



BUU NURSE
BURAPHA UNIVERSITY | FACULTY OF NURSING
คณะพยาบาลศาสตร์

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

Vol. 30 No. 2

April – June 2022

ISSN 0858 - 4338 (Print)

ISSN 2774 - 1214 (Online)



งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถนนกลางบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20130
โทร. 038-102-822 แฟกซ์ 038-393-476
E-MAIL : JNURSE@NURSE.BUU.AC.TH

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการผู้ช่วย

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตา ดุขภู่ ทูลศิริ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สาวิตรี หลักทอง

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง

ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี ฟองแก้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลพงศ์ สุขสว่าง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพีไล ศรีอาภรณ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวน

รองศาสตราจารย์ ดร.ซัจจเนก แพระขาว

Professor Dr. Edwin Rosenberg

Professor Dr. Ratchneewan Ross

มหาวิทยาลัยบูรพา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยบูรพา

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

นักวิชาการอิสระ ข้าราชการบำนาญ

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Appalachian State University, USA

University of North Carolina,

Greensboro, USA

ผู้จัดการวารสาร/การส่งเรื่องตีพิมพ์/ การบอกรับเป็นสมาชิก

นายเอกรินทร์ สามา

e-mail : journal@nurse.buu.ac.th

โทรศัพท์ 038-102822

กำหนดการออก ราย 3 เดือน (ปีละ 4 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 กรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม

อัตราค่าตีพิมพ์บทความ

ค่าตีพิมพ์ภาษาไทย 2,000 บาท

ค่าตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ 3,000 บาท

พิมพ์ที่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

สำนักงาน

งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ตำบลแสนสุข

อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี (20131)

โทรศัพท์ 038-102822

โทรสาร 038-393476

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

สารจากกองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเชิญนักวิจัยทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร **บทความที่จะส่งลงตีพิมพ์ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่น ๆ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน** ต้นฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

วิสัยทัศน์

“สถาบันแห่งการพลิกโฉมทางการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล เพื่อรับมือสภาวะสุขภาพที่ทำนายอย่างยั่งยืนและเป็นสากล”

VISION

“Transforming Nursing Education and Research, Responding to Healthcare Challenges Internationally and Sustainably”

ค่านิยมองค์กร (Core Value)

- N = Novelty : สร้างสรรค์
- U = Unity : เป็นหนึ่งเดียว
- R = Respect : ยอมรับกัน
- S = Smart : รอบรู้
- E = Excellence : สู่วิทยฐานะเลิศ



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 30 ฉบับที่ 2 เมษายน - มิถุนายน 2565 Vol. 30 No. 2 April - June 2022

สารบัญ

หน้า

บทความวิจัย

- ผลของรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล
ต่อกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง
ระดับเล็กน้อย ณิชก יעידסย 1-12
วริษา กันบัวลา
ชุตินา ฉันทมิตรโอบาส
- อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในการทำงาน
ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ
ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัด
มูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ปุณยณัฐ พิมใจใส 13-24
มณฑนา เทวาโกศลกุล
อัจฉรา ศรีสุภกรกุล
- ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและปัจจัยทำนายความต้องการ
การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ชุตินา ฉันทมิตรโอบาส 25-39
ดารัสณี โพธารส
พิชญานา พิชะยะ
- การศึกษาความเป็นไปได้ของแอปพลิเคชันการจัดการอาการ
สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด อังคินันท์ พรหมนิมิตร 40-52
น้ำอ้อย ภัคดีวงศ์
วารินทร์ บินโฮเซ็น
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการ
ช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล ของผู้ประกอบการแนวชายฝั่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ชรัญญากร วิริยะ 53-66
ตระกูลวงศ์ ฤชา
- การพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
โรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี กัญญา สุขะนันท์ 67-80
ชาลิษา สาและ
ชนัยกานต์ แก้วอุทัย
- ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต
เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ศิริินภา แก้วพวง 81-94
วรรณิ เตียวอิศเรศ
อารีญา สมรูป
- ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล
ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 รัศมีสุนันท์ จันทระภักดี 95-107
พิชามณูชู้ อินทะพุด
- ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีต่อ
พฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ฌนัชดา ศิริมาสกุล 108-120
- การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง
และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพชรีย์ กุณาละสิริ 121-133

บทความวิชาการ

- การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก:
บทบาทที่ทำนายของพยาบาล วรรณพร คำพิลา 134-142
และคณะ

ผลของรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลต่อกลุ่มอาการ ภายหลังสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย

ณชนก เอียดสุข, พย.ม.¹ วริษา กันบัวลา, พย.ม.^{2*} ชุติมา ฉันทมิตรโอบาส, Ph.D.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลต่อกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย รูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล วัตทัศน์กลวิธีการจัดการอาการในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันใช้หลักการอินโฟกราฟิก และคู่มือการจัดการอาการใช้หลักอินโฟกราฟิก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บหลังจากได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล น้อยกว่าก่อนทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.145, p < .001$; $t = 5.845, p < .001$ ตามลำดับ) จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า รูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลสามารถช่วยลดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บได้ พยาบาลควรจะใช้รูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลนี้เพื่อช่วยบรรเทาอาการภายหลังสมองบาดเจ็บให้แก่ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

