาหารลดลง การออกไปซื้ออาหารด้วยตนเองได้ลำบาก จึงเลือกอาหารที่หาได้ในบ้านแต่ไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย (ธนวดี ปรีเปรม, 2564)

3. ปัญหาเศรษฐกิจ พบว่ารายได้ที่ลดลง ปัญหาความยากจน ทำให้ต้องประหยัดค่าใช้จ่าย จึงไม่เลือกซื้ออาหารที่มีราคาสูง เช่น เนื้อสัตว์ ผักผลไม้หลากสี (ธนวดี ปรีเปรม, 2564; Chuansangeam et al., 2022)

4. ความเพิกเฉย เช่น การไม่รู้หรือไม่ใส่ใจเกี่ยวกับปริมาณพลังงานที่ควรได้รับ สารอาหารที่ต้องการ ทำให้เกิดภาวะขาดสารอาหารหรือโรคอ้วน (ธนวดี ปรีเปรม, 2564)

ด้านปัจจัยที่เกิดจากยา

ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวต้องรับประทานยาเป็นประจำและมีการใช้ยาหลายขนาน ซึ่งยาอาจจะมีผลข้างเคียงต่อการรับประทานอาหาร เช่น ยากลุ่ม Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) ทำให้คลื่นไส้อาเจียน ยากลุ่ม Anticholinergics ทำให้กลืนลำบาก ยากลุ่ม Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) ทำให้เบื่ออาหาร ยากลุ่ม Amitriptyline hydrochloride ทำให้เจริญอาหาร เป็นต้น (ธนวดี ปรีเปรม, 2564)

ผลกระทบจากภาวะทุพโภชนาการ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทุพโภชนาการจะส่งผลให้มีการสูญเสียมวลของกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่เรียกว่าภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดภาวะเปราะบาง (Frailty) มีการเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคอื่นๆ ตามมา เกิดการลุกลามของโรคต่างๆ และเจ็บป่วยแล้วต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น เกิดการติดเชื้อได้ง่าย เกิดแผลกดทับเพิ่มขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลงและเป็นสาเหตุการตาย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เพราะต้องการการดูแลจากสถานพยาบาลและจากสังคม (นลินี ยิ่งชาญกุล, 2565; Volkert et al., 2022) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคอ้วนมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมและเพิ่มความเสี่ยง

ของโรคไม่ติดต่อ ความสามารถในการรับรู้ลดลง ภาวะสมองเสื่อม ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ และภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Roberts et al., 2021)

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

1. การซักประวัติอาหาร (Dietary intake history) และปัจจัยเสี่ยงต่างๆ (Risk factors) สอบถามลักษณะและปริมาณอาหารที่บริโภคในแต่ละวัน ปัญหาในการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2. การวัดสัดส่วนของร่างกาย (Anthropometric measurement) เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง การคำนวณดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบเอว เป็นต้น เพื่อประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค

3. การตรวจค่าทางชีวเคมี (Biochemical assessment) เช่น Hemoglobin (Hb) และ Hematocrit (HCT) เพื่อประเมินภาวะโลหิตจางจากการขาดสารอาหาร Serum albumin เพื่อดูปริมาณโปรตีนที่ได้รับเพียงพอหรือไม่ Plasma vitamin level เพื่อประเมินระดับของวิตามิน เป็นต้น

4. การประเมินทางคลินิก (Clinical assessment) จากการตรวจร่างกาย ประเมินอาการและอาการแสดง เช่น ขาดพลังงานจะมีลักษณะอาการผอม ไขมันใต้ผิวหนังลดลง กล้ามเนื้อลีบ ขาดธาตุเหล็กจะมีลักษณะอาการเปลือกตาซีด มีเล็บช้อนแบน ลิ้นเลี่ยน เป็นต้น

5. การประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมิน มีแบบประเมินที่ใช้ในการประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุหลากหลาย แต่ในบทความนี้จะขอนำเสนอแบบประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ (Mini Nutritional Assessment [MNA]) แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 การคัดกรองภาวะโภชนาการเบื้องต้น มี 6 ข้อ (คะแนนการคัดกรองเบื้องต้น เต็ม 14 คะแนน) ส่วนที่ 2 การประเมินภาวะโภชนาการ มี 12 ข้อ (คะแนนการประเมินภาวะโภชนาการ เต็ม 16 คะแนน) รวมคะแนนการประเมินภาวะโภชนาการทั้งหมด (เต็ม 30 คะแนน) แปลผลดังนี้ 24 – 30 คะแนน มีภาวะโภชนาการปกติ 17 – 23.5 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ น้อยกว่า 17 คะแนน มีภาวะทุพโภชนาการ (กระทรวงสาธารณสุข, ม.ป.ป.)

การพยาบาลเพื่อป้องกันปัญหาโภชนาการในผู้สูงอายุ

1. การซักประวัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ปัญหาในการรับประทานอาหาร เพื่อทราบถึงสาเหตุและเพื่อหาแนวทางในการแก้ไข การประเมินภาวะโภชนาการ เช่น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง คำนวณดัชนีมวลกาย วัดเส้นรอบเอว การตรวจร่างกายตามระบบ เช่น ช่องปาก ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อ เป็นต้น ประเมินอาการและอาการแสดงของร่างกายที่ส่งผลทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ เช่น อาการเหนื่อยล้า ปากอักเสบ เปลือกตาซีด เป็นต้น การติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ค่า BUN สูง ค่า HCT, Hb, Albumin ต่ำ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลรักษา (สุนทรี ภานุทัต และคณะ, 2560)

2. ประเมินภาวะโภชนาการโดยใช้แบบประเมินต่างๆ เช่น แบบประเมิน MNA ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองภาวะทุพโภชนาการ หากพบมีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ควรได้รับการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการเป็นรายบุคคล (Volkert et al., 2022)

3. คำนวณพลังงานจากอาหารที่ผู้สูงอายุได้รับต่อวัน หากพบว่าขาดหรือมากเกินที่ควรจะได้รับควรปรึกษาโภชนคลินิกหรือโภชนากร เพื่อกำหนดแผนการให้อาหารแต่ละมื้อและแต่ละวัน คำแนะนำสำหรับการบริโภคพลังงานในผู้สูงอายุ คือ 30 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน ค่านี้สามารถปรับได้เป็นรายบุคคลขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ ระดับการออกกำลังกาย และสถานะของโรค (Volkert et al., 2022)

4. ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพปากและฟัน เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร โดยแปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอน แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที หากมีฟันปลอมให้ถอดฟันปลอมออกล้างหลังรับประทานอาหาร และก่อนเข้านอน (ปณิธาน สนพะเนา, 2563)

5. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ เน้นมื้อเช้าและมื้อกลางวัน หากรับประทานได้ไม่เพียงพอ อาจจัดให้รับประทานครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง แบ่งจำนวนมื้ออาหารเป็นวันละ 5-6 มื้อ เพื่อป้องกันอาการแน่นท้อง โดยเพิ่มมื้อสายหรือบ่าย (ชวิศา แก้วอนันต์, 2561; วรางคณา บุตรศรี และนันทรียา โลหะไพบูลย์กุล, 2560; สุนทรี ภานุทัต และคณะ, 2560)

6. จัดอาหารให้มีสีสัน รสชาติหลากหลาย อาจใช้สมุนไพรในการปรุงเพื่อเพิ่มรสชาติ (กุลพงษ์ ชัยนาม, 2563; ชวิศา แก้วอนันต์, 2561) หากมีปัญหาในการเคี้ยวหรือกลืนลำบาก ควรหั่นอาหารเป็นชิ้นเล็ก ทำอาหารให้อ่อนนุ่มด้วยการต้มให้เปื่อย นึ่ง ลวก (พิริยฉัตร คณานุรักษ์ และคณะ, 2563; Volkert et al., 2022) ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอม ควรระมัดระวังโดยเฉพาะอาหารเหนียวและแข็ง เช่น กากหมู เป็นต้น

7. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่มีความหลากหลาย มีสัดส่วนปริมาณเหมาะสม และให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนบัญญัติสำหรับผู้สูงอายุและธงโภชนาการผู้สูงอายุตามคำแนะนำของสำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

7.1 รับประทานอาหารกลุ่มคาร์โบไฮเดรต (Carbohydrate) ผู้สูงอายุควรได้รับร้อยละ 50-60 ของปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการในหนึ่งวัน (คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2563) ข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยว วุ้นเส้น ควรเลือกข้าวไม่ขัดสี (ชวิศา แก้วอนันต์, 2561) อาจหุงข้าวไม่ขัดสีพร้อมทั้งธัญพืชชนิดต่างๆ ที่หลากหลายลงใน 1 หม้อ (พิริยฉัตร คณานุรักษ์ และคณะ, 2563) เลือกรับประทานถั่ว ธัญพืช และโอเมก้า-3 จะช่วยลดความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน สมองเสื่อมจากความชรา ลดความเสี่ยงที่เทโลเมียร์จะสั้นลง และส่งเสริมสุขภาพโดยรวมให้ดีขึ้น (Leitao et al., 2022)

7.2 รับประทานอาหารกลุ่มโปรตีน (Protein) ผู้สูงอายุควรรับประทานโปรตีนอย่างน้อยวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม หรือควรได้รับพลังงานจากโปรตีนร้อยละ 10-15 ของปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการในหนึ่งวัน ค่านี้สามารถปรับได้เป็นรายบุคคลขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการ ระดับการออกกำลัง

กาย และสถานะของโรค (Volkert et al., 2022) เนื้อสัตว์ควรเลือกไม่ติดมัน ปริมาณเนื้อสัตว์ที่แนะนำต่อวันวันละ 6-8 ช้อน ส่วนกุ้ง หมึก ปู และหอย มีโปรตีนสูงแต่ก็มีคอเลสเตอรอลสูงด้วย จึงไม่ควรรับประทานปริมาณมากและบ่อยครั้ง สำหรับเนื้อปลาและไข่เป็นอาหารที่เหมาะสม เพราะมีลักษณะนุ่ม เคี้ยวง่าย ย่อยและดูดซึมได้ดี ไข่ 1 ฟองให้โปรตีน 6 กรัม ผู้สูงอายุที่ไม่มีไขมันในเลือดสูงรับประทานไข่ได้วันละ 1 ฟอง ส่วนผู้ที่มีปัญหาไขมันในเลือดสูงควรรับประทานไข่สัปดาห์ละ 2-3 ฟอง รับประทานอาหารจากถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์จากถั่วเมล็ดแห้ง เช่น เต้าหู้ น้ำนมถั่วเหลือง เป็นต้น จากการศึกษาพบว่าถั่วเหลืองมีสารไฟโตเอสโตรเจนที่สามารถป้องกันโรคมะเร็งบางชนิดได้ (คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2563)

7.3 รับประทานอาหารกลุ่มไขมัน (Fat) ผู้สูงอายุควรได้รับไม่เกินร้อยละ 30 ของปริมาณพลังงานที่ร่างกายต้องการในหนึ่งวัน เป็นไขมันอิ่มตัวต้องไม่เกินร้อยละ 10 ไขมันทรานส์น้อยกว่าร้อยละ 1 ของพลังงานทั้งหมดที่ควรได้รับต่อวัน และกรดไขมันไม่อิ่มตัวร้อยละ 10-20 ของปริมาณไขมันที่บริโภค (คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2563) เลือกรับประทานไขมันชนิดที่ดี เช่น น้ำมันมะกอกที่ไม่ผ่านความร้อน น้ำมันปลา อะโวคาโด ใช้น้ำมันพืชที่มีกรดไลโนเลอิคในการปรุงอาหาร เช่น น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย และควรลดอาหารที่มีไขมันสูงหรือไขมันชนิดไม่ดี เช่น น้ำมันปาล์ม น้ำมันมะพร้าว อาหารทอด แกงกะทิต่างๆ ไข่แดง เป็นต้น (ฐิตินันท์ ดวงจินา และศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2563)

7.4 รับประทานอาหารจากใยอาหาร (Dietary Fiber) ควรได้รับใยอาหารทุกวันเพื่อป้องกันท้องผูก ป้องกันการอุดตันของลำไส้ ควรบริโภคใยอาหาร 25 กรัมต่อวัน ได้แก่ ผักและผลไม้สด ธัญพืชที่ไม่ผ่านการขัดสี รำข้าว ถั่วเมล็ดแห้งและเมล็ดพืช เป็นต้น (คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2563) ควรเลือกผักหลากหลายสีและสลับชนิดกันไป จะทำให้อาหารมีสีสันน่ารับประทาน เน้นผักที่หาได้ง่ายตามพื้นบ้าน ควรเป็นผักที่นึ่งหรือต้มจนสุก ไม่ควรรับประทานผักสด จะทำให้เกิดแก๊ส ท้องอืด ท้องเฟ้อได้ ควรรับประทานผัก 4-6 ส่วน ควรรับประทานผลไม้เป็นประจำ เพื่อให้ได้วิตามินซีและใยอาหาร ผลไม้ควรเป็นเนื้อนุ่ม เคี้ยวง่าย เช่น มะละกอ กล้วยสุก เป็นผลไม้ที่มีประโยชน์และปลอดสารพิษ รับประทาน 3-4 ส่วน (ฐิตินันท์ ดวงจินา และศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2563) นอกจากนี้การเลือกรับประทานอาหารแบบเมดิเตอร์เรเนียน ประกอบด้วย ผัก ผลไม้ เนื้อปลา พืชตระกูลถั่ว ธัญพืช ไขมันไม่อิ่มตัว (น้ำมันมะกอก) เนื้อสัตว์ ผลิตภัณฑ์จากนม ช่วยป้องกันโรคไม่ติดต่อได้ด้วย (Giacomello & Toniolo, 2022)

8. ควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว เพื่อให้ได้รับแร่ธาตุแคลเซียม ป้องกันภาวะกระดูกพรุน ควรดื่มนมพร่องมันเนย นมไขมันต่ำ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาขาดเอนไซม์แลคเตสที่ทำหน้าที่ย่อยน้ำตาลแลคโตสในน้ำนมจะมีอาการปวดท้อง แน่นท้อง ท้องเสีย แนะนำให้เริ่มดื่มน้ำนมครั้งละน้อยประมาณครึ่งแก้ว และสามารถเพิ่มเป็นครั้งละหนึ่งแก้วได้ ในเวลาประมาณ 1-2 สัปดาห์ หรือดื่มน้ำนมหลังอาหารขณะที่ท้องไม่ว่าง หรือ

เปลี่ยนเป็นนมเปรี้ยว โยเกิร์ตหรือนมถั่วเหลือง (คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2563)

9. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ ควรประเมินภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุทุกราย และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำในกรณีที่ไม่ได้มีข้อจำกัดอย่างน้อย 30 มิลลิลิตรต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน หรือประมาณวันละ 6-8 แก้ว ควรดื่มน้ำเปล่าสะอาดเป็นประจำทุกวัน เลี่ยงเครื่องดื่มชา กาแฟ (คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2563)

10. ควรลดอาหารประเภทน้ำตาล น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน อาหารไขมันสูง เพื่อป้องกันโรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง เครื่องดื่มที่เติมน้ำตาลไม่ควรบริโภคน้ำตาลเกินร้อยละ 5 ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน หรือไม่เกิน 6 ช้อนชา หรือ 24 กรัมต่อวัน และลดอาหารประเภทหมักดอง อาหารแปรรูป เค็มจัด เพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง โรคไต (คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย, 2563)

11. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุร่วมรับประทานอาหารพร้อมกันทั้งครอบครัว เพื่อสร้างความอบอุ่นทางจิตใจให้ผู้สูงอายุ กระตุ้นให้รับประทานอาหารได้มากขึ้น และให้กำลังใจผู้สูงอายุในการรับประทานอาหาร (ชวิศา แก้วอนันต์, 2561; Volkert et al., 2022)

12. แนะนำให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายระหว่างวันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะกล้ามเนื้อพร่อง (Sarcopenia) (Volkert et al., 2022; Roberts et al., 2021)

13. ในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการที่มีภาวะเรื้อรังจะได้รับการเพิ่มการรับประทานอาหารทางปากโดยการปรับเปลี่ยนอาหารหรือเสริมอาหารทางการแพทย์ (Oral nutritional supplement, ONS) ซึ่งควรได้รับคำแนะนำจากนักโภชนาการหรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ โดยให้พลังงานอย่างน้อย 400 กิโลแคลอรีต่อวัน รวมโปรตีน 30 กรัมขึ้นไปต่อวัน ควรให้ ONS ต่อไปอย่างน้อยหนึ่งเดือน และควรประเมินประสิทธิภาพและผลที่คาดหวังจากการได้รับ ONS เดือนละครั้ง (Volkert et al., 2022)

14. การประเมินติดตามเป็นระยะๆ ในรายที่ยังไม่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในครั้งแรกที่ประเมินอาจต้องมีการประเมินซ้ำเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยผู้สูงอายุในชุมชนหลังจากประเมินแล้วไม่พบภาวะทุพโภชนาการควรนัดประเมินซ้ำอีกครั้ง 1 ปี ผู้สูงอายุที่นอนโรงพยาบาลควรประเมินทุกราย และมีการประเมินซ้ำภายใน 1 สัปดาห์ (ดรุณีวัลย์ วโรดมวิจิตร, 2561)

บทสรุป

ประชากรโลกกำลังมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะพบการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและเศรษฐกิจที่มีผลต่อการบริโภคอาหาร เมื่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดขึ้นเป็นเวลานานจะเป็นสาเหตุของการเกิดภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุได้ ซึ่งโภชนาการมี

ความสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการเกิดโรคต่างๆ ดังนั้นการดูแลด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุจะต้องให้การพยาบาลเป็นรายบุคคลและครอบคลุมเพื่อให้แน่ใจว่าได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายและรักษาภาวะสุขภาพของบุคคลนั้นได้ ซึ่งภาวะทุพโภชนาการสามารถป้องกันได้ในผู้สูงอายุ พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องตระหนักถึงภาวะทุพโภชนาการที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ พยาบาลต้องสามารถคัดกรองภาวะโภชนาการ สามารถประเมินความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุให้ได้ตั้งแต่เริ่มแรก จะช่วยป้องกันการเกิดภาวะทุพโภชนาการ และเมื่อเกิดปัญหาทุพโภชนาการสามารถให้การพยาบาลดูแลโภชนาการได้อย่างทันท่วงที เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ รวมทั้งช่วยลดการเจ็บป่วยและอัตราตายลงได้

เอกสารอ้างอิง

กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566, 10 เมษายน). *สถิติผู้สูงอายุ.* https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962

กระทรวงสาธารณสุข. (ม.ป.ป.). *คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564.* http://www.tako.moph.go.th/takmoph2016/file_download/file_20210129131952.pdf

กุลพงษ์ ชัยนาม. (2563). การเปลี่ยนแปลงทางประสาทสัมผัสและการรับประทานอาหารในผู้สูงอายุ. *วารสารโภชนบำบัด, 28*(1), 64-74.

คณะกรรมการและคณะทำงานปรับปรุงข้อกำหนดสารอาหารที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย. (2563). *ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2563*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ.วี. โปรเกรสซีฟ.

จักรินทร์ ปริมานนท์, ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, และสมเกียรติยศ วรเดช. (2561). ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะโภชนาการในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5*(1), 329-342.

ชวิศา แก้วอนันต์. (2561). โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย, 12*(2), 112-119.

ฐิตินันท์ ดวงจินา, และศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2563). การพยาบาลเพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ. *พยาบาลสาร, 47*(3), 469-480.

ดรุณีวัลย์ วโรดมวิจิตร. (2561). การคัดกรองภาวะโภชนาการและการจัดการในผู้สูงอายุ. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. *พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น*. (พิมพ์ครั้งที่ 1, หน้า 255-267). ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาคพิมพ์.

ธนวดี ปรีเปรม. (2564). *การประเมินและจัดการภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุในร้านยา.* https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=1004

นลินี ยิ่งชาญกุล. (2565). *การดูแลโภชนาการเบื้องต้นในผู้สูงอายุแบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ห้างหุ้นส่วนจำกัดเชียงใหม่พิมพ์นิยม.

ปณิตา ลิมปะวัฒนา. (2561). *กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ปณิธาน สนพะเนา. (2563). วิธีการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, 5*(1), 4-12.

พัชร โชติชัยสถิตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฏ สุทธิ, และสุมลชาติ ดวงบุบผา. (2562). *ภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม.* การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 20. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พิริยฉัตร คณานุรักษ์, กัลยา สร้อยสิงห์, เกษมสุข เขียวทอง, ธนวันต์ พัฒนสิงห์, จีน่า ซัมเมอร์ส, และจิราพร ธรรมสุขเสรี. (2563). พฤติกรรมการรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการของผู้สูงอายุในจังหวัดชลบุรี. *วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี, 14*(3), 548-563.

พุทธิพร พิธานธนานุกูล, และภิรมย์ รชตะนันท์. (2562). ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 22*(1), 1-13.

มโนลี ศรีเปารยะ เพ็ญพงษ์. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารส่งผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารศรีวนาลัยวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 7*(2), 90-103.

วรางคณา บุตรศรี, และนันทรียา โลหะไพบูลย์กุล. (2560). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีอายุยืน ตำบลปทุมอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์, 1*(2), 86-98.

สุนทรี ภานุทัต, จำลอง ชูโต, เฉลิมศรี นันทวรรณ, อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, และทัศนีย์ พฤกษาชีวะ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ. *journal of Ratchathani innovative Health Sciences, 1*(1), 1-15.

Chuansangeam, M., Wuthikraikun, C., Supapueng, O., & Muangpaisan, W. (2022). Prevalence and risk for malnutrition in older Thai people: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition, 31*(1), 128-141. https://doi.org/10.6133/apjcn.202203_31(1).0014

Giacomello, E., & Toniolo, L. (2022). Nutrition, diet and healthy aging. *Nutrients, 14*(190), 1-3.

Leitao, C., Mignano, A., Estrela, M., Fardilha, M., Figueiras, A., Roque, F., & Herdeiro, M. T. (2022). The effect of nutrition on aging—A systematic review focusing on aging-related biomarkers. *Nutrients, 14*(3), 554.

Nigam, Y., & Knight, J. (2017). Anatomy and physiology of ageing 3: the digestive system. *Nursing Times, 113*(4), 54-57.

Roberts, S. B., Silver, R. E., Das, S. K., Fielding, R. A., Gilhooly, C. H., Jacques, P. F., Kelly, J. M., Mason, J. B., McKeown, N. M., Reardon, M. A., Rowan, S., Saltzman, E., Shukitt-Hale, B., Smith, C. E., Taylor, A. A., Wu, D., Zhang, F. F., Panetta, K., & Booth, S. (2021). Healthy aging—nutrition matters: start early and screen often. *Advances in Nutrition, 12*(4), 1438-1448.

Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., Van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2022). ESPEN practical guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, *41*(4), 958-989. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2022.01.024

แผนการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

อินทิรา ศรีพันธ์, อ.ว.เวชศาสตร์ครอบครัว[1*]

(วันที่ส่งบทความ: 18 พฤศจิกายน 2565; วันที่แก้ไข: 18 กุมภาพันธ์ 2567; วันที่ตอบรับ: 8 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่สูญเสียความคิดความจำหลายด้านซึ่งเกิดภายหลังกำเนิด โดยมีผลกระทบต่อการทำอาชีพ หรือการเข้าสังคม ภาวะสมองเสื่อมมีสาเหตุส่วนหนึ่งมาจากโรคอัลไซเมอร์และมีความสัมพันธ์กับพยาธิวิทยามากกว่าหนึ่งอย่าง โดยปกติพบโรคอัลไซเมอร์ร่วมกับพยาธิวิทยาที่หลอดเลือดและหัวใจ การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมต้องการประวัติ การประเมินความคิดความจำที่ลดลง และการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลง ด้วยการยืนยันจากเพื่อนใกล้ชิดหรือสมาชิกในครอบครัว ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่มีความซับซ้อน จุดประสงค์การรักษาเพื่อลดความทุกข์ที่มีสาเหตุจากความบกพร่องทางความคิดที่เกิดร่วมกับอาการ เช่น อารมณ์และพฤติกรรมและช่วยชะลอความก้าวหน้าของความคิดที่ลดลงบทความนี้ได้สรุปสาเหตุของโรค ลักษณะของโรค ปัจจัยเสี่ยงของโรค นอกจากนี้ยังให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม แผนการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้ดูแลในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม เช่นการแต่งตัว การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ การขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ การยืน/เดิน/การเคลื่อนไหวร่างกายและการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

คำสำคัญ: ภาวะสมองเสื่อม, กิจวัตรประจำวัน, ผู้ดูแล

[1]นายแพทย์เชี่ยวชาญ, โรงพยาบาลขามทะเลสอ อ.ขามทะเลสอ จ.นครราชสีมา

[*]ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: อินทิรา ศรีพันธ์, อีเมล: Intirasriphan@gmail.com

Care Plan for Activities of Daily Living of Older Adult with Dementia for Care Givers

Intira Sriphan.Thai Board of Family Medicine.[1*]

(Received: November 18th, 2022; Revised: February 18th, 2024; Accepted: March 8th, 2024)

Abstract

Dementia is an acquired loss of cognition in multiple cognitive domains sufficiently severe to affect social or occupational function. However, dementia is commonly associated with more than one neuropathology, such as Alzheimer's disease with a cerebrovascular pathology. Diagnosing dementia requires a history evaluation for cognitive decline and impairment in daily activities over time, with corroboration from close friends or family members. Dementia is a complex condition, The aim of treatment is to reduce the stress of care givers for patients with dementia and to reduce the suffering caused by the cognitive and accompanying symptoms (e.g., changes in mood and behavior), while delaying the inevitable progressive cognitive decline. This article summarizes the causes, characteristics, and risk factors of this disease, as well as provides care plans for Activities of Daily Living (ADL) for older adults with dementia for care Givers to follow for matters such as dressing, eating, bathing, elimination/toilet, stranding/walking/mobility, and environmental safety.

Keywords: dementia, activities of daily living, care givers

[1]Medical Doctor, Expert Level, Khamtaleso Hospital, Khamtaleso District, NakhonRatchasima Province

[*] Corresponding author: Intira Sriphan, Email: Intirasriphan@gmail.com

บทนำ

ภาวะสมองเสื่อมเป็นโรคสำคัญและมีค่าใช้จ่ายที่มีราคาแพงซึ่งส่งผลกระทบต่อวัยผู้ใหญ่ 5 ล้านคน และเป็นโรคอันดับที่ 5 ที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของชาวอเมริกันที่อายุมากกว่า 65 ปี ความชุกของภาวะสมองเสื่อมในอเมริกาจะเพิ่มเป็นสองเท่าในปีพ.ศ.2603 (Falk et al. ,2018)ในขณะที่ระบาดวิทยาของภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย พบได้ร้อยละ 2-10 โดยสาเหตุของความแตกต่างของผลคัดกรองนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ การประเมินทั้งประเทศโดยใช้แบบประเมินสภาพจิตของจุฬา (Low Chula mental test score [CMT]) และ แบบประเมินความบกพร่องกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (impaired self-care Activities of Daily Living [ADLs]) จากการศึกษาพบว่า อายุมากขึ้นพบภาวะสมองเสื่อมน้อยลง (อายุ 70-79 ปี พบ31 % อายุ 80ปีขึ้นไป พบ11.6%) บางการศึกษามีผลตรงกันข้าม อาจเกิดจากการใช้เกณฑ์วินิจฉัยแตกต่างกัน ผลการศึกษาจึงไม่เหมือนกันยิ่งระดับการศึกษาน้อย ยิ่งพบภาวะสมองเสื่อมมาก (อ่านไม่ออก พบ28% เขียนไม่ได้ พบ30.8%) จากการประเมินกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุที่จังหวัดนครปฐม ลำปาง สกลนคร และระนอง โดยใช้ Thai mental state examination (TMSE) <25th percentile and impaired ADLs ได้ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของจริยา แต่เสนอเป็นตัวเลขเพื่อให้เห็นความแตกต่างของการใช้แบบประเมิน พบว่า ยิ่งอายุมาก พบภาวะสมองเสื่อมน้อยลง อายุ 60- 64 ปี (ร้อยละ 41) อายุ 65-69 ปี (ร้อยละ 26.4) อายุ 70-74 ปี (ร้อยละ 17.4) อายุ 75-79 ปี (ร้อยละ 9) อายุ 80+ (ร้อยละ 6.2) ยิ่งระดับการศึกษาน้อย เกิดภาวะสมองเสื่อมมากขึ้นไม่ได้เรียน (ร้อยละ 25) ได้เรียน 1-4 ปี (ร้อยละ68)ประถมศึกษา (ร้อยละ 3) มัธยมศึกษา (ร้อยละ 0) ปริญญาตรีหรือสูงกว่า (ร้อยละ 1) ในต่างจังหวัด ความชุกทั้งประเทศ อ่านไม่ออก (ร้อยละ 28.3) เขียนไม่ได้ (ร้อยละ 30.8) (จริยา จันตระ และคณะ, 2562)

ภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อการทำอาชีพ หรือการเข้าสังคม การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลภาวะสมองเสื่อมมีผลกระทบต่อการทำอาชีพหรือการเข้าสังคม การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพื่อลดความทุกข์ที่มีสาเหตุจากความบกพร่องทางความคิดที่เกิดร่วมกับอาการ เช่น อารมณ์และพฤติกรรมเพื่อช่วยชะลอความก้าวหน้าของความคิดที่ลดลง จึงมีความสำคัญมากใน การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้านสำคัญมาก ไม่เพียงแต่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้นแต่ยังช่วยลดความเหนื่อยล้าของญาติและผู้ดูแลอีกด้วยภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวทำได้เพียงประคับประคองอาการไม่ให้แย่ลง (โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, 2565)การศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ ได้รายงานผลการศึกษาไว้6 ประเด็นคือ 1) ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน 2) จัดการและป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ 3) ดูแลเพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ 4) พาไปตรวจตามแพทย์นัด 5) จัดสรรเวลาพาเที่ยวนอกบ้าน 6) ชวนท่านทำบุญทำทานไหว้พระสวดมนต์ใช้เป็นแนวทางในการให้

คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม (ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ, และคณะ, 2561)

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมีเป็นภาวะเรื้อรังที่มีการสูญเสียความสามารถทางความคิด (Cognitive ability) 2 ด้านหรือมากกว่า โดยมีสาเหตุจากโรคสมองหรือการได้รับบาดเจ็บ (Arvanitakis et al., 2019)ทำให้เกิดผลกระทบต่อความจำ การคิด พฤติกรรมและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (จริยา จันตระ และคณะ, 2562) ในทัศนของผู้แต่งหมายถึง เป็นภาวะเรื้อรังที่มีปัญหาในด้านทิศทางและสิ่งแวดล้อม การทำงานซับซ้อน ภาษา ความจำระยะสั้นไม่ดี ความสนใจลดลง ความสามารถในการรับรู้สังคมลดลง แยกตัว (Social Cognition) สูญเสียทักษะในการทำกิจกรรม การไม่รับรู้ในสิ่งที่เคยรู้มาก่อนและอารมณ์และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง อุบัติการณ์การเกิดภาวะสมองเสื่อมโดยรวมประมาณ 5% เพิ่มขึ้นเป็น 37 % ในคนที่อายุมากกว่า 90 ปี ความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมมี 17 % อุบัติการณ์เพิ่มขึ้นสองเท่าในแต่ละทศวรรษหลังอายุ 60 ปี (Bott & Lindsay, 2019) ความชุกด้านพฤติกรรม (Behavioral) และด้านจิตใจ(Psychological) ในโรคภาวะสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองพบได้ถึงร้อยละ 87 ควรค้นหาอาการนี้เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว (ศิรินภา อภิสิทธิ์ภิญโญ และคณะ, 2562) อาการหลงลืม การใช้ภาษาไม่ได้และไม่ถูกต้อง มีอารมณ์เฉยเมยหรือก้าวร้าว ฝันร้าย เดินเซ ทำให้ทราบวินิจฉัยโรคภาวะสมองเสื่อมได้ มีความจำเป็นที่ครอบครัวและผู้ดูแลต้องรู้จักยาที่จะใช้กับผู้ป่วย ในสหรัฐอเมริกา การวินิจฉัยแต่แรกของภาวะสมองเสื่อมใช้แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นร่วมด้วย (Global Deterioration Scale [GDS]) เพื่อทราบระยะของโรคที่และแยกแยะการพยากรณ์โรคที่ผู้ป่วยเป็น (Sousa et al., 2020)

สาเหตุ สาเหตุของภาวะสมองเสื่อมเกิดได้ ดังนี้

1. โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) เป็นสาเหตุที่พบบ่อยที่สุด อาการโดยทั่วไปจะมีการสูญเสียความจำระยะสั้น (Short-term memory loss) มีความบกพร่องด้านความจำเป็นช่วง ๆ (Episodic memory impairment)(Arvanitakis et al., 2019)

2. โรคหลอดเลือดสมอง มักมีปัจจัยความเสี่ยงทางหลอดเลือด เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือโรคหลอดเลือดอื่น ๆ กล้ามเนื้อหัวใจตาย (Myocardial infarction) ภาวะสมองเสื่อมจากลิวอี้บอดี้ (Lewy body dementia [LBD]) มักมีประวัติมีพฤติกรรมผิดปกติในช่วงหลับฝันหรือการนอนที่มีการเคลื่อนไหวตาไปอย่างรวดเร็ว(Rapid eye movement behavior disorder หรือ [REMS] มีอาการเป็นปี นำหน้าอาการบกพร่องด้านความคิด (Cognitive impairment), เห็นภาพหลอน (Visual Hallucination) และประสาทหลอนภาวะสมองเสื่อมในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน (Parkinson disease Dementia) ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากการเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทบริเวณสมองส่วนหน้า (Frontal lobe) และส่วน

ขมับ (temporal lobe) มีประวัติของพฤติกรรมเหล่านี้ เช่น บุคลิกภาพเฉยเมย (Apathy) พฤติกรรมไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (Disinhibition) (Arvanitakis et al., 2019)

3. ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ (Hypothyroidism) ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) ขาดวิตามินบี12 (Vitamin B12 deficiency) เลือดออกในกะโหลกใต้ชั้นดูรา(Subdural Hematoma) (จริยา จันตระและคณะ, 2562)

4. ภาวะเพ้อสับสน (Delirium) สับสนในช่วงเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเพิ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พฤติกรรมเปลี่ยน อาจซึมมากเกินไปหรือกระสับกระส่าย มีหูแว่วเป็น ๆ หาย ๆ HIV (Human immunodeficiency virus infection) หรือโรคซิฟิลิสขึ้นสมอง(Neurosyphilis) มีประวัติความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์สูงหรือใช้ยาเสพติด ภาวะการไหลเวียนเลือดไม่เพียงพอจากหัวใจล้มเหลว (Hypoperfusion from heart failure) มีประวัติหัวใจวายหรือเป็นลม เนื้องอกในสมอง (Intracranial tumor) มีอาการชัก, แขนขาอ่อนแรง อาการข้างเคียงของยา (Medication adverse effects) ใช้ยา anticholinergic drugs , Benzodiazepines,opioids , muscle relaxantsกลุ่มอาการความจำเสื่อมที่เกิดจากการขาดวิตามิน B1 (Wernicke-Korsakoff syndrome) มีประวัติติดเหล้า (Falk et al., 2018)

ปัจจัยเสี่ยง

กลไกการเกิดโรคสมองเสื่อมยังไม่ชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคสมองเสื่อม ได้แก่

1. อายุมากขึ้น (Aging) เป็นปัจจัยที่สำคัญสำหรับสาเหตุของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด ภาวะสมองเสื่อมที่เกิดจากโรคอัลไซเมอร์ส่งผลกระทบร้อยละ 5-10 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และส่งผลกระทบร้อยละ 50 ของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 85 ปี (Arvanitakis et al., 2019)บางการศึกษามีผลตรงกันข้าม อาจเกิดจากการใช้เกณฑ์วินิจฉัยแตกต่างกัน

2. ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้ (Non–modifiable risk factors) ของภาวะสมองเสื่อมที่มีสาเหตุจากโรคอัลไซเมอร์ ได้แก่ เพศหญิง เผ่าพันธุ์ผิวดำ (Black race) เชื้อชาติสเปน (Hispanic ethnicity) และปัจจัยทางพันธุกรรม เช่น Apolipoprotein E (APOE) gene(Arvanitakis et al., 2019)

3. ปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ (Modifiable risk factors) ของภาวะสมองเสื่อมทั้งหมด ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อาหารและการจำกัดความคิด (limited cognitive) ขาดการออกกำลังกายและ ขาดกิจกรรมทางสังคม (Arvanitakis et al.,2019) ภาวะอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ภาวะขาดวิตามิน โรคหัวใจที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองชนิดลิ่มเลือดที่มาจากหัวใจอุดตัน (Cardio-embolic stroke) ภาวะกรดอะมิโนชนิดทำลายผนังหลอดเลือดสูง(Hyperhomocysteinemia) การรักษาโดยให้ฮอร์โมนทดแทน (Hormone replacement therapy) อุบัติเหตุที่ศีรษะ ระดับการศึกษาต่ำ สัมผัสสารพิษ และ ภาวะติดเชื้อภายในมดลูก (Intrauterine infection)(จริยา จันตระและคณะ, 2562)

อาการและอาการแสดง

พยาบาลสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในการประเมินอาการและอาการแสดงที่สามารถสังเกตได้ ในด้านความคิด ความจำ ด้านจิตใจ ด้านพฤติกรรม ด้านการนอนหลับและด้านทางกายภาพ ดังนี้ (Arvanitakis et al., 2019)

1. ด้านความคิดความจำ (Cognitive) ในระยะแรกผู้ป่วยจะสูญเสียความจำระยะสั้น (Short-term memory loss) มีความจำบกพร่องเป็นช่วง ๆ (Episodic memory impairment) ตัวอย่างเช่น ลืมนัดหมาย ลืมจ่ายใบเสร็จที่เรียกเก็บเงิน ลืมเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดเมื่อไม่นานนี้ เช่น ภายใน 2-3 อาทิตย์ที่ผ่านมาที่เพิ่งออกจากบ้านไป (Arvanitakis et al., 2019) ลืมว่าซื้อของไปแล้วหรือซื้อของชิ้นเดิมหลายครั้งที่ร้านขายของ พูดบทสนทนาซ้ำ ๆ (Falk et al., 2018) อ่านไม่รู้เรื่องแต่เขียนหรือคัดลายมือได้ (Anomia) หรือไม่สามารถหาคำที่มีความหมายได้ (Semantic deficits) มีปัญหาในการใช้คำทดแทน ใช้ภาษาไม่ชัดเจน (What you eat with “for”fork’) (Arvanitakis et al., 2019) ในระยะหลังสูญเสียความจำในการทำงานที่สามารถทำได้ทันทีและเก็บรวบรวมข้อมูลได้ ลืมการใช้เทคโนโลยีเรื่องครัวเรือน ตัวอย่างเช่น ลืมวิธีใช้ไมโครเวฟลืมว่าจะกดปุ่มหมายเลขโทรศัพท์อย่างไร (Arvanitakis et al., 2019) มีความยากในการทำชิ้นงานที่คุ้นเคยที่มีหลายขั้นตอน เช่น การเตรียมอาหาร การทำงานต้องการการตรวจสอบมากกว่าเมื่อก่อน (Falk et al., 2018) มีเหตุการณ์สูญเสียด้านภาษา เช่น ความบกพร่องในเข้าใจคำพูด (Global aphasia) มีความผิดพลาดเวลากำลังพูด ใช้คำในประโยคน้อย ขาดการเริ่มต้นในการสนทนา ดูเงียบ (Arvanitakis et al., 2019)

2. ด้านจิตใจ (Psychological) ระยะแรกมีอาการเฉยเมย (Apathy) ขาดการเริ่มต้นคิดหรือขาดการกระทำ เช่น ไม่เตรียมตัวกินข้าว มีอาการซึมเศร้า รู้สึกสิ้นหวังและสูญเสียเป้าหมายในชีวิต ระยะหลังมีอาการหลงผิด (Delusion) มีระบบความเชื่อที่ผิด เช่น ลดความสัมพันธ์ อยู่คนเดียว หรือคิดว่าผู้ดูแลกำลังจะขโมยเงิน (Arvanitakis et al., 2019)

3. ด้านพฤติกรรม (Behavioral) ถอนตัวจากสังคม ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการสนทนาง่าย ๆ มีพฤติกรรมไม่สามารถยับยั้งชั่งใจ (Disinhibition) พูดมากเกินไป เช่น อาการพูดเลียนแบบ (Echolalia) อาการพูดซ้ำเร็ว (Palilalia) และมีการชอบใช้ปาก (Hyperorality) เช่น การรับประทานสิ่งที่รับประทานไม่ได้ เช่น กินจาน (Arvanitakis et al., 2019) มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมมากขึ้น, สูญเสียความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น, บกพร่องการตัดสินใจ (Falk et al. 2018) ระยะหลังมีอารมณ์ก้าวร้าว (Aggression) พูดก้าวร้าว เช่น ร้องลั่น ก้าวร้าวทางกาย เช่น ขว้างสิ่งของ พเนจร (Wandering) เดินออกจากบ้านไปกลางดึกและหลงทาง (Arvanitakis et al., 2019)

4. ด้านการนอนหลับ (Sleep) ระยะแรกมีพฤติกรรมผิดปกติช่วงหลับฝัน (REMS) มีความฝัน เช่น กำลังวิ่งเวลาฝัน มีคนไล่ล่า ระยะหลังวงจรการนอนหลับเปลี่ยนแปลง ตื่นบ่อยตอนกลางคืนและลุกจากเตียง นอนตื่นสายและงีบหลับอีกครั้งช่วงกลางวัน

5. ด้านทางกายภาพ (Physical) มีการบกพร่องทางการเดิน (Gait impairment) เช่น หกล้ม ระยะหลังมีการเคลื่อนไหวที่ซ้ำซากจำเจ (Repetitive purposeless movements) จับกระดุมเสื้อเป็นชั่วโมงโดยไม่เป็นสุข (Arvanitakis et al., 2019) มีกลุ่มอาการการเคลื่อนไหวน้อยและช้า อาการสั่น อาการแข็งเกร็ง และปัญหาการเดิน (Parkinsonism) ก้มศีรษะ คางชิดหน้าอก ลำตัวค่อม ไหล่งุ้ม แขนหมุนเข้าด้านใน งอข้อศอก ข้อเข่าและข้อสะโพกงอ (Stooped posture), ก้าวสั้น ๆ การเดินไม่มั่นคง มีความแข็งกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า มีชักเกร็ง มีกระตุกแขนขาซ้ำโดยไม่ตั้งใจในช่วงที่ไม่รู้สึกตัว (Arvanitakis et al., 2019)

การรักษา มี 2 วิธี

มีการศึกษาเพิ่มมากขึ้นและจากการศึกษามีการปรับปรุงการรักษาโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมองซึ่งสัมพันธ์กับความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้เกิดภาวะสมองเสื่อมที่ลดลง (Falk, Cole, & Meredith, 2018)

1. การรักษาด้วยยา

ยาที่ใช้การจัดการอาการกระสับกระส่าย (Agitation) ในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมได้แก่ SSRI (Selective serotonin reuptake inhibitors) และ Risperidone มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง ลดอาการกระสับกระส่ายในภาวะสมองเสื่อมทุกชนิด (Strength of Recommendation A base on meta-analysis) Olanzapine และ Risperidone มีประสิทธิภาพระดับปานกลาง ลดอาการกระสับกระส่ายในภาวะสมองเสื่อมมากกว่ายาตัวหลอก (Strength of Recommendation B base on one high-quality RCT) (Gale et al., 2021) Olanzapine และ Risperidone เป็นยาที่มีโอกาสได้ใช้ แต่การรักษาโดยไม่ใช้ยาสำคัญที่สุด คือการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

การรักษาด้วยยามีข้อจำกัด ในขณะที่การรักษาโดยไม่ใช้ยาสามารถหยุดการดำเนินของโรคและประชาชนสามารถเข้าถึงได้ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization :WHO) กำหนดการดูแลทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูเป็นหลักซึ่งแนะนำการวางแผนดูแลสุขภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลก ระบบบริการการฟื้นฟูเป็นที่จดจำได้อย่างกว้างขวางและมีเป้าหมายเพื่อให้ลดภาวะพึ่งพิงให้ได้มากที่สุดโดยอาศัยความร่วมมือของชุมชนและสหสาขาวิชาชีพ (Gupta et al., 2021)

2. การรักษาโดยไม่ใช้ยา ได้แก่

การอ่านหนังสือ, การเล่นเกมส์

การออกกำลังกาย

การมีกิจกรรมทางสังคมกับคนอื่นและครอบครัว

การกินอาหารที่รักสุขภาพ

การนอนหลับที่เพียงพอ

การจัดบ้านให้ปลอดภัย

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเกี่ยวกับหนังสือมอบอำนาจ

การวางแผนดูแลระยะยาวเมื่อภาวะสมองเสื่อมถึงระยะหลัง

การดูแลด้านการเงินเกี่ยวกับการจัดการทรัพย์สิน

การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

การดูแลทางจิตใจ (Arvanitakis et al., 2019)

การดูแลการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

เป้าหมายโดยรวมเพื่อลดความทุกข์ที่มีสาเหตุจากความบกพร่องทางความคิด (Cognitive impairment) ซึ่งเกิดร่วมกับอาการ เช่น อารมณ์และพฤติกรรม เพื่อชะลอความเสื่อมของการรับรู้และความเข้าใจ (Cognitive Decline) (Arvanitakis et al., 2019)

การเตรียมตัวของผู้ดูแลช่วยทำกิจกรรมและคุณสมบัติของผู้ดูแล

คุณสมบัติของผู้ดูแล

ผู้ดูแลควรมีคุณสมบัติเป็นผู้ไม่มีอารมณ์เครียด หงุดหงิด รีบเร่งใจร้อน เพราะ ผู้ป่วยสามารถรับรู้ความรู้สึกนั้นๆ ได้ และอาจหงุดหงิด ต่อต้าน ไม่ร่วมมือหรือเกิดปฏิกิริยาตอบโต้ (จริยา จันตระ และคณะ, 2562)

ผู้ดูแลควรมีการวางแผนระยะยาวเตรียมตัวเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ภาวะสมองเสื่อมระยะหลัง

การดูแลอาการภาวะสมองเสื่อมที่ซับซ้อนควรจะได้รับการส่งต่อให้ผู้ที่ดูแลเฉพาะ เช่น ผู้จัดการด้านอาการ เช่น พยาบาลผู้สูงอายุ นักสังคมสงเคราะห์ นักฝึกอาชีพหรือนักบำบัดการพูด จากการศึกษาโดยการสังเกต (Observational studies) และการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่าง 2-3 เรื่อง (Randomized Controlled trials) หลักสำคัญที่พบคือ แนะนำการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยาจะมีประโยชน์มาก แม้ว่าตัวอย่างที่มีประโยชน์จะมีน้อยและจำนวนน้อย

ผู้ดูแลควรมีความสนใจทางคลินิกของผู้ป่วยการมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยถือเป็นเรื่องที่สำคัญ มีความพยายามมีอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพจนถึงระดับการดูแลภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น (Primary care)

มีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลและมีการรักษาที่ให้(Intervention) อาจทำให้ผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมดีขึ้นและราคาไม่สูง ยังพบข้อมูลที่มีประโยชน์อยู่ (Arvanitakis et al., 2019)

การจัดตั้งสาธารณสุขมูลฐานมีความสำคัญมากในวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม แพทย์ทั่วไปเป็นเจ้าของไข้ซึ่งเป็นแพทย์ทั่วไปเป็นคนที่ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดและเป็นคนเดียวที่ติดต่อกับผู้ป่วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญควรวินิจฉัยให้ชัดเจนระหว่างผู้สูงอายุปกติกับผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพของโรครวมถึงปัจจัยแต่ละบุคคล ในการมีส่วนร่วมต้องทราบเรื่องภาวะสมองเสื่อม การทราบระยะของภาวะสมองเสื่อมสามารถช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจ

ผู้ป่วย, สภาพครอบครัว, ความต้องการในช่วงการดำเนินของโรคได้ดีขึ้น และนำไปสู่การปรับปรุงระบบสุขภาพที่มีอยู่และระบบการบริการที่ดูแลทางสังคม

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลและครอบครัวเป็นอย่างมาก การจัดการการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจึงมีความซับซ้อนและต้องการความรู้ ทักษะและระบบการจัดการดูแลที่เหมาะสมอย่างครบวงจร (จริยา จันตระ และคณะ, 2562)

1. การจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรู้คิด (Cognitive training) ได้แก่ การอ่านและเล่นเกมที่เกี่ยวกับความคิด เช่น หมากรุก เกมไพ่บริดจ์ (Bridge) อาจช่วยรักษาด้านความคิด ความจำ และการทำกิจวัตรประจำวันให้คงอยู่ มีการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized trials) ผลการศึกษาพบว่า ควรหลีกเลี่ยงความอึดอัดใจและความเครียดจากกิจกรรมที่ต้องใช้ความพยายามสูงกับผู้ป่วย การรักษาด้วยดนตรีหรือศิลปะและจากประสบการณ์อาจช่วยรักษาทางความคิด ความจำ (Cognitive) หรือทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น เพราะช่วยเก็บความจำเก่าในวัยเด็กไว้ได้นานที่สุด การรักษาความทรงจำ (Reminiscence therapy) ด้วยการรักษาทางจิตใจ (Psychotherapy) โดยใช้ประวัติส่วนตัวของแต่ละบุคคล เรื่องราวชีวิตตอนเยาว์วัยและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น อาจช่วยทำให้สภาพจิตดีขึ้น (Arvanitakis et al., 2019) การนำนาฬิกาที่มีเข็มบอกเวลามีตัวเลขอ่านง่าย ให้ผู้สูงอายุดู แล้วสอบถามว่า ช่วงนี้เป็นเวลาอะไร กลางวันหรือกลางคืน ปกติเข้านอนกี่โมงตื่นกี่โมง เปิดเพลงที่ผู้สูงอายุชอบฟังหรือคุ้นเคย นั่งฟังเพลงด้วยกันและสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับเพลง เช่น ใครเป็นนักร้อง ชอบเพลงนี้เพราะอะไร ให้ผู้สูงอายุเล่าเหตุการณ์ที่จดจำได้ นำรูปภาพสถานที่ที่ผู้สูงอายุคุ้นเคย เช่น บ้าน วัด ศาสนสถาน หรือสถานที่ท่องเที่ยวที่เคยไป ให้ผู้สูงอายุดูภาพและถามชื่อสถานที่ อยู่ที่ไหน จังหวัดใด ภาคอะไร (โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, 2565) จัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรู้คิดแม้จะมีประโยชน์จำกัดแต่คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะดีขึ้น การรักษาโดยไม่ใช้ยาสามารถหยุดการดำเนินของโรค (Gupta et al., 2021)

หลักในการแก้ปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม

หลายๆพฤติกรรมไม่สามารถรักษาด้วยยาได้ ผู้ดูแลจะต้องเข้าใจและรับทราบว่าพฤติกรรมนั้นๆเป็นส่วนหนึ่งของอาการเจ็บป่วย การแก้ปัญหาทำได้โดยไม่ตอบสนองต่อพฤติกรรมนั้นๆ แล้วเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วยไปยังเรื่องอื่น จำไว้ว่าสถานการณ์ใดเป็นตัวกระตุ้นต่อไปจะได้หลีกเลี่ยง(พงศธร เนตราคม,2563)

2. การประเมินและดูแลด้านการเคลื่อนไหว การเดิน ทดสอบความสามารถในการยืน การเดินและการทรงตัว การสวมรองเท้าที่พอดี ควรเป็ นรองเท้าหุ้มส้น พื้นไม่ลื่น สวมแว่นตาและอุปกรณ์ช่วยฟัง ถ้ามีปัญหาผู้ป่วยเดินไม่ได้ ควรออกกาลังกายบนเตียงหรือเก้าอี้ (Arvanitakis et al.,2019)

3. การส่งเสริมการออกกำลังกายแอโรบิค (Aerobic) เช่น การเดิน การว่ายน้ำ และแอนแอโรบิค (Anaerobic) เช่น การยกน้ำหนัก มีประโยชน์ช่วยให้สุขภาพหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น ลดความเสี่ยงเรื่องความดันโลหิตและโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)และการทดลองแบบสุ่มแนะนำว่าวิธีการเหล่านี้อาจมีผลดีต่อทางความคิดความจำ
(Cognitive) และการทำหน้าที่ของร่างกาย (Physical Function) (Arvanitakis et al., 2019)

4. ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น เช่น ร่วมกิจกรรมกับครอบครัว การมีกิจกรรมทางสังคม รวมทั้งการจัดงานวันเกิด กิจกรรมวันหยุด การมีกลุ่มความจำบกพร่องค่อยช่วยเหลือซึ่งกันและกันการมีกิจกรรมฝึกสัตว์ เช่น การรักษาด้วยสุนัข (Arvanitakis et al., 2019)

5. การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ เช่น Mediterranean diet อาทิเช่น ผักใบเขียวปริมาณสูง แนะนำการกินอาหารเพื่อบำรุงสมอง (Brain –Healthy diet) เช่น ถั่ว เบอร์รี ผักใบเขียว ปลา (Arvanitakis et al.,2019) ซึ่ง Mediterranean diet เป็นการรับประทานอาหารแบบผู้คนที่อาศัยอยู่ในแถบทะเลเมดิเตอร์เรเนียน เช่น กรีซ อิตาลีตอนใต้ สเปน เน้นหลักการสำคัญ 9 ประการและนำมาปรับใช้กับอาหารของคนไทยได้ดังนี้

5.1 Mediterranean diet คือ เน้นรับประทานธัญพืชต่าง ๆ เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีต เมล็ดงา และถั่วต่าง ๆ เน้น ผัก (High vegetables) เพิ่มความหลากหลายของผักในมื้ออาหาร อย่างน้อย 5สี ควรมีสัดส่วนของผัก ประมาณครึ่งหนึ่งของจานในแต่ละมื้อ เน้นผลไม้ (High fruits) ควรรับประทานผลไม้ทุกวันในสัดส่วนที่พอเหมาะ เช่น ฝรั่ง ชมพู่ แอปเปิ้ล อะโวคาโด เป็นตน้ เน้นปลา (High fish) เช่น ปลาแซลมอน ปลาทูน่า เป็นต้น ลดการบริโภคเนื้อสัตว์ เนื้อแดง หรือเนื้อที่ผ่านการแปรรูป (Low red and processed meat)

5.2 เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันดี (High Good Fat) เลือกใช้น้ำมันมะกอกเป็นหลักในการปรุงอาหาร ถ้าไม่มีสามารถใช้น้ำมันราข้าวทดแทนได้ ให้สรรพคุณใกล้เคียงกัน ลดอาหารที่มีไขมนัทรานส์ เช่น เนยขาว มาการีน จำกัดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Moderate Alcohol) ออกก าลังกายสม่ำเสมอ (Regular Physical Activity) (มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, งานโภชนาการ, 2564)

ถ้าผู้ป่วยเริ่มใช้ช้อน ส้อมไม่เป็น พิจารณาให้รับประทานอาหารที่สามารถใช้นิ้วหยิบรับประทานได้สะดวก ควรเตือนความจำถึงรสชาติและกลิ่นอาหาร (จริยา จันตระ และคณะ, 2562) ปัญหาที่พบบ่อยคือ จำไม่ได้ว่ากินอาหารไปแล้ว ไม่รู้จัก วิธีการใช้ช้อนส้อม ปัญหาในการกลืน การเคี้ยวหรืออาจต้องป้อนอาหาร

แนวทางการจัดการกับปัญหา: ตรวจสุขภาพเหงือกและฟัน ความสามารถในการเคี้ยวและการกลืนเป็นระยะ ๆ คงบรรยากาศการกินอาหารอย่างเดิม ๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องของเวลาที่เริ่มจัดหาอาหาร ถ้วยชาม ตำแหน่งของโต๊ะเก้าอี้ คอยเตือนล่วงหน้า เมื่อใกล้ถึงเวลาอาหาร จัดอาหารชนิดที่คุ้นเคย เคี้ยวง่าย และระวังการสำลัก บางครั้งจำเป็นที่จะต้องบดอาหารหรือทาอาหารเหลว โดยเน้น คุณค่าและปริมาณอาหารแต่ละมื้อ คอยบอกวิธีรับประทานให้ค่อย ๆ เคี้ยวแล้ว ค่อย ๆ กลืนช้า ๆ ไม่ควรเคร่งครัดกับ พิธีรีตรองหรือมารยาทบนโต๊ะอาหารมากนัก ควรทำบรรยากาศให้สบาย ๆ ควรระวังอาหารที่ร้อนจัดเกินไป เพราะผู้ป่วยอาจรับรู้ไม่ได้

เกี่ยวกับอุณหภูมิความร้อน อาหารบนโต๊ะไม่ควรมีหลาย ๆ อย่างพร้อมกัน อาจทำให้สับสนได้ (Arvanitakis et al., 2019)

การลืมกินยา ผู้สูงอายุสมองเสื่อมส่วนใหญ่ต้องกินยาเป็นประจำ ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจกินยามากเกินไปพอ ๆ กับไม่ได้กินเพราะจำไม่ได้ว่ากินยาแล้วหรือยัง

แนวทางการจัดการกับปัญหา: ผู้ดูแลต้องคอยจัดยาให้ ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมไม่ค่อยพอใจ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรก แต่การจัดยาให้ผู้ที่ภาวะสมองเสื่อมอย่างรุนแรงนั้นเป็นสิ่งจำเป็น จัดยาสำหรับ 1 วัน หรือ 1 สัปดาห์โดยใช้อุปกรณ์จ่ายยาซึ่งมีขายตามร้านขายยา ใส่ยาให้ในอุปกรณ์จ่ายยาสำหรับ 1 วัน หรือ 1 สัปดาห์ในแต่ละวัน ผู้สูงอายุสามารถกินยาตามคาสั่งแพทย์ ผู้ดูแลและผู้สูงอายุช่วยกันตรวจดูยาที่เหลือและกากบาทแต่ละวันที่ผ่านไปในปฏิทิน (โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, 2565)

6. การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ เช่นไม่รบกวนการนอนหลับ และจำนวนชั่วโมงการนอนที่ขาดไป (Arvanitakis et al., 2019) ปัญหาการนอนที่มักพบ คือ การไม่ยอมนอนตอนกลางคืน เดินไปเดินมา และการนอนหลับมากในตอนกลางวัน

แนวทางการจัดการกับปัญหา: พยายามจัดเวลานอนให้เป็นเวลา คอยเตือนผู้สูงอายุเมื่อใกล้ถึงเวลานอน พยายามหลีกเลี่ยงการนอนระหว่างวัน แต่อาจให้งีบหลับได้ในช่วงหลังอาหารกลางวัน แต่ไม่ควรเกิน 30 นาที และไม่ควรเกินบ่าย 3 โมงเย็น กระตุ้นให้มีกิจกรรมการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ เช่น พาเดินเป็นประจำในช่วงเช้าและช่วงเย็น มีแสงสว่างเพียงพอในห้องนอน หลีกเลี่ยงคาเฟอีน (ชา กาแฟ) น้าอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง ถ้าไม่นอนหลายคืนควรปรึกษาแพทย์ ไม่ควรให้ยานอนหลับเอง ถ้าอากาศสลัว ในวันที่ไม่มีแดด ผู้สูงอายุอาจคิดว่าเป็นกลางคืน อาจจะทำให้นอนโดยไม่กินข้าว จะต้องปลุกให้กินข้าว (โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล, 2565)