คำสำคัญ: การติดตามอาการ การจัดการอาการ สื่อดิจิทัล กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ การบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: warisa@buu.ac.th

The Effect of Digital Media Symptom Monitoring and Management on Post-Concussion Syndrome in Patients with Mild Head Injury

Nachanok Aiadsuy, M.N.S¹, Warisa Kanbuala, M.N.S^{2*}, Chutima Chantamit-O-Pas, Ph.D.¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of symptom monitoring and management using digital media on the post-concussion syndrome in patients with a mild head injury. The samples were mild head injury patients based on the criteria and assigned to the experimental and control groups using a simple random sampling method. The experimental group received symptom monitoring and management using digital media, while the control group received the usual nursing care. The experimental tools included digital media for symptom monitoring and management, an animated infographic video, and an infographic handbook. Data collection tools comprised the Demographic form and the Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire (RPQ). Descriptive statistics and an independent sample t-test were used to analyze the data.

The results revealed that patients in the experimental group had a significantly lower mean score for post-concussion syndrome after using digital media symptom monitoring and management. These mean scores were less than in the control group ($p < .001$). The results also implied that digital media symptom monitoring and management could decrease post-concussion syndrome after mild head injury. Nurses can use this management to support patients with mild head injuries before being discharged from the hospital.

Key words: symptom monitoring, symptom management, digital media, post-concussion syndrome, mild head injury

¹ Assistant professor, Faculty of Nursing, Burapha University

² Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: warisa@bua.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ (Post-concussion syndrome) ที่เกิดขึ้นหลังจากได้รับบาดเจ็บที่สมอง ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บของเซลล์ประสาทพร้อมกับหลอดเลือดภายในสมอง (Hickey, 2014) เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้สึกตัวภายหลังการบาดเจ็บ (Prince & Bruhns, 2017) จากสถิติพบว่าในแต่ละปีมีจำนวนของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองทั่วโลกมากถึง 42 ล้านราย โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 70-90 เป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย (National Center for Injury Prevention and Control, 2015) ถึงแม้ว่าการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยจะมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตน้อยกว่าการบาดเจ็บที่สมองระดับปานกลางและรุนแรง แต่อย่างไรก็ตามพบว่าในช่วงเวลา 24 ชั่วโมงถึง 10 วันภายหลังได้รับบาดเจ็บ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56-89 มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการบาดเจ็บที่สมองในระยะที่สอง คือ กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ (Clossen et al., 2018; Ponsford et al., 2019)

กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บหากไม่ได้รับการจัดการอาการที่เหมาะสม อาจจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการคงอยู่ได้นานหลายปี (Nelson et al., 2018) ซึ่งจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ และการเข้าสังคม (Clossen et al., 2018) อาการที่พบ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ 1) อาการด้านร่างกาย ได้แก่ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน วิตกกังวล ความผิดปกติของการนอนหลับ อ่อนล้า มองเห็นภาพซ้อน ตาสู้แสงไม่ได้ 2) อาการด้านความรู้สึก ได้แก่ หลงลืมง่าย คิดช้า สมาธิลดลง และ 3) อาการด้านอารมณ์และพฤติกรรม ได้แก่ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย รู้สึกซึมเศร้า รู้สึกคับข้องใจ และกระสับกระส่าย (King & Kirwilliam, 2013) หากผู้ป่วยมีกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บคงอยู่เป็นระยะเวลานาน จะมีผลต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยทั้งด้านการรับรู้ ความคิด ความจำ (Hiploylee et al., 2017) ด้านอารมณ์และพฤติกรรม (Akin, Murnane, Hall, & Riska, 2017) อีกทั้งยังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม (Leddy, Baker, & Willer, 2016) และการใช้สารเสพติดตามมาอีกด้วย (Kort-Butler, 2017) ส่งผลให้ผู้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความรุนแรงของกลุ่มอาการ (Lum, Harnirattisai, & Tantongtip, 2019; Van der Naalt et al., 2017)

แนวทางการรักษาการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยของ The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand (2019) แนะนำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงปานกลางและมีปัจจัยเสี่ยงสูงควรเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลอย่างน้อย 24 ชั่วโมง เพื่อสังเกตประเมินอาการและเฝ้าระวังความผิดปกติทางระบบประสาทที่อาจเกิดขึ้น แต่เนื่องด้วยผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยมีจำนวนมาก รวมทั้งข้อจำกัดเรื่องจำนวนเตียงและอัตราค่าล้างของบุคลากรทางการแพทย์ จึงอาจทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยไว้รักษาในโรงพยาบาลได้นาน ดังนั้นเมื่อจำหน่ายกลับบ้านผู้ป่วยจึงต้องสังเกตอาการและจัดการกับอาการด้วยตนเอง หากผู้ป่วยไม่เข้าใจและไม่สามารถจัดการกับอาการดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและกลับมารับการรักษาพยาบาลล่าช้า ส่งผลให้การพยากรณ์โรคเลวลงและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ (Clossen et al., 2018; Nelson et al., 2018) ซึ่งพบได้ร้อยละ 15 ของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย (King & Kirwilliam, 2013)

การจัดการอาการเกิดจากประสบการณ์การรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีวิธีการจัดการอาการที่ดี จะสามารถช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา (Dodd et al., 2001) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย พบว่าการจัดการอาการและการฟื้นฟูสภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาทำงานได้ตามปกติ (Aidsuy, Kanbuala, & Junkul, 2020) จากการศึกษาของ Dexheimer et al. (2017) พบว่าการใช้สื่อเทคโนโลยีสามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยสามารถเฝ้าระวังและติดตามอาการภายหลังสมองบาดเจ็บด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Thaweekhoon and Pearkao (2019) พบว่า การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวผ่านทางแอปพลิเคชันในโทรศัพท์สมาร์ตโฟนช่วยให้

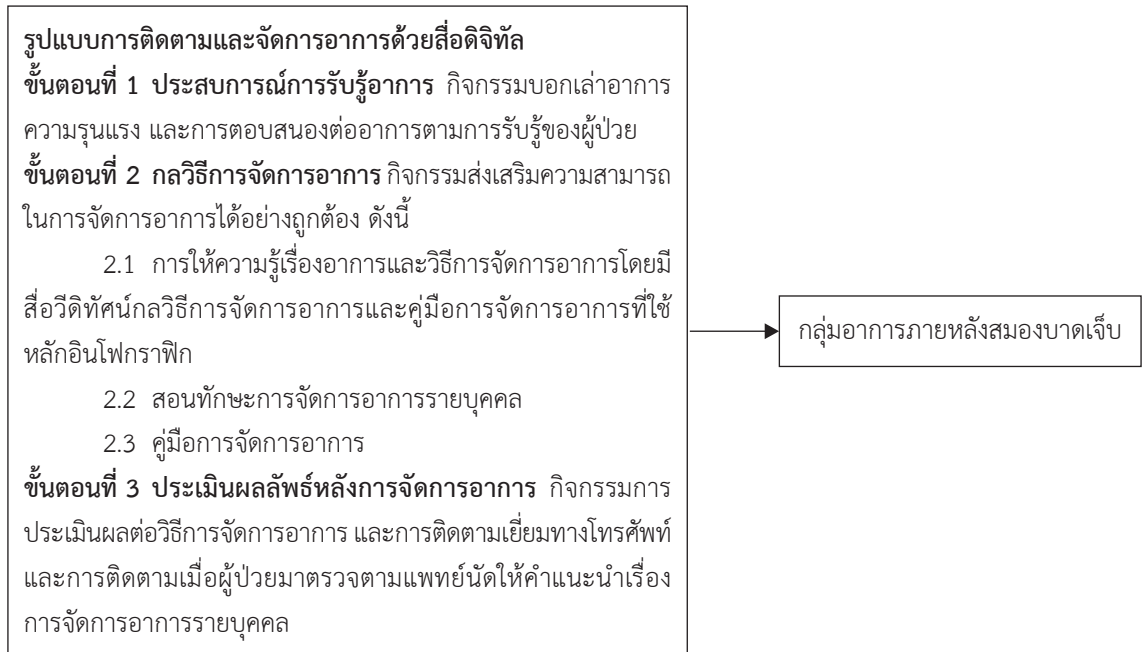
ผู้ป่วยมีความรู้เพิ่มขึ้น นอกจากนี้การใช้ชีวิตที่ศรัทธาเพื่อสอนเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง (Lum et al., 2019) รวมทั้งการใช้คู่มือจะสามารถช่วยลดการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บได้ (Emeot, Khuwatsamrit, & Chaivaiboontham, 2020) การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ในระยะแรกจะสามารถช่วยลดความรุนแรงของการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ (Cnossen et al., 2018) ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลต่อกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย โดยมุ่งหวังว่าผู้ป่วยจะได้รับการจัดการอาการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจจะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการและสามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บของกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย โดย Dodd et al. (2001) ได้กล่าวถึงแนวคิดการจัดการอาการว่าประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการเป็นการรับรู้เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือผิดปกติไปจากเดิมจะประเมินอาการตามระดับความถี่ ความรุนแรง และรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมากน้อยเพียงใดและตอบสนองต่ออาการเหล่านั้น 2) กลวิธีการจัดการอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการและการตอบสนองของแต่ละบุคคล เริ่มจากการประเมินอาการแล้วระบุเป็นปัญหา วางเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ และ 3) ผลลัพธ์จากการจัดการอาการเป็นการรับรู้ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ ซึ่งขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการจัดการกับอาการ โดยการรับรู้อาการและการตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล หากบุคคลมีวิธีการจัดการอาการที่ดี จะสามารถช่วยบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น ส่งผลให้มีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีตามมา และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การใช้สื่อเทคโนโลยี ได้แก่ การใช้ชีวิตที่ศรัทธาในการสอนวิธีการจัดการอาการ การใช้คู่มือ การติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อย สามารถเฝ้าระวังและติดตามอาการภายหลังสมองบาดเจ็บด้วยตนเอง และสามารถช่วยลดการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บได้ (Dexheimer et al., 2017; Emeot et al., 2020; Lum et al., 2019) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนารูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลที่มีการผสมผสานแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการใช้สื่อดิจิทัล โดยการสร้างสื่อชีวิตที่ศรัทธากลวิธีการจัดการอาการ และคู่มือการจัดการอาการด้วยหลักอินโฟกราฟิกที่สามารถเปลี่ยนข้อมูลที่เข้าใจยากให้เป็นข้อมูลที่เข้าใจได้ง่าย ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยมีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับกลวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม รวมทั้งสามารถประเมินผลลัพธ์หลังการจัดการอาการได้ด้วยตนเองตั้งแต่ในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และสามารถช่วยลดการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บได้ ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังทดลอง (Two-groups pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออก ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงปานกลางและมีปัจจัยเสี่ยงสูง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยที่เข้าพักรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่งในเขตภาคตะวันออก ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงปานกลางและมีปัจจัยเสี่ยงสูง ที่ประเมินตามแนวทางการรักษาการบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยของ The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand (2019) โดยมีเกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ มีอายุตั้งแต่ 18-60 ปี คะแนน Glasgow Coma Scale (GCS) เท่ากับ 13-15 คะแนน เมื่อแรกรับตลอดจนจำหน่าย มีกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บอย่างน้อย 1 อาการ ไม่มีประวัติเป็นโรคพิษสุราเรื้อรังหรือใช้สารเสพติดที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาท สื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีภาวะรู้คิดบกพร่อง มีอุปกรณ์สื่อสารที่สามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออก คือ มีอาการรุนแรงที่กลับมารักษาซ้ำหรือไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้ครบ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2009) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงกับการวิจัยนี้ คือ งานวิจัยของ Lum et al. (2019) เรื่อง ผลของโปรแกรมการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลและกลุ่มอาการหลังการบาดเจ็บของผู้บาดเจ็บศีรษะเล็กน้อย ได้ค่า Effect size เท่ากับ .66 และกำหนดการทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว หลังจากนั้นคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 ราย และผู้วิจัยสุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยทำการเก็บข้อมูลกลุ่มควบคุมก่อนจนครบตามจำนวน แล้วจึงดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองจนครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 รูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล เป็นรูปแบบเพื่อให้การดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจงตามอาการของผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยแต่ละราย โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 4 ครั้ง ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ประสิทธิภาพการรับรู้อาการ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินประสิทธิภาพการรับรู้กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ โดยให้บอกเล่าอาการ ความรุนแรง และการตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การวางแผนการจัดการอาการ ขั้นตอนที่ 2 กลวิธีการจัดการอาการเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการอาการได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องอาการและวิธีการจัดการอาการโดยใช้สื่ออินโฟกราฟิกและวีดิทัศน์ พร้อมสอนทักษะการจัดการอาการรายบุคคล รวมทั้งมอบคู่มือการจัดการอาการ และขั้นตอนที่ 3 ประเมินผลลัพธ์หลังการจัดการอาการ เป็นการประเมินว่าวิธีการจัดการอาการได้ผลหรือไม่ โดยให้ผู้ป่วยประเมินและบันทึกประสิทธิภาพอาการด้วยตนเอง นอกจากนี้ยังมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการติดตามเมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามแพทย์นัด เพื่อให้คำแนะนำเรื่องการจัดการอาการรายบุคคล ช่วยสร้างความมั่นใจและส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง

1.2 วิดีทัศน์กลวิธีการจัดการอาการในรูปแบบการ์ตูนแอนิเมชันใช้หลักการอินโฟกราฟิกที่ช่วยเปลี่ยนข้อมูลที่เข้าใจยากให้เป็นภาพซึ่งสามารถเข้าใจได้ง่าย ประกอบด้วย ภาพเคลื่อนไหวแสดงสาเหตุการบาดเจ็บที่สมองอาการและวิธีการจัดการกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที

1.3 คู่มือการจัดการอาการใช้หลักอินโฟกราฟิกเช่นเดียวกัน โดยการเปลี่ยนข้อมูลเป็นภาพ ซึ่งสามารถช่วยให้เข้าใจได้ง่าย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ 1) อาการภายหลังสมองบาดเจ็บ 2) วิธีการจัดการอาการต่าง ๆ เช่น ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ ความผิดปกติของการนอนหลับ คิดช้า สมาธิลดลงซึมเศร้า 3) อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที และ 4) แบบบันทึกประสิทธิภาพเกี่ยวกับอาการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ รูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล วิดีทัศน์ และคู่มือการจัดการอาการ ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ความสอดคล้องของวัตถุประสงค์ และความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 1 ท่าน และพยาบาลระดับชำนาญการและเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของกิจกรรมและการใช้ภาษา ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว และ 2) ข้อมูลประวัติการบาดเจ็บที่สมอง ได้แก่ สาเหตุของการบาดเจ็บ ลักษณะการบาดเจ็บ ประวัติการหมดสติ ประวัติการสูญเสียความจำ ผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมอง คะแนน GCS แรกรับ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล

2.2 แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ ใช้แบบประเมิน Rivermead Post-concussion Symptom Questionnaires (RPQ) ของ King, Crawford, Wenden, Moss, and Wade (1995) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยคณะผู้วิจัยใช้วิธีการแปลย้อนกลับ (Back-translation) ด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย

บาดเจ็บที่สมอง และมีความเชี่ยวชาญทั้งสองภาษา จำนวน 2 ท่าน แบบสอบถามเป็นข้อคำถามปลายปิด ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ จำนวน 16 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีค่าตั้งแต่ 0 ถึง 4 ระดับ คือ 0 หมายถึง “ไม่เคยมีอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ” 1 หมายถึง “มีอาการภายหลังสมองบาดเจ็บแต่รู้สึกว่าไม่เป็นปัญหาบวกรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวัน” 2 หมายถึง “มีอาการภายหลังสมองบาดเจ็บและรู้สึกว่า เป็นปัญหาบวกรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันบ้างเล็กน้อย” 3 หมายถึง “มีอาการภายหลังสมองบาดเจ็บและรู้สึกว่า เป็นปัญหาบวกรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันปานกลาง” และ 4 หมายถึง “มีอาการภายหลังสมองบาดเจ็บและรู้สึกว่า เป็นปัญหาบวกรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก” เมื่อนำค่าคะแนนที่ได้มารวมกัน ค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 64 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการภายหลังสมองบาดเจ็บมีความรุนแรงมากและ อาการนั้นรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันมาก เครื่องมือนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ .82 หลังจากปรับปรุงนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ .86

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา (HS 049/2563) กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ โดยเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ หากยินยอมเข้าร่วม โดยสมัครใจจึงให้ลงชื่อในใบยินยอม กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อบริการที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและไม่สามารถระบุถึงข้อมูลรายบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลจะถูกทำลายหลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาล เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์วิจัย การเก็บข้อมูล พร้อมขอความร่วมมือ ในการดำเนินการวิจัย หลังจากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ดังนี้

1. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยในและเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง สอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ซักถามก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอม เข้าร่วมการวิจัย ให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ ในห้องที่บ แ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง
2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ ใช้เวลาประมาณ 15 นาที ส่วนข้อมูลประวัติการบาดเจ็บที่สมองเก็บจากเวชระเบียน
3. กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติและได้รับคำแนะนำก่อนจำหน่ายกลับบ้านจากพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลโดยอธิบายอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ทันที ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุมและได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลโดยผู้วิจัย ดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันแรกของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล) ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองเพื่อ สร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ

ครั้งที่ 2 (วันจำหน่ายกลับบ้าน) ผู้วิจัยดำเนินการตามรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล เป็นรายบุคคล โดยเริ่มจากกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยประเมินประสบการณ์การรับรู้กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ โดยให้บอกเล่าอาการ ความรุนแรง และการตอบสนองต่ออาการตามการรับรู้ของผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การสรุปปัญหา ที่เกิดขึ้นกับตนเองและวางแผนการจัดการอาการ จากนั้นจึงเริ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการ

อาการได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องอาการและวิธีการจัดการอาการโดยสื่อวีดิทัศน์ที่ใช้หลักการอินโฟกราฟิก พร้อมสอนทักษะการจัดการอาการ รวมทั้งมอบคู่มือการจัดการอาการและสอนให้ผู้ป่วยบันทึกประสบการณ์อาการด้วยตนเองเพื่อเป็นการประเมินว่าวิธีการจัดการอาการได้ผลหรือไม่ จากนั้นกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลตามปกติ ก่อนจำหน่ายกลับบ้านจากพยาบาลวิชาชีพของโรงพยาบาลเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม

ครั้งที่ 3 (หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใน 24 ชั่วโมง) ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ ให้บอกเล่าอาการ วิธีการจัดการอาการ และให้ประเมินว่าวิธีการจัดการอาการได้ผลหรือไม่ จากนั้นผู้วิจัยให้คำแนะนำวิธีการจัดการอาการที่เหมาะสม ให้กำลังใจและกล่าวชมเชยเพื่อเสริมแรงให้เกิดความมั่นใจในการจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง

ครั้งที่ 4 (หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในวันที่ 7) ผู้วิจัยนัดพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับการตรวจตามแพทย์นัด ณ แผนกตรวจผู้ป่วยนอกศัลยกรรม โดยสอบถามความพร้อมของกลุ่มตัวอย่าง เชิญกลุ่มตัวอย่างไปยังบริเวณที่มีความเป็นส่วนตัวและเงียบสงบ ติดตามวิธีการจัดการอาการและให้คำแนะนำการจัดการกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บเพิ่มเติม