7. การดูแลสุขลักษณะที่เหมาะสม เช่น อาบน้ำสม่ำเสมอ ตรวจสอบอุณหภูมิก่อนให้ผู้ป่วยอาบระวังพื้นห้องน้ำลื่น ผู้ป่วยที่แช่ในอ่างน้ำ ต้องระวังลื่น ผู้ดูแลอาจแสดงให้ผู้ป่วยดูว่าระดับน้ำไม่ลึกเกินไปเพราะผู้ป่วยอาจกังวลหรือกลัว ไม่ควรมีอุปกรณ์อาบน้ำหลายอย่างเพื่อไม่ให้สับสน ขณะช่วยอาบน้ำ อาจส่งอุปกรณ์ให้ผู้ป่วยทำ เอง (จริยา จันตระและคณะ, 2562) การแต่งตัว ปัญหาที่มักพบ คือ จำไม่ได้ว่าเก็บเสื้อผ้าไว้ที่ไหน ไม่ทราบว่าจะต้องใส่อะไรก่อน – หลัง ไม่ทราบวิธีการใส่ ไม่รู้ว่าเสื้อผ้ามีเอาไว้ทำอะไร เป็นต้น

แนวทางการจัดการกับปัญหา: ช่วยเตรียมเสื้อผ้าไว้ให้ใส่อย่างเป็นลำดับ บอกหรือช่วยแต่งตัว เป็นลำดับ

ทุกครั้ง สถานที่แต่งตัวให้เป็นตำแหน่งเดิมทุกครั้ง ถ้าผู้สูงอายุแต่งตัวเองได้ ควรให้เวลาไม่ต้องเร่งรีบพยายามเลือกเสื้อผ้าที่ใส่สบายและง่าย

8. การขับถ่าย ปัญหาที่มักพบ คือ ผู้สูงอายุมัก จะไม่รู้ว่าเมื่อไรจึงจะใช้ห้องน้า อาจกลั้น อุจจาระไม่ได้หาห้องน้าไม่พบ เข้าไปในห้องน้าแล้ว ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร และอาจถึงขั้นขับถ่ายไม่เป็นที่

แนวทางการจัดการกับปัญหา: พยายามจัดเวลาการขับถ่ายให้เป็นเวลาหรือใกล้เคียงกับเวลาเดิม

ในสหรัฐอเมริกาการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized trials) เรื่องการนำอาหาร การออกกำลังกาย การฝึกความจำ (Cognitive Training) และหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดมาใช้ร่วมกันในการปรับปรุงความจำในคนที่มีความเสี่ยงต่อความจำลดลง การศึกษาไม่พบหลักฐานที่ยืนยันได้ว่าบริการดูแลช่วงกลางวันที่ออกแบบมาสำหรับผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อมเลื่อนความจำเป็นในการรับเข้าบ้านพักคนชรา (Nursing Home) การรับเข้าเรียนในบ้านพักคนชราดูเหมือนจะมีพื้นฐานมาจากการรวบรวมการดูแลที่ซับซ้อนของลักษณะแต่ละส่วนบุคคลและหน้าที่ทั้งในผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลในครอบครัว ผลการวิจัยควรพิจารณาตามข้อจำกัดของกำลังที่ไม่เพียงพอและอัตราการออกกลางคันที่สูงของผู้ดูแล (AMM, et al.,2018)อย่างไรก็ตามผู้ป่วยภาวะภาวะสมองเสื่อมระดับปานกลางถึงรุนแรงยังคงมีความยากในการมีส่วนร่วม เรื่องความจาการออกกำลังกาย และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม (ศิรินภา อภิสิทธิ์ ภิญโญและคณะ, 2562)

ศูนย์รับเลี้ยงผู้สูงอายุ (Day care center) และสิ่งอำนวยความสะดวกในการมีชีวิต อาจช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแล แต่รับบริการที่บ้านพักคนชรา อาจช่วยเหลือได้เร็วในจากการศึกษาแบบสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบ (Randomized trials) ของทีมคณะแพทย์ (Staff) และ แพทย์ฝึกหัด (Resident) มีการดูแลและปฏิบัติตามขั้นตอนวิจัย (Clinical Protocol) สำหรับการดูแลอาการทางพฤติกรรมและอาการทางจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมให้ดีขึ้น โดยเฉพาะในระยะท้ายของโรคอาจช่วยดูแลการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care) ต่อเนื่องได้เลย (Arvanitakis et al.,2019) โดยใช้วิธีการฝึกอบรมในการใช้ระเบียบวิธีทางคลินิกที่มีโครงสร้างของ BPSD พร้อมการสนับสนุนทางคลินิกภายนอกและการประชุมเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับ BPSD (McCabe et al., 2015)

9. การใช้ภาษาพูดและภาษากายกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

ผู้ดูแลควรพูดอยู่ด้านหน้า สบตาผู้ป่วย เสียงชัด ให้เวลาผู้ป่วยนึก ใช้ประโยคเชิญชวน (จริยา จันตระและคณะ, 2562)

10. การเคารพผู้ป่วยเหมือนผู้ใหญ่

ดูแลสุขภาพจิตใจผู้ป่วยอย่างมีส่วนร่วม ตระหนักว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีคุณค่าในการทำกิจกรรม เช่น การเล่นดนตรี

11. การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย

จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น การดัดแปลงครัว ภายนอกบ้าน เช่น การขับรถ ให้ความปลอดภัยทั้งจิตใจของผู้ป่วยทางกายภาพและความเป็นอยู่ที่ดีทางการเงิน ควรดูแลโดยผู้ดูแลที่สนใจให้ปลอดภัย เช่น ความเสี่ยงไฟไหม้ในครัวอาจทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ รวมถึงการควบคุมการรับประทานยา ประเมินเรื่องอาวุธปืนหรืออาวุธอื่นๆความปลอดภัยภายนอกบ้านรวมถึงการทำงานผู้ดูแลอาจอำนวยความสะดวกโดยให้หยุดทำงาน (Arvanitakis et al.,2019)

สิ่งที่สำคัญที่ต้องพิจารณาสำหรับครอบครัวและผู้ที่เป็นภาวะสมองเสื่อม คือ ภาระงานที่มากของผู้ดูแลภาระอาจเป็นทางกายภาพหรือทางการแพทย์ เช่น การถูกละเลยสุขภาพของผู้ดูแลกับภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์ อารมณ์หรือภาวะจิตใจ เช่น เครียด ,เหนื่อยล้า (burnout) ,ซึมเศร้า และหรือเรื่องการเงิน การป้องกัน รับรู้ตั้งแต่แรกและแก้ปัญหา เช่น การส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์เพื่อรับการสนับสนุนช่วยเหลือ เป็นการบูรณาการวางแผนจัดการที่มีประสิทธิภาพ การทดลองแบบสุ่มแสดงให้เห็นว่าการให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลแบบตัวต่อตัวเทียบกับทางโทรศัพท์เท่านั้น ทั้งปรับปรุงคุณภาพการดูแลและไม่มีความแตกต่างในประสิทธิผลนำมาดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ทั้งสองวิธีเพราะเฉพาะการคุยโทรศัพท์อย่างเดียวก็มีประโยชน์ (Arvanitakis et al., 2019) ทางเลือกในการนอนโรงพยาบาล อาทิเช่น โรงพยาบาลที่ออกแบบคล้ายบ้าน จัดเตรียมสิ่งแวดล้อมแผนกผู้ป่วยนอกที่มีผลต่ออารมณ์ที่มีอ่อนไหว สามารถลดความเสี่ยงของภาวะเพ้อสับสน (Delirium) และภาวะแทรกซ้อนในแผนกผู้ป่วยในด้านอื่น ๆ ด้วย (Bott & Lindsay, 2019)

บทสรุป

แผนการดูแลการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลมีทั้งการรักษาใช้ยาและไม่ใช้ยา ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้ในการเตรียมตัวในการดูแลเพื่อสร้างสังคมที่เป็นมิตรกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งประกอบด้วยการเตรียมตัวของผู้ดูแล ช่วยทำกิจกรรม และคุณสมบัติของผู้ดูแล การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรมส่งเสริมด้านการรู้คิด การประเมินและดูแลด้านการเคลื่อนไหว การส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมให้มีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพ การใช้ภาษาพูดและภาษากายกับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม การเคารพผู้ป่วยเหมือนผู้ใหญ่ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

คมเนตร สกุลธนะศักดิ์, สิทธิพันธ์ จันทร์พงษ์, และพูนสุข ทองเสี่ยน. (2563). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมเครือข่ายจังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 34*(1), 97-111.

จริยา จันตระ, ดุจปรารถนา พิศาลสารกิจ , ปิติพร สิริทิพยากร, ปิยภัทร เดชพระธรรม, รุ่งนิรันดร์ ประดิษฐสุวรรณ,วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ… สุวิทย์ เจริญศักดิ์.(2562). *การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม*. ภาพพิมพ์.

ธวัชชัย เขื่อนสมบัติ ,ศิริพันธุ์ สาสัตย์, และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2561) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในครอบครัวโดยพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารพยาบาลทหารบก,19* (ฉบับพิเศษ), 233-241.

พงศธร เนตราคม. (2563). *บทความจิตเวช หลักในการแก้ปัญหาพฤติกรรมในผู้ป่วยสมองเสื่อม*. สืบค้นจาก https://psychiatry.or.th/home/index.php/psyarticles/60-news7

มหาวิทยาลัยมหิดล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล งานโภชนาการ (2564). *ความรู้ทั่วไป อาหารรักษ์*

หัวใจ. สืบค้นจาก https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge/food-2/

โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล. (2565). *บทความสุขภาพ ปัญหาที่พบบ่อยและข้อแนะนำผู้ป่วยสมองเสื่อม*. สืบค้นจาก https://www.bangkokinternationalhospital.com/th/health-articles/health-tips/common-issues-and-recommendations-of-dementia-patients

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, อรสา ชวาลภาฤทธิ์, สุภัทรพร เทพมงคล, สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย, โสพพัทธ์ เหมรัญช์โรจน์, วรพรรณ เสนาณรงค์…ทิพยรัตน์ ศฤงคารินกุล. (2564). *แนวทางปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม*. ธนาเพรส.

ศิรินภา อภิสิทธิ์ภิญโญ, พูนศรี รังษีขจี, พงศธร พหลภาคย์, ภัทรี พหลภาคย์, และวรินทร พุทธรักษ์. (2562). ลักษณะปัญหาด้านพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *64*(4), 371-384.

Arvanitakis, Z., Shah, R. C., & Bennett, D. A. (2019). Diagnosis and management of dementia. *Jama*, *322*(16), 1589-1599.

Bott, N., & Lindsay, A. (2019). Diagnosing dementia and clarifying goals of care. *American Family Physician, 100*(6), 369-371.

Falk, N., Cole, A., & Meredith, T. J. (2018). Evaluation of suspected dementia. *American family physician*, *97*(6), 398-405.

Gale, A., Stoesser, K., Fortenberry, K., Ose, D., &Migdalski, A. (2021). Pharmacologic Management of Agitation in Patients with Dementia. *American Family Physician, 104*(1), 91-92.

Gupta, A., Prakash, N. B., & Sannyasi, G. (2021). Rehabilitation in dementia. *Indian Journal of Psychological Medicine, 43*(5), 375-475.

McCabe MP, Bird M, & Davison TE, (2015). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging Ment Health,19* (9),799-807.

Rokstad AMM, Engedal K, Kirkevold Ø, Benth JŠ, Selbæk G.(2018)The impact of attending day care designed for home-dwelling people with dementia on nursing home admission: a 24-month controlled study. *BMC Health Serv Res.16*;18(1),1-11.

Sousa, S., Teixeira, L., & Paul, C. (2020). Assessment of major neurocognitive disorders in primary health care: Predictors of individual risk factors. *Frontiers in Psychology*, 11 (1413),1-7.

คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์

วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล เป็นวารสารที่ตีพิมพ์บทความที่ผ่านการพิจารณาและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer-reviewed journal) ในสาขานั้น ๆ โดยผู้เชี่ยวชาญและผู้นิพนธ์ไม่ทราบชื่อกันและกัน (Double-blind review) โดยบทความที่จะได้รับการพิจารณาต้องสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ และ ขอบเขตการตีพิมพ์ และผู้แต่งได้ปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of authors) ตามที่ปรากฏใน จริยธรรมในการตีพิมพ์ผลงานวิชาการในวารสาร (Publication ethics) อย่างเคร่งครัด

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

การจัดรูปแบบเอกสาร

พิมพ์ต้นฉบับบทความด้วยโปรแกรม Microsoft word กำหนดขนาดกระดาษเป็น A4 จัดระยะขอบกระดาษ 1 นิ้วโดยรอบ ใชการจัดหน้าแบบกระจายแบบไทย 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
หัวข้อรอง	หนา	ชิดซ้าย	16
หัวข้อย่อย	ปกติ	ใช้หมายเลขกำกับ	16
ตัวอย่างการจัดลำดับเลข (ไม่เกิน 3 ลำดับ)	ปกติ	1. XXX 1.1 XXX 1.1.1 XXX	16
ข้อความในเนื้อหา	ปกติ		16
ข้อความในตาราง	ปกติ		14

คำแนะนำทั่วไป

1. ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (Abstract) ต้องมีเนื้อความตรงกัน

2. พิมพ์ชื่อผู้นิพนธ์และผู้ร่วมนิพนธ์พร้อมวุฒิการศึกษาสูงสุด (ย่อ) ไว้ใต้ชื่อเรื่อง และตำแหน่งวิชาชีพและสถานที่ทำงานเขียนไว้ที่เชิงอรรถ พร้อมระบุชื่อผู้ประพันธ์บรรณกิจ และอีเมล

3. มีบทคัดย่อความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งสองภาษา โดยจัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง

4. เขียนเอกสารอ้างอิงถูกต้อง ตรงกันทั้งเอกสารอ้างอิงในเนื้อหา และเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง จำนวนไม่ควรเกิน 30 ชื่อเรื่อง

5. ความยาวต้นฉบับ เมื่อรวมกับเอกสารอ้างอิงและบทคัดย่อแล้ว บทความวิจัยเชิงปริมาณไม่เกิน 15 หน้า บทความวิจัยเชิงคุณภาพ วิจัยแบบผสานวิธี หรือการสังเคราะห์งานวิจัย ไม่เกิน 18 หน้า และบทความวิชาการไม่เกิน 12 หน้า หรือขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของบรรณาธิการวารสาร

แนวทางการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท

1. บทคัดย่อรายงานการวิจัย ประกอบด้วยปัญหาการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ลักษณะสำคัญของระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ ผลการวิจัย โดยให้รายงานสถิติที่สำคัญ รวมทั้งขนาดของผล (Effect size) ช่วงความเชื่อมั่น (Confidence interval) และระดับนัยสำคัญ

2. บทคัดย่อรายงานการทบทวนวรรณกรรมหรือการวิเคราะห์อภิมาน ประกอบด้วย ปัญหาการวิจัย เกณฑ์ในการประเมินและเลือกรายงานการวิจัย ประเภทของผู้เข้าร่วมการวิจัยในรายงานวิจัยที่เลือกมา รายงานผลการวิจัยที่สำคัญ รวมถึงขนาดของผล ที่สำคัญที่สุด และตัวแปรกำกับ (Moderator) ที่ สำคัญต่อขนาดของผลเหล่านั้น สรุป ข้อจำกัด และคำแนะนำการนำไปใช้ในด้านทฤษฎี นโยบาย และ/หรือ การปฏิบัติ

3. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับทฤษฎี นำเสนอแนวคิดพื้นฐานและลักษณะสำคัญของทฤษฎี ปรากฏการณ์ที่เหมาะสมในการนำทฤษฎีไปอธิบาย และเชื่อมโยงไปสู่ผลลัพธ์ที่ได้จากการนำทฤษฎีไปใช้

4. บทคัดย่อบทความเกี่ยวกับวิธีวิทยาการวิจัย อธิบายการแบ่งประเภทและลักษณะสำคัญของวิธีที่นำเสนอ ลักษณะปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมในการนำไปใช้ กระบวนการ ลักษณะสำคัญ หรือประเด็นการวิเคราะห์ทางสถิติที่เกี่ยวเนื่องกับระเบียบวิธีที่นำเสนอ

การส่งบทความ

ส่งต้นฉบับที่สมบูรณ์ผ่านช่องทางของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai – Journal Citation Index Centre [TCI]) ที่ https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/about/submissions

ตัวอย่างการเขียนบทความวิจัย

ชื่อเรื่องภาษาไทย

ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 1, พย.ม. [1*]
ชื่อ นามสกุลผู้แต่งคนที่ 2, Ph.D [2]

บทคัดย่อ

เขียนหัวเรื่องที่กลางหน้ากระดาษโดยใช้ตัวอักษร Angsana new ลักษณะตัวอักษรปกติ ขนาด 18 ส่วนเนื้อหาในบทคัดย่อใช้แนวทางการเขียนที่ระบุไว้ในหัวข้อ ***แนวทางการเขียนบทคัดย่อเฉพาะประเภท*** จัดเป็นย่อหน้าเดียว ไม่ต้องจัดเยื้อง โดยใช้ตัวอักษร Angsana new ลักษณะตัวอักษรปกติ ขนาด 16 ความยาวไม่เกิน 300 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่ควรมีอ้างอิงในเนื้อหา รายละเอียดในหน้าบทคัดย่อภาษาไทยต้องมีรายละเอียดเหมือนกับหน้าบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ: การเขียนชื่อเรื่อง, บทคัดย่อ, การเขียนคำสำคัญ

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลXXXX จังหวัดXXXX

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยXXXX

[*] ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชื่อ นามสกุล , อีเมล: XXXX@knc.ac.th *(ชื่อ นามสกุล และ อีเมลของ ผู้แต่งคนที่ 1 หรือ บุคคลที่มีบทบาทและ ความรับผิดชอบในการเผยแพร่ผลงาน)*

บทนำ

ให้อธิบายความสำคัญของประเด็นที่ศึกษา ความสัมพันธ์กับงานวิจัยที่ผ่านมา สมมติฐาน จุดประสงค์ และการเชื่อมโยงกับทฤษฎีที่ใช้ แบ่งเป็นหัวข้อรองดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย และ/หรือ คำถามการวิจัย (ถ้ามี)

1. XXXX

สมมุติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

1. XXXX

กรอบแนวคิดการวิจัย (ถ้ามี)

เขียนอธิบายหรือสร้างกล่องข้อความแสดงความเชื่อมโยงกรอบแนวคิด ตัวแปรที่ศึกษา

วิธีดำเนินการวิจัย

เขียนย่อหน้านำ 1 ย่อหน้า เกี่ยวกับการออกแบบการวิจัย ระยะเวลาและสถานที่เก็บข้อมูล และขอบเขตการวิจัย แล้วแบ่งหัวข้อรอง ตามลำดับดังนี้

นิยามเชิงปฏิบัติการ (ถ้ามี)

อธิบายความหมายของตัวแปรและวิธีการวัดในการวิจัยนี้ ตัวอย่างเช่น

ระดับความเจ็บปวด หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นกับสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ในขณะที่มดลูกหดรัดตัว 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

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

อธิบายการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ระบุหมายเลขการรับรอง วันที่และช่วงเวลาที่รับรองโดยคณะกรรมการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หากเป็นการวิจัยในกลุ่มเปราะบางหรือลักษณะพิเศษ เช่น เด็ก สตรีตั้งครรภ์ หรือพระภิกษุ ให้อธิบายพอสังเขปว่านักวิจัยได้พิทักษ์สิทธิ์ให้เหมาะสมกับกลุ่มเปราะบางเหล่านั้นอย่างไร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

อธิบายลักษณะเครื่องมือโดยสังเขป ระบุว่าเป็นการสร้างหรือพัฒนาจากเครื่องมืออื่น รวมทั้งจำนวนข้อ การตอบ ระดับ วิธีการวัด และการให้คะแนน ตัวอย่างการเขียนเครื่องมือในการวิจัย ตัวอย่างเช่น

1. แผนการสอนการเตรียมสตรีวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์เพื่อการคลอดด้วยตนเอง ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแผนการสอนXXXX ของXXXX (2562) ที่สร้างมาจากแนวคิดการส่งเสริมการคลอดด้วยตนเองของ Balaskas (1991)

2. แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ *การปฏิบัติตัวเป็นประจำ* ถึง *ไม่เคยปฏิบัติตัว* การให้คะแนน หากตอบ *ปฏิบัติเป็นประจำ* 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 หากพัฒนาจากเครื่องมือเดิมให้ระบุขั้นตอนการขอดัดแปลงหรือแปลเครื่องมือ รายงานค่าความเที่ยงและความตรง พร้อมระบุอ้างอิง

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

อธิบายขั้นตอนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการบริหารเครื่องมือวิจัย กรณีงานวิจัยนั้นมีหลายขั้นตอน หรือมีกลุ่มตัวอย่างหลายกลุ่ม อาจนำเสนอเป็นแผนภูมิ ตาราง หรือเขียนลำดับหัวข้อตามความเหมาะสม ตามตัวอย่าง ดังนี้

1. กิจกรรมสำหรับกลุ่มทดลอง
   1.1 ขั้นตอนก่อนการทดลอง ผู้วิจัยเตรียมกลุ่มตัวอย่าง โดย
      1.1.1 รับสมัครผู้ช่วยวิจัยเข้าร่วมโครงการจำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ คือ……
      1.1.2 XXXX
   1.2 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 ย่อหน้า แล้วอธิบายผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด รวมทั้งส่วนที่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ไม่คาดคิด หรือมีขนาดของผลน้อย (Small effect size)

การนำเสนอผลการวิจัย สามารถเลือกรูปแบบบรรยายหรือนำเสนอในตารางได้ตามความเหมาะสม กรณีนำเสนอด้วยตาราง ให้เขียนย่อหน้านำเพื่อบรรยายจุดเด่น แล้วจึงอ้างอิงไปยังตาราง ทั้งนี้ข้อมูลในการบรรยาย ไม่ควรซ้ำซ้อนกับข้อมูลในตาราง ตัวอย่างการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ดังตารางที่ 2 และผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 *จำนวน และร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง*

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*p-value*
	จำนวน	(ร้อยละ)	จำนวน	(ร้อยละ)	
ระดับการศึกษา					.256
ประถมศึกษา	4	(26.67)	7	(46.67)	

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*p-value*
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	(73.33)	8	(53.33)	
การได้รับยากระตุ้นการหดรัดตัวของมดลูก					.020*
ไม่ได้รับ	8	(53.33)	2	(13.33)	
ได้รับ	7	(46.67)	13	(86.67)	
วิธีการคลอด					1.000
ปกติ	13	(86.67)	13	(86.67)	
เครื่องดูดสุญญากาศ	2	(13.33)	2	(13.33)	

หมายเหตุ $n = 15$, $*p < .05$

ตารางที่ 3 *การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยส่วนบุคคล และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19*

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

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

อภิปรายผลการวิจัย

เขียนให้ชัดเจนว่าผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานหรือไม่ แล้วอภิปรายความคิดเห็นของนักวิจัยประกอบกับวรรณกรรมอื่นที่เห็นตรงหรือแย้งกัน พร้อมทั้งระบุรายการอ้างอิงในเนื้อหาอย่างเหมาะสม โดยไม่ต้องนำเสนอค่าสถิติ ควรเขียนตามลำดับสมมติฐานหรือวัตถุประสงค์การวิจัย และจัดหัวข้อตามรูปแบบการพิมพ์ในตารางที่ 1 และควรมีความยาวอย่างน้อย 1.5 หน้า

สรุปผลการวิจัย

ให้สรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัยโดยไม่ต้องนำเสนอค่าสถิติ ความยาวไม่เกิน 3-5 บรรทัด

ข้อเสนอแนะ

ให้ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในด้านการพยาบาล (Nursing practice) การวิจัย (Nursing research) และการศึกษาพยาบาล (Nursing education) หรือการวางแผนนโยบาย (Policy plan)

กิตติกรรมประกาศ

เขียนเพื่อขอบคุณบุคคลหรือองค์กรที่มีส่วนช่วยเหลือในการวิจัยนี้ (ถ้ามี)

เอกสารอ้างอิง

เขียนถูกต้องตามรูปแบบของ APA ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 7 และมีรายการครบถ้วนตามที่ได้อ้างในเนื้อหา

ตัวอย่างลำดับหัวข้อในบทความวิชาการ และข้อแนะนำสำหรับการเขียน

บทความวิชาการ มีส่วนประกอบ ดังนี้

1. บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ
2. บทนำ ให้อธิบายการได้มาซึ่งความรู้และความสำคัญของเรื่องที่เขียน และจุดประสงค์การเขียน
3. เนื้อเรื่อง แบ่งเป็นหัวข้อใหญ่ หัวข้อรอง และหัวข้อย่อยตามความเหมาะสม
4. บทสรุป สรุปสาระสำคัญและให้ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้ด้านการพยาบาล
5. เอกสารอ้างอิง

การเขียนการอ้างอิงตามแบบของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา

ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์[1]
พรรณทิพย์ โชมขุนทด เศรษฐาธนโภคิน[2]

การอ้างอิงและการเขียนรายการเอกสารอ้างอิงนี้ ได้เรียบเรียงขึ้นเพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้แต่งที่ส่งบทความมาตีพิมพ์ในวารสารที่ใช้ระบบการอ้างอิงตามแบบของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา (The American Psychological Association [APA]) ซึ่งผู้จัดทำได้แปลและเรียบเรียงจากต้นฉบับหนังสือ 2 เล่ม คือ Publication manual of the American Psychological Association (American Psychological Association [APA], 2019) และ Concise guide to APA style (APA, 2020) ซึ่งเป็นการตีพิมพ์ครั้งที่ 7 ทั้งนี้การนำเสนอเนื้อหาในบทความนี้จะเน้นการอ้างอิงในเนื้อหา (in-text citation) และการอ้างอิงท้ายรายการ (Reference list) โดยยกตัวอย่างเฉพาะประเด็นที่สำคัญเท่านั้น ประเด็นอื่นที่ไม่ได้กล่าวไว้ เช่น การใช้อักษรย่อ การนำเสนอตัวเลขหรือสถิติ และการออกแบบตาราง เป็นต้น ให้ผู้แต่งยึดตามคู่มือดังกล่าวเป็นหลัก หรือศึกษาเพิ่มเติมที่ https://apastyle.apa.org

การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การอ้างอิงในเนื้อหาใช้วิธีการอ้างอิงในระบบนาม-ปี (Author-date citation system) ผู้แต่งชาวไทยให้ระบุชื่อและนามสกุล ส่วนผู้แต่งชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล โดยไม่ต้องใส่คำนำหน้านามหรือบรรดาศักดิ์ ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) และปีที่พิมพ์ หากไม่ทราบปีที่พิมพ์ ให้เขียนว่า “ม.ป.ป” ในอ้างอิงภาษาไทย และ “n.d.” ในอ้างอิงภาษาอังกฤษ ส่วนรายการที่ได้รับตอบรับให้ตีพิมพ์ แต่ยังไม่ได้ตีพิมพ์ให้เขียนว่า “in press” หรือปีที่เขียนร่าง (Draft) นั้น ทั้งนี้การวางตำแหน่งการอ้างอิงในเนื้อหามี 2 แบบ คือ การอ้างอิงในนขลิขิต (วงเล็บ; Parenthetical citation) และการอ้างอิงในเนื้อหาที่บรรยาย ซึ่งมีวิธีปฏิบัติและตัวอย่างดังนี้

การอ้างอิงที่อยู่ในวงเล็บ

ให้เขียนสกุล (รายการอ้างอิงต่างชาติ) หรือชื่อ-สกุล (รายการอ้างอิงไทย) ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค สามารถวางตำแหน่งการอ้างอิงอยู่ในประโยคหรืออยู่ส่วนท้ายของประโยค เช่น

---

[1] อาจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี
[2] อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Falsely balanced news coverage can distort the public's perception of expert consensus on an issue (Koehler, 2016).

ปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับยาเบาหวานชนิดฉีด และการไม่พกน้ำตาล ลูกอม หรือขนมหวานไว้ติดตัวเป็นประจำ (เตือนใจ ภูสระแก้ว, 2562)

หากมีข้อความอื่น ๆ อยู่ในวงเล็บด้วย หลังปีให้คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค

(See Koehler, 2016, for more detail) (ดังใน เตือนใจ ภูสระแก้ว, 2562, สำหรับรายละเอียดเพิ่มเติม)

หากมีการอ้างอิงเนื้อหาอยู่ในวงเล็บด้วยให้คั่นเนื้อหาและชื่อผู้แต่งด้วยเครื่องหมายอัฒภาค (Semicolon) โดยไม่ใช้การซ้อนวงเล็บ

(e.g., falsely balanced news coverage; Koehler, 2016) (เช่น การได้รับยาเบาหวานชนิดฉีด; เตือนใจ ภูสระแก้ว, 2562)

การอ้างอิงในเนื้อหาบรรยาย

หากเป็นการบรรยายด้วยข้อความอย่างต่อเนื่องให้เขียนปีที่พิมพ์หลังการเขียนสกุล หรือ ชื่อ-สกุล ในทันที

Koehler (2016) noted the dangers of falsely balanced news coverage. เตือนใจ ภูสระแก้ว (2562) ศึกษาพบว่าปัจจัยเสี่ยงการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวานที่นอนโรงพยาบาล ได้แก่ การได้รับยาเบาหวานชนิดฉีด และการไม่พกน้ำตาล ลูกอม หรือขนมหวานไว้ติดตัวเป็นประจำ

ตัวอย่างการอ้างอิงในกรณีต่าง ๆ

1. การอ้างอิงหลายรายการในเนื้อหาเดียวกัน กรณีเขียนรายการอ้างอิงในเนื้อหาแบบบรรยายให้อ้างอิงตามความเหมาะสมของเนื้อหา ไม่ต้องเรียงลำดับ ส่วนกรณีเขียนรายการอ้างอิงไว้ในวงเล็บให้เรียงลำดับชื่อ (หรือนามสกุลกรณีเป็นรายการอ้างอิงต่างประเทศ) ตามลำดับอักษรเหมือนในการอ้างอิงท้ายรายการ

(Adams et al., 2019; Shumway & Shulman, 2015; Westinghouse, 2017) (นวลละออ วิวัฒน์วรพันธ์ และคณะ, 2553; เตือนใจ ภูสระแก้ว, 2562; ศรีมาลัย วิสุทธิศิริ, 2553)