4. หลังทดลองในวันที่ 14 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เพื่อสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ ใช้เวลา 15 นาที จากนั้นจึงแจ้งสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยหาค่าจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง ด้วยสถิติ Chi-square test และสถิติ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บของกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลองด้วยสถิติ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ในระยะก่อนทดลองและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test ก่อนการวิเคราะห์ได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงปานกลางและมีปัจจัยเสี่ยงสูง จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำนวนกลุ่มละ 30 ราย โดยกลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 29.23 ปี ($SD = 10.71$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.3) สถานภาพสมรสโสด (ร้อยละ 60) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 63.3) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 43.3) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 90) สาเหตุของการบาดเจ็บที่สมองเกิดจากอุบัติเหตุจากรถจักรยาน (ร้อยละ 80) และการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 10) ลักษณะการบาดเจ็บที่พบมาก คือ มีแผลฉีกขาดที่หนังศีรษะ (ร้อยละ 30) หลังได้รับบาดเจ็บผู้ป่วยมีประวัติหมดสติชั่วคราว ร้อยละ 70 มีประวัติการสูญเสียความจำช่วงเกิดเหตุ ร้อยละ 70 ผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่าปกติ ร้อยละ 77.3 คะแนนกลาสโกว์แรกรับเฉลี่ย 14.53 ($SD = .78$) และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 1.93 วัน ($SD = 1.26$) ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 32.3 ปี ($SD = 12.82$) ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 63.3) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 46.7) ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 63.7) การศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.7) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 สาเหตุของการบาดเจ็บที่สมองเกิดจากอุบัติเหตุจากรถจักรยาน (ร้อยละ 90) และการพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 6.7) ลักษณะการบาดเจ็บที่พบมาก คือ มีแผลถลอกที่หนังศีรษะ (ร้อยละ 30) หลังได้รับบาดเจ็บผู้ป่วยมีประวัติหมดสติชั่วคราว ร้อยละ 66.7 มีประวัติการสูญเสียความจำช่วงเกิดเหตุ ร้อยละ 70 ผลตรวจเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์สมองพบว่าปกติ ร้อยละ 76.7 คะแนนกลาสโกว์แรกรับเฉลี่ย 14.80

(SD = .48) และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 2.10 วัน (SD = 1.27)

การทดสอบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษา โรคประจำตัว สาเหตุและลักษณะการบาดเจ็บที่สมอง ประวัติการหมดสติและการสูญเสียความจำ และระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล พบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ ก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		df	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
ก่อนการทดลอง	19.00	10.02	18.93	11.59	58	-.024	.981
หลังการทดลอง	.47	.73	6.10	5.23	58	5.845	<.001

จากตารางที่ 1 พบว่า เมื่อทดสอบด้วย Independent t-test พบว่า ก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ($p = .981$) และหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ ก่อนและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 60)

กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บ	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	\bar{x}	SD	\bar{x}	SD			
กลุ่มทดลอง	19.00	10.02	.47	.73	29	10.145	<.001
กลุ่มควบคุม	18.93	11.59	6.10	5.23	29	5.767	<.001

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บของกลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เท่ากับ 19.00 (SD = 10.02) และ .47 (SD = .73) ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วย Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง เท่ากับ 18.93 (SD = 11.59) และ 6.10 (SD = 5.23) ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วย Paired t-test พบว่าคะแนนเฉลี่ยกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผล

ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัล มีกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บน้อยกว่าก่อนทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลเป็นรายบุคคล ซึ่งช่วยให้สามารถประเมินและรับรู้อาการภายหลังสมองบาดเจ็บของตนเอง นำไปสู่การวางแผนจัดการอาการ และสามารถนำกลวิธีการจัดการอาการมาใช้เพื่อบรรเทาอาการรบกวนที่เกิดขึ้น สอดคล้องตามแนวคิดการจัดการอาการของ Dodd

et al. (2001) ที่ว่าการจัดการอาการเป็นกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงขึ้นอยู่กับระยะเวลา ความต้องการและการตอบสนองของแต่ละบุคคล เริ่มจากการประเมินอาการแล้วสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง วางเป้าหมายในการจัดการกับอาการเพื่อให้เกิดผลตามที่ต้องการ โดยผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับประสบการณ์เกี่ยวกับอาการและวิธีการจัดการอาการของผู้ป่วยเฉพาะบุคคล นอกจากนี้รูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลยังมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอาการภายหลังสมองบาดเจ็บที่มีความเฉพาะเจาะจงตามอาการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ ทำให้อาการที่เกิดขึ้นได้รับการจัดการตั้งแต่วางแผนแรกของการบาดเจ็บต่อเนื่องไปจนจำหน่ายกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน ส่งผลให้เกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บลดลงและมีการฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว

รูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลยังมีการผสมผสานการใช้สื่อวีดิทัศน์ในรูปแบบการดูแอนิเมชันสร้างจากหลักการอินโฟกราฟิกที่ช่วยเปลี่ยนข้อมูลที่เข้าใจยากให้เป็นภาพที่สามารถเข้าใจได้ง่าย (Dexheimer et al., 2017) พร้อมการสอนทักษะการจัดการอาการรายบุคคล รวมทั้งมีการมอบคู่มือการจัดการอาการเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินและบันทึกประสบการณ์อาการด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ประเมินผลลัพธ์หลังการจัดการอาการเป็นการประเมินว่าวิธีการจัดการอาการได้ผลหรือไม่ ซึ่งการใช้สื่อเหล่านี้นอกจากจะสามารถเข้าใจได้ง่ายแล้วยังสามารถช่วยลดความวิตกกังวลในการจดจำเนื้อหา จากการศึกษาของ Ettenhofer et al. (2019) พบว่า สื่อวีดิทัศน์สามารถช่วยส่งเสริมให้ผู้บาดเจ็บที่สมองมีความรู้ในการจัดการอาการและสามารถจัดการกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บได้ดีขึ้น นอกจากนี้รูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลยังมีการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์และการติดตามนัด เพื่อทบทวนกลวิธีการจัดการอาการ ให้กำลังใจ เปิดโอกาสให้พูดคุยซักถามและให้คำแนะนำเรื่องการจัดการอาการรายบุคคลเพิ่มเติมที่ช่วยสร้างความมั่นใจและส่งเสริมความร่วมมือในการจัดการอาการอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของ Rooplor, Leethong-in, and Piyawattanapong (2021) และ Lum et al. (2019) ที่พบว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์เพื่อติดตามและกระตุ้นเตือนสามารถช่วยเพิ่มความมั่นใจ และลดกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บของกลุ่มทดลองน้อยกว่าควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แม้ว่าเมื่อระยะเวลาผ่านไป ร่างกายอาจจะฟื้นหายได้เองและทำให้กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บทุเลาลงดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มควบคุมก็มีกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บน้อยกว่าก่อนทดลองเช่นเดียวกัน แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยได้รับรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ในระยะแรก จะส่งผลให้กลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บลดลงมากกว่าจึงอาจช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการและช่วยให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตได้ตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่เกี่ยวข้อง สามารถนำรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลไปใช้ในการดูแลกลุ่มอาการภายหลังสมองบาดเจ็บในผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมองระดับเล็กน้อยในโรงพยาบาลทุกระดับ และเขตภูมิภาคอื่น ๆ พร้อมทั้งประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผล เพื่อพัฒนารูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลให้สามารถใช้ได้ทั่วไปในผู้ป่วยกลุ่มนี้

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรเพิ่มระยะเวลาในการติดตามผลของการใช้รูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลในระยะ 1 เดือน และ 3 เดือน เพื่อทดสอบประสิทธิภาพ และประสิทธิผลของรูปแบบการติดตามและจัดการอาการด้วยสื่อดิจิทัลในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดีโดยได้รับทุนวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ภายใต้โครงการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการต่ออาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนและความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อย

References

- Aiadsuy, N., Kanbuala, W., & Junkul, S. (2020). The effect of a post-concussion symptoms management program on functional performance in patients with mild traumatic brain injury. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 28(4), 58-73. [In Thai]
- Akin, F. W., Murnane, O. D., Hall, C. D., & Riska, K. M. (2017). Vestibular consequences of mild traumatic brain injury and blast exposure: A review. *Brain Injury*, 31(9), 1188-1194.
- Cnossen, M. C., Van der Naalt, J., Spikman, J. M., Nieboer, D., Yue, J. K., Winkler, E. A., ... Lingsma, H. F. (2018). Prediction of persistent post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*, 35(22), 2691-2698.
- Dexheimer, J. W., Kurowski, B. G., Anders, S. H., McClanahan, N., Wade, S. L., & Babcock, L. (2017). Usability evaluation of the SMART application for youth with mTBI. *International Journal of Medical Informatics*, 97, 163-170.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Emeot, Y., Khuwatsamrit, K., & Chaivaiboontham, S. (2020). Effects of the self-care agency promoting program on knowledge, self-care ability perceived post-concussion symptoms, and recovery from brain injury in patients with mild traumatic brain injury. *Nursing Journal of The Ministry of Public Health*, 30(3), 207-222. [In Thai]
- Ettenhofer, M. L., Guise, B., Brandler, B., Bittner, K., Gimbel, S. I., Cordero, E., ... Chan, L. (2019). Neurocognitive driving rehabilitation in virtual environments (NeuroDRIVE): A pilot clinical trial for chronic traumatic brain injury. *NeuroRehabilitation*, 44(4), 531-544.
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. doi:10.3758/brm.41.4.1149
- Hickey, J. V. (2014). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (7th ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hiploylee, C., Dufort, P. A., Davis, H. S., Wennberg, R. A., Tartaglia, M. C., Mikulis, D., ... Tator, C. H. (2017). Longitudinal study of post-concussion syndrome: Not everyone recovers. *Journal of Neurotrauma*, 34(8), 1511-1523.
- King, N. S., Crawford, S., Wenden, F. J., Moss, N. E., & Wade, D. T. (1995). The rivermead post concussion symptoms questionnaire: A measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *Journal of Neurology*, 242(9), 587-592.