2. การอ้างอิงเฉพาะบางส่วนของแหล่งอ้างอิง เช่น หน้า ย่อหน้า ตาราง รูปภาพ การประทับเวลา (Timestamps) หรือ เชิงอรรถของบทความ หนังสือ เว็บเพจ และรายงานต่าง ๆ เป็นต้น ให้เขียนอ้างอิงแบบ นาม-ปี แล้วระบุข้อมูลของส่วนเฉพาะนั้นตามความเหมาะสม

(Center for Disease Control and Prevention, 2019, p. 10)

(Shadid, 2020, paras. 2-3)

(Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, 2012, 1:30:40)

(กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2564, ตารางที่ 1)

(ฐิติมา โกศัลวิตร และคณะ, 2563, หน้า 35)

(พรรณทิพย์ โชมขุนทด, 2565, สไลด์ที่ 24)

3. การอ้างอิงกรณีที่มีจำนวนผู้แต่ง 1-2 คน ให้เขียนชื่อทุกคนในการอ้างอิงทุกครั้ง หากผู้แต่งเป็นชาวต่างประเทศและเป็นการอ้างอิงในวงเล็บให้เชื่อมชื่อผู้แต่งด้วยเครื่องหมาย ampersand (&) แต่ถ้าเป็นการอ้างอิงในเนื้อหาบรรยายให้เขียนคำว่า “and” ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้เขียนคำว่า “และ” ทั้งสองกรณีถ้ามีจำนวนผู้แต่ง 3 คนขึ้นไปให้เขียนชื่อผู้แต่งคนแรกตามด้วย “และคณะ” หรือ “et al.” ในการอ้างอิงทุกครั้ง ส่วนการอ้างอิงในภาพหรือตารางกรณีผู้แต่งเป็นชาวต่างชาติให้ใช้เครื่องหมาย “&” ทั้งการอ้างอิงในเนื้อหาและการบรรยาย ส่วนผู้แต่งชาวไทยให้เขียนคำว่า “และ” ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 *ตัวอย่างการเขียนการอ้างอิงในเนื้อหา*

ประเภทของผู้แต่ง	การอ้างอิงในวงเล็บ	การอ้างอิงในเนื้อหาที่บรรยาย
ผู้แต่งจำนวน 1 คน	(Luna, 2020) (เตือนใจ ภูสระแก้ว, 2563)	Luna (2020) เตือนใจ ภูสระแก้ว (2563)
ผู้แต่งจำนวน 2 คน	(Salas & D’Agostino, 2020) (วนิดา หาจักร และกิตติวรา บุญยศ, 2563)	Salas and D’Agostino (2020) วนิดา หาจักร และกิตติวรา บุญยศ (2563)
ผู้แต่งจำนวน 3 คนขึ้นไป	(Martin et al., 2020) (ฐิติมา โกศัลวิตร และคณะ, 2563)	Martin et al. (2020) ฐิติมา โกศัลวิตร และคณะ (2563)
ผู้แต่งเป็นกลุ่มที่มีชื่อย่อ กล่าวถึงครั้งแรก กล่าวถึงครั้งที่ 2 เป็นต้นไป	(National Institute of Mental Health [NIMH], 2020) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข [สวรส.], 2565) (NIMH, 2020) (สวรส., 2565)	National Institute of Mental Health (NIMH, 2020) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส., 2565) NIMH (2020) สวรส. (2565)
ผู้แต่งเป็นกลุ่มที่ไม่มีชื่อย่อ	(Standford University, 2020)	Standford University (2020)

4. การเขียนรายการอ้างอิงกรณีที่อาจเกิดความสับสนได้ง่าย

4.1 กรณีมีผู้แต่ง 3 คนขึ้นไป แต่มีรายการชื่อที่ซ้ำกันตามลำดับ ให้ระบุชื่อไปจนถึงรายการที่ไม่ซ้ำจึงต่อด้วยคำว่า “และคณะ” หรือ “et al.” อย่างไรก็ตามกรณีที่มีผู้แต่ง 4 คน ที่ 3 คนแรกชื่อซ้ำกันให้เขียนชื่อทุกคน เช่น

Kapoor, Bloom, Montez, Warner, and Hill (2017)
Kapoor, Bloom, Zucker, Tang, Koroglu, L’enfant, Kim, and Daly (2017)

รายการแรกเขียนเป็น Kapoor, Bloom, Montez, et al. (2017)

รายการที่ 2 เขียนเป็น Kapoor, Bloom, Zucker, et al. (2017)

มนัสชนก แก้วโท, นฤมล ใจเที่ยง, น้ำฝน บริบูรณ์, กาญจนา วงษ์ศรีมี, และบัณฑิต ค่ำบุญ (2563)
มนัสชนก แก้วโท, นฤมล ใจเที่ยง, เบญจวรรณ เทียมศักดิ์, ธิติมา แหมไธสง, และปนัดดา วงษาเวียง (2563)

รายการแรกเขียนเป็น มนัสชนก แก้วโท, นฤมล ใจเที่ยง, น้ำฝน บริบูรณ์, และคณะ (2563)

รายการที่ 2 เขียนเป็น มนัสชนก แก้วโท, นฤมล ใจเที่ยง, เบญจวรรณ เทียมศักดิ์, และคณะ (2563)

ฐิติมา โกศัลวิตร, กัญญารัตน กันยะกาญจน์, นฤมล บุญญนิวารวัฒน, และธิดารัตน์ ศรีธรรมา (2563)
ฐิติมา โกศัลวิตร, กัญญารัตน กันยะกาญจน์, นฤมล บุญญนิวารวัฒน, และมนัสชนก แก้วโท (2563)

ให้เขียนทั้ง 4 ชื่อ ทั้งสองรายการ

4.2 กรณีที่ผู้แต่งเดียวกัน ปีที่พิมพ์เดียวกัน ให้เขียนชื่อเพียงครั้งเดียว แล้วเรียงลำดับตามปีที่พิมพ์ โดยเรียงรายการที่ไม่มีปีที่พิมพ์ขึ้นก่อน และรายการที่อยู่ในระหว่างการตีพิมพ์อยู่ในลำดับสุดท้าย หากมีรายการที่ตีพิมพ์ปีเดียวกันให้ใส่อักษร a, b ... หรือ ก, ข ... ตามลำดับ

(Judge & Kammeryer-Mueller, 2012a)
Judge and Kammeryer-Mueller (2012b)
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค (ม.ป.ป., 2563ก, 2563ข, 2564, 2565)

4.3 กรณีรายการอ้างอิงต่างประเทศที่ผู้แต่งคนละคน มีชื่อย่อ (Initials) ต่างกัน แต่มีนามสกุลเดียวกัน ให้เขียนชื่อย่อของผู้แต่งคนแรกในทุกรายการอ้างอิง

(J. M. Taylor & Neimeyer, 2015; T.Taylor, 2014)

การอ้างอิงข้อความที่เกิดจากการเรียบเรียงใหม่ (Paraphrases)

การเรียบเรียงเนื้อหาใหม่ด้วยความคิดเห็นของผู้แต่งเอง จะดีกว่าการอ้างโดยตรง (Direct quotation) ในการอ้างอิงสามารถอ้างอิงทั้งแบบอ้างในวงเล็บและอ้างแบบบรรยาย ไม่จำเป็นต้องอ้างเลขหน้า ยกเว้นกรณีที่เห็นว่างานที่นำมาอ้างนั้นมีความซับซ้อน การเติมเลขหน้าจะช่วยให้ผู้อ่านที่สนใจจะศึกษาเพิ่มเติมสามารถไปอ่านงานต้นฉบับได้ง่ายมากยิ่งขึ้น

For any mention of a website without indication of particular information, no reference list entry or in-text citation is needed (APA, 2019). วนิดา หาจักร และคณะ (2563) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ปัจจัยบางประการกับผลการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่งครั้งแรก พบว่า เกรดเฉลี่ยสะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกผลการสอบขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพดังกล่าว (หน้า 59-60)

การอ้างอิงด้วยการยกข้อความมาอ้างโดยตรง (Direct quotation)

การอ้างอิงข้อความหรือคำพูดที่คัดคำมาโดยตรงจากวรรณกรรมหรือบทสัมภาษณ์โดยตรงแบบคำต่อคำ ให้อ้างอิงด้วยชื่อผู้แต่ง ปีที่พิมพ์และหน้า ในการอ้างอิงรายการภาษาอังกฤษคำว่าหน้า ให้ย่อ โดยหากมีหน้าเดียว ให้ย่อเป็น p. (เช่น p. 25, p.S41, p. e221) หากมีหลายหน้าให้ย่อว่า pp. (เช่น pp. 20-29) ถ้าเลขไม่ต่อเนื่องให้คั่นด้วยจุลภาค (เช่น pp. 24, 29, 35) ถ้าไม่มีหน้าให้เติมข้อมูลอื่นที่ช่วยให้ผู้อ่านหาตำแหน่งที่อ้างอิงในต้นฉบับได้ง่ายขึ้น (เช่น see Section 7.23) ส่วนการจัดรูปข้อความขึ้นอยู่กับความยาวของข้อความ โดยไม่ใส่จุดไข่ปลาที่การเริ่มต้นและจบประโยค

ข้อความขนาดสั้น (ความยาวน้อยกว่า 40 คำ) ให้เขียนข้อความที่อ้างโดยตรงรวมไว้ในย่อหน้า โดยใส่เครื่องหมายอัญประกาศแล้วอ้างอิงชื่อผู้แต่ง ปี และลำดับ ทั้งนี้สามารถจัดวางตำแหน่งของข้อความที่อ้างไว้ในส่วนต่าง ๆ ของประโยคตามความเหมาะสม เช่น

Effective teams can be difficult to describe because “high performance along one domain does not translate to high performance along another” (Ervin et al., 2018, p.470).

“Some people are hilarious, others are painfully unfunny, and most are somewhere in between,” wrote Nusbaum et al. (2017, p. 231) in their exploration of humor.

“การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์อย่างมี ประสิทธิภาพ จะช่วยให้การตั้งครรภ์มีความปลอดภัย และลดอัตราการตายของมารดาและทารกในครรภ์จากการตั้งครรภ์เสี่ยงสูงได้” ดังที่รัตนาภรณ์ ธนศิริจิรานนท์ (2563, p. 10) กล่าวไว้ในบทความวิชาการเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการพยาบาลหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงสูง

ข้อความขนาดยาว (ความยาว 40 คำขึ้นไป) ให้ตัดเป็นย่อหน้าแยกออกจากย่อหน้าอื่นโดยจัดเยื้องซ้าย 0.5 นิ้ว (Block quotation) ไม่ต้องใส่เครื่องหมายอัญประกาศ ส่วนการอ้างอิงสามารถทำได้

2 วิธี คือ เขียนอ้างอิงในวงเล็บหลังสิ้นสุดข้อความ หรือเขียนอ้างอิงเฉพาะ นาม-ปี ในข้อความบรรยายก่อนข้อความที่อ้าง แล้วเติมเลขหน้าหลังสิ้นสุดข้อความแล้ว เช่น

เขียนอ้างอิงในวงเล็บหลังสิ้นสุดข้อความ

> Researchers have studied how people talk to themselves:
> Inner speech is paradoxical phenomenon. It is an experience that is central to many peoples; everyday lives, and yet it presents considerable challenges to any effort to study it scientifically. Nevertheless, a wide range of methodologies and approaches have combined to shed light on the subjective experience of inner speech and its cognitive and neurol underpinning. (Alderson-Day & Fernyhough, 2015, p. 957)

> ทีมกลยุทธ์การบริหารจัดการ และการควบคุมปัจจัยเสี่ยง โดยผู้วิจัยได้ระบุว่า
> จากข้อมูลที่ผ่านมายังไม่มีการรวบรวมวิธีการที่เหมาะสมกับการบริหารจัดการเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลในประเทศไทย ... ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นหลักฐานในการค้นคว้าอ้างอิงต่อไป (อุดม ภู่วโรดม และคณะ, 2562, น. 98)

*หมายเหตุ จุดไข่ปลา (Ellipsis) หมายถึงมีการละข้อความบางส่วนจากต้นฉบับ

เขียนอ้างอิงเฉพาะ นาม-ปี ในข้อความบรรยายก่อนข้อความที่อ้าง แล้วเติมเลขหน้าหลังสิ้นสุดข้อความ

> Flores et al. (2018) described how they addressed potential researcher bias when working with an intersectional community of transgender people of color:
>
> Everyone on the research team belonged to a stigmatized group but also held privileged identities. Throughout the research process, we attended to the ways in which our privileged and oppressed identities may have influenced the research process, findings, and presentation of results. (p. 311)

การเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายรายการ

เอกสารอ้างอิงท้ายรายการเขียนไว้ที่หน้าสุดท้ายของบทความ แยกจากส่วนเนื้อหา โดยเขียนคำว่า รายการอ้างอิงไว้กลางหน้ากระดาษด้วยอักษรทึบ การเรียงรายการให้เรียงตามลำดับอักษรของชื่อผู้แต่ง จัดให้รายการที่เป็นภาษาไทย (ทั้งชื่อและนามสกุล) ขึ้นก่อนรายการภาษาอังกฤษ (เฉพาะนามสกุล) ทั้งนี้ รายการที่ปรากฏในท้ายเรื่องและรายการที่ปรากฏในเนื้อหาต้องตรงกันทุกรายการ จัดรูปแบบแต่ละรายการ โดยการจัดเยื้อง (Hanging indentation) บรรทัดที่สองเยื้องจากบรรทัดแรก 5 อักษร ไม่กด Enter ในรายการเดียวกัน และไม่กด Tab หรือ Control+Shift

องค์ประกอบของการเขียนเอกสารอ้างอิงท้ายรายการมี 4 ส่วน คือ ชื่อผู้แต่ง (Author) ปีที่ตีพิมพ์ (Date) ชื่อเรื่อง (Title) และแหล่งที่มา (Source) โดยมีมหัพภาคหรือจุด (Period) ตามหลังแต่ละส่วนทันที ยกเว้นแหล่งมาที่เป็น URL หรือ DOI ไม่ต้องมีจุด หลังส่วนประกอบย่อยของแต่ละส่วนให้ใช้เครื่องหมายวรรคตอน เช่น จุลภาค (คอมมา) หรือ นขลิขิต (วงเล็บ) ทั้งจุดและเครื่องหมายวรรคตอนอื่น ๆ ต้องอยู่ชิดกับอักษรตัวหน้าของเครื่องหมายนั้น และเคาะวรรค 1 ครั้งก่อนอักษรต่อไป กรณีผู้แต่งจำนวน 1-20 คน ให้เขียนชื่อทุกคน โดยถ้ามี 2 คนขึ้นไปให้เขียนคำว่า “และ” หรือเครื่องหมาย Ampersand (&) ก่อนชื่อสุดท้าย โครงสร้างการอ้างอิงทั่วไป เป็นดังนี้

Author, A. A., & Author, B. B. (Date). Title. Source. ชื่อ สกุล ผู้แต่งคนที่ 1, และ ชื่อ สกุล ผู้แต่งคนที่ 2. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. แหล่งที่มา.

กรณีผู้แต่งจำนวน 21 คนขึ้นไปให้เขียนชื่อ 19 คน ตามด้วยจุดไข่ปลา (Ellipsis) และชื่อคนสุดท้าย โดยไม่มีเครื่องหมาย Ampersand ดังตัวอย่างต่อไปนี้

Martín-Iglesias, S., Santamaría-Martín, M. J., Alonso-Álvarez, A., Rico-Blázquez, M., Del Cura-González, I., Rodríguez-Barrientosn, R., Barberá-Martín, A., Sanz-Cuesta, T., Isabel Coghen-Vigueras, M., de Antonio-Ramírez, I., Durand-Rincón, I., Garrido-Rodriguez, F., Geijo-Rincón, M. J., Mielgo-Salvador, R., Morales-Montalvá, M. S., Reviriego-Gutiérrez, M. A., Rivero-Garrido,C., Ruiz-Calabria, M., Santamaría-Mechano, M. P., Santiago-Fernández, R., … Villa-Arranz, M. (2018). Effectiveness of an educational group intervention in primary healthcare for continued exclusive breast-feeding: PROLACT study. *BMC pregnancy and childbirth, 18*(1), 59. https://doi.org/10.1186/s12884-018-1679-3

เพื่อให้คำแนะนำในการเขียนอ้างอิงนี้ไปยาวเกินไป ในการเขียนตัวอย่างการอ้างอิงสำหรับรายการจากแหล่งที่มาต่าง ๆ ต่อไปนี้จะเป็นตัวอย่างในกรณีผู้แต่งไม่เกิน 20 คนเท่านั้น

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงจากหนังสือ

โครงสร้างการอ้างอิง

ชื่อผู้แต่งซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือองค์กร. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือและรายละเอียดอื่นในวงเล็บหรือปีกกา. แหล่งที่มา เช่น ชื่อสำนักพิมพ์ DOI หรือ URL.

1. หนังสือที่เขียนโดยผู้แต่ง (Authored book) ซึ่งอาจเป็นบุคคล กลุ่มบุคคล หรือองค์กร

1.1 หนังสือทั่วไป

วราภรณ์ คงสุวรรณ. (2559). *การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในระยะท้ายของชีวิตที่ใช้เทคโนโลยี*(พิมพ์ครั้งที่ 2). ชานเมืองการพิมพ์.

พชร สันทัด, สุรชาติ ณ หนองคาย, สมาน งามสนิท, ฐนันดร์ศักดิ์ บวรนันทกุล, เชษฐรัชดา พรรณาธิกุล, กฤษฎิ์ สถิตวัฒนานนท์, และประยงค์ เต็มชวาลา. (2557). *ศาสตร์และศิลป์การบริหารการพัฒนามนุษย์.* สมาคมส่งเสริมคุณธรรม.

Bazeley, P. (2021). *Qualitative data analysis: Practical Strategies* (2nd ed.). SAGE.

Burgess, R. (2019). Rethinking global health: Frameworks of power. Routledge.

1.2 หนังสือที่มี DOI

Brown, L. S. (2018). *Feminist therapy* (2nd ed.). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000092-000

1.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์หรือหนังสือเสียงที่ไม่มี DOI

Cain. S. (2012). Quiet: *The power of introverts in a world that can't stop talking* (K. Mazur, Narr.) [Audiobook]. Random House Audio. http://bit.ly/2G0Bpbl

1.4 หนังสือที่ให้เครดิตบรรณาธิการบนหน้าปก

Meadows, D. H. (2008). *Thinking in systems: A primer* (D. Wright, Ed.). Chelsea Green Publishing.

2. หนังสือที่มีบรรณาธิการ

2.1 หนังสือที่มีบรรณาธิการ มี DOI และมีหลายสำนักพิมพ์

Schmid, H.-J. (Ed.). (2017). *Entrenchment and the psychology of language learning: How we reorganize and adapt linguistic knowledge.* American Psychological Association; De Gruyter Mouton. https://doi.org/10.1037/15969-000

2.2 หนังสือที่มีบรรณาธิการ แต่ไม่มี DOI

Toronto, C. & Remington, R. (Ed.). (2020). *A step-by-step guide to conducting an integrative review.* Springer Nature Switzerland.

2.3 การอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการแต่ไม่มี DOI (ถ้ามี DOI ให้เขียน DOI ต่อจากชื่อสำนักพิมพ์)

Lawless, J. & Foster, M. J. (2020). Searching systematically and comprehensively. In C. E. Toronto & R. Remington (Eds.), *A step-by-step guide to conducting an integrative review* (pp. 21-44). Springer Nature Switzerland.

3. หนังสืออื่น ๆ

3.1 หนังสือแปลที่จากภาษาต่างประเทศ

แบรี่ สมาร์. (2555). *มิเชล ฟูโกต์* [Michel Foucault] (จามะรี เชียงทอง และสุนทร สราญจิต, แปล). กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิริธร (องค์การมหาชน). (ต้นฉบับพิมพ์ปี ค.ศ. 1994).

3.2 คู่มือการวินิจฉัยโรค (Diagnostic manual)

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). https://icd.who.int/

3.3 พจนานุกรม หรือสารานุกรม

Merriam-Webster. (n.d.). *Merriam-Webster.com dictionary.* Retrieved December 15, 2022, from https://www.merriam-webster.com/

Merriam-Webster. (n.d.). Self-report. In *Merriam-Webster.com dictionary.* Retrieved December 15, 2022, from https://www.merriam-webster.com/dictonary self-report

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงบทความจากวารสาร

หลักการเขียนชื่อผู้แต่งเหมือนการอ้างอิงหนังสือ ชื่อวารสารให้ใช้ชื่อเต็มทั้งสองภาษาและจัดเป็นอักษรเอียง เขียนเลขหน้าเต็มทุกหลัก

บทความที่ไม่มี DOI หรือเป็นสิ่งพิมพ์ (Print version)

ศศิธารา น่วมภา, พรนภา ตั้งสุขสันต์, วาสนา จิติมา, และกันยรักษ์ เงยเจริญ. (2563). การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมและแก้ไขปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่: การปฏิบัติพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารพยาบาลศาสตร์, 38*(3), 4-21.

Witt, A. M., Bolman, M., Kredit, S., & Vanic, A. (2016). Therapeutic breast Massage in lactation for the management of engorgement, plugged ducts, and mastitis. *Journal of human lactation: Official journal of International Lactation Consultant Association, 32*(1), 123–131.

บทความที่มีเลขที่บทความหรือมีการระบุตำแหน่งแบบอิเล็กทรอนิกส์ (eLocator)

ศิริรัตน์ เพียขันทา, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และทิพย์ฆัมพร เกษโกมล. (2565). ผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการรับรู้การป้องกันโรคและการมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 28*(1), บทความ e258116. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/258116

Leslie, C. J., Hawkins, M., & Smith, D. L. (2020). Using the Health Literacy Questionnaire (HLQ) with providers in the Early Intervention setting: A qualitative testing study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(7), Article e2603. https://doi.org/10.3390/ijerph17072603

บทความที่มี DOI

Nawabi, F., Alayli, A., Krebs, F., Lorenz, L., Shukri, A., Bau, A. M., & Stock, S. (2021). Health literacy among pregnant women in a lifestyle intervention trial: protocol for an explorative study on the role of health literacy in the perinatal health service setting. *BMJ Open, 11*(7), e047377. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-047377

บทความที่เผยแพร่ออนไลน์แบบล่วงหน้า (advance online publication)

Canon, C., Effoe, V., Shetty, V., & Shetty, A. K. (2016). Knowledge and attitudes towards human papillomavirus (HPV) among academic and community physicians in Mangalore, India. *Journal of Cancer Education.* Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s13187-016-0999-0

บทความที่อยู่ในระหว่างรอตีพิมพ์ (In press)

Anderson, L. A., Kildea, S., Kynoch, K., Gao, Y., & Lee, N. (in press). Midwives experiences of interventions to improve breast expression following preterm birth: A qualitative study. *Midwifery.*

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงจากรายงานหรือวรรณกรรมที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

1. รายงานของหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรต่าง ๆ โดยองค์กรเป็นผู้แต่ง

Australian Institute of Health and Welfare. (2018). *Family, domestic and sexual violence in Australia 2018.* https://www.aihw.gov.au/getmedia/d1a8d479-a39a-48c1-bbe2-4b27c7a321e0/aihw-fdv-02.pdf.aspx?inline=true

2. รายงานของหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรต่าง ๆ โดยบุคคลเป็นผู้แต่ง

Ambiel, C., Adell, A., Sanguansri, P., Krause, D., Gamage, T., Garcia-Flores, R., & Juliano, P. (2019). *Mapping Australian fruit and vegetable losses pre-retail.* Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation. https://doi.org/10.25919/5d28d8ba0fad5

3. รายงานประจำปี

Western Health. (2019). 2018-19 *annual report.* http://www.westernhealth.org.au/AboutUs/CorporatePublications/Documents/AnnualReport/WH_Annual_Report_%202018-19.pdf

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์

1. กรณีไม่ได้ตีพิมพ์

โครงสร้างการเขียน

Author, A. A. (2022). *Title of dissertation/ thesis.* [Unpublished doctoral dissertation/thesis]. Name of Institution Awarding the Degree.

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง. (2565). *ชื่อดุษฎีนิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์.* [ดุษฎีนิพนธ์หรือวิทยานิพนธ์ไม่ได้ตีพิมพ์]. ชื่อสถาบันที่ประสาทปริญญา.

ตัวอย่าง

ปรางทิพย์ ทาเสนาะ. (2542). ผลของตัวแบบที่มีต่อการลดความวิตกกังวลในการคลอดของหญิงครรภ์แรก. [วิทยานิพนธ์ไม่ได้ตีพิมพ์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

2. กรณีตีพิมพ์หรือเผยแพร่ในฐานข้อมูลหรือออนไลน์

โครงสร้างการเขียน

Author, A. A. (2022). Title of dissertation. [Doctoral dissertation, Name of Institution Awarding the Degree]. Database Name. https://xxxxx

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง. (2565). ชื่อดุษฎีนิพนธ์. [ดุษฎีนิพนธ์, ชื่อสถาบันที่ประสาทปริญญา]. ชื่อฐานข้อมูล. ที่อยู่ URL

ตัวอย่าง

Thasanoh, P. (2010). Northeast Thai women’s experiences in following traditional postpartum practices. [Doctoral dissertation, University of California, San Francisco]. eScholarship University of California. https://escholarship.org/uc/item/65v4s03g

ตัวอย่างการเขียนรายการอ้างอิงอ้างอิงจากสื่ออื่น ๆ

1. Computer Software และ Mobile Apps.

โครงสร้าง

Author, A. A. (date). *Title of work* (Version 1.2) [Computer software]. Publisher/App Store/Google Play Store. https://xxxxx

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อผลงาน (รุ่นที่) [ซอฟแวร์คอมพิวเตอร์]. แหล่งเผยแพร่. ที่อยู่ URL.

ตัวอย่าง

Bprenstein, M., Hedges, L., Higgins. J., & Rothstein, H. (2014). Comprehensive meta-analysis (Version 3.3.070) [Computer software]. Biostat. https://www.meta-analysis.com/

Epocrates. (2019). Epocrates medical references (Version 18.12) [Mobile app]. App Store. https://itunes.apple.com/us/app/epocrates/id281935788?mt=8

2. แบบทดสอบ แบบวัด และรายการคำถาม (Tests, Scales, Inventories)

โครงสร้าง

Author, A. A. (date). *Title of the Test.* Test Database name. https://doi.org/xxx

Author, A. A. & Author, B. B. (date). *Title of the Test Database Record.* [Database record]. Test Database name. https://xxxx

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง. (ปีที่เผยแพร่). ชื่อของเครื่องมือหรือแบบวัด. ชื่อฐานข้อมูลของแบบวัด. ที่อยู่ DOI หรือ URL.

ตัวอย่างต่อไปนี้เป็นการอ้างคู่มือ แบบทดสอบ และฐานข้อมูลของแบบทดสอบตามลำดับ

Tellegen, A.. & Ben-Porath, Y. S. (2011). *Minnesota Multiphasic Personality Inventoy-2 Restructured Form (MMPI-2-RF): Technical manual.* Pearson.

Project Implicit. (n.d.). *Gender-Science IAT.* https:implicit.harvard.edu/implicit/takeatest.html

Cardoza, D., Morris, J. K., Mayers, H. F., & Rodriguez, N. (2000). *Acculturative Stress Inventory (ASI)* (TC022704) [Dtabase record]. ETS TestLink.

3. การสัมมนาในเว็บไซต์ที่ได้รับการบันทึกและสามารถเรียกดูในภายหลังได้

Goldberg, J. F. (2018). *Evaluating adverse drug effects* [Webinar]. American Psychiatric Association. https://education.psychiatry.org/Users/ProductDetail.aspx?ActivityID=6172

4. วิดีทัศน์จาก YouTube หรือการถ่ายทอดสด (YouTube video or other streaming videos)

Cutts, S. (2017, November 24). *Happiness* [Video]. Vimeo. https://vimeo.com/244405542

5. แฟ้มภาพกฤตศิลป์หรือภาพที่ถูกเก็บไว้ในแหล่งเก็บภาพ (Clip art or stock image)

CDJ. (2018). *Neural network deep learning prismatic* [Clip art]. Openclipart. https://openclipart.org/detail/309343/neural-network-deep-learning -prismatic

6. สื่อสังคมออนไลน์ (Social media)

โครงสร้าง

Author, A. A. [@username]. (2019, May 8). Title is the content of the post up to the first 20 words. Site Name. https://xxxxx

Author, A. A. [@username]. (n.d.). Title is the content of the post up to the first 20 words. [Description of audiovisuals]. Site Name. Retrieved August 27, 2020, from https://xxxx

ตัวอย่าง

White, B. [@BettyMWhite]. (2018, June 21). *I treasure every minute we spent together*#koko [Image attached] [Tweet]. Twitter. https://twitter.com/BettyMWhite/status/1009951892846227456

Smithsonian's National Zoo and Conservation Biology Institute. (n.d.) *Home* [Facebook page]. Facebook. Retrieved July 22, 2019, from https://www.facebook.com/nationalzoo

The New York Public Library [@nypl]. (n.d.). *The raven* [Highlight]. Instagram. Retrieved April 16, 2019m from https://bitly.com/2FV8bu3

7. เว็บเพจและเว็บไซต์

โครงสร้าง

ชื่อ-สกุลผู้เขียน. (ปี พ.ศ., วัน เดือนที่เผยแพร่). *ชื่อบทความ.* ชื่อเว็บไซต์. URL

Author, A. A. & Author, B. B. (ปี ค.ศ., เดือน วันที่เผยแพร่). *ชื่อบทความ.* ชื่อเว็บไซต์. URL

ตัวอย่าง

Avramova, N. (2019, January 3). The secret to a long, happy, healthy life? Think age-positive. CNN. https: www.cnn/2019/01/03/health/respect-toward-elderly-leads-to-long-life-intl/index-html

การนำเสนอค่าสถิติและตัวเลข

ตารางที่ 1 *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, ηp^2 = .009, and oral contraceptive use, F(1, 1276) = 4.38, p = .037, ηp^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, ηp^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, χ^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 ละเลข 0 หน้าทศนิยม เช่น r(1282) = .13

เอกสารอ้างอิง

American Psychological Association. (2019). *Publication manual of the American Psychological Association: The official guide of APA style* 7th edition. Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (2020). *Concise guide to APA style* 7th edition. Washington, DC: American Psychological Association.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
นครราชสีมา