- King, N. S., & Kirwilliam, S. (2013). The nature of permanent post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury. *Brain Impair.* 14, 235-242.
- Kort-Butler, L. A. (2017). Head injury and substance use in young adults. *Substance Use & Misuse*, 52(8), 1019-1026.
- Leddy, J. J., Baker, J. G., & Willer, B. (2016). Active rehabilitation of concussion and post-concussion syndrome. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 27(2), 437-454.
- Lum, P., Harnirattisai, T., & Tantongtip, D. (2019). The effects of a continuing care program on the perceived self-efficacy of caregivers and post-concussion syndrome in persons with mild traumatic brain injury. *Ramathibodi Nursing Journal*, 25(1), 58-73. [In Thai]
- National Center for Injury Prevention and Control. (2015). *Report to congress on traumatic brain injury in the United States: Epidemiology and rehabilitation 2015*. Retrieved from: https://www.cdc.gov/traumaticbraininjury/pdf/tbi_report_to_congress_epi_and_rehab-a.pdf
- Nelson, L. D., Furger, R. E., Ranson, J., Tarima, S., Hammeke, T. A., & Randolph, C. (2018). Acute clinical predictors of symptom recovery in emergency department patients with uncomplicated mild traumatic brain injury or non-traumatic brain injuries. *Journal of Neurotrauma*, 35(2), 249-259.
- Ponsford, J., Nguyen, S., Downing, M., Bosch, M., McKenzie, J. E., Turner, S., ... Green, S. (2019). Factors associated with persistent post-concussion symptoms following mild traumatic brain injury in adults. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 51(1), 32-39.
- Prince, C., & Bruhns, M. E. (2017). Evaluation and treatment of mild traumatic brain injury: The role of neuropsychology. *Brain Sciences*, 7(8), 105.
- Rooplor, S., Leethong-in, M., & Piyawattanapong, S. (2021). Effects of the self-efficacy enhancing program on the practice behavior of caregivers for the older patients with mild traumatic brain injury after discharge and post-concussion syndrome. *Srinagarind Medical Journal*, 36(5), 617-624. [In Thai]
- Thaweekhoon, R., & Pearkao, C. (2019). Effects of a smartphone application on knowledge discharge outcome among patients with mild traumatic brain injury. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 272-279. [In Thai]
- The Royal College of Neurological Surgeons of Thailand. (2019). *Clinical practice guidelines for traumatic brain injury*. Retrieved from: <http://www.neurosurgerycmu.com/files/2019/12/GPG-final-2562-compressed.pdf> [In Thai]
- Van der Naalt, J., Timmerman, M. E., De Koning, M. E., Van der Horn, H. J., Scheenen, M. E., Jacobs, B., ... Spikman, J. M. (2017). Early predictors of outcome after mild traumatic brain injury (UPFRONT): An observational cohort study. *The Lancet Neurology*, 16(7), 532-540.

อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในการทำงาน ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณการแพรระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ปณญช พิมใจใส, ปร.ด.^{1*} มณฑนา เทวาโกคินกุล¹ อัจฉรา ศรีสุภกรกุล¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในการทำงาน ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณการแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 296 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการทำงาน และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.93, 0.92 และ 0.93 ตามลำดับ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.86, 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบคัดเลือกเข้า

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณการแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .134$) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ($\beta = .140$) และรายได้รวมต่อเดือน ($\beta = .191$) 2) คุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว ($\beta = .140$) ด้านความสัมพันธ์และความร่วมมือ ($\beta = .163$) ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงาน ($\beta = .233$) และความเครียดในการทำงาน ($\beta = -.169$) โดยสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 36.00 ($R^2 = 0.360, p < .05$) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลทุกระดับมีบทบาทสำคัญในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน และคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพทั้ง 9 ด้าน และนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการบริหารองค์กร เพื่อหาแนวทางพัฒนาคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต คุณภาพชีวิตในการทำงาน สถานการณการแพรระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

* ผู้เขียนหลัก e-mail: punyanutphim@gmail.com

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัย จากมหาวิทยาลัยคริสเตียน

The Influences of Personal Factors and Quality of Work-Life on Quality of Life among Professional Nurses during the Pandemic of Coronavirus Disease 2019 in Hospitals under the Church of Christ in Thailand

Punyanut Phimchaisai, Ph.D.^{1*}, Muntana Taewaphokinkul¹, Achara Srisupornkornkul¹

Abstract

The purpose of this predictive correlation research was to study the influences of personal factors and quality of work-life on quality of life among professional nurses during the pandemic of Coronavirus Disease 2019 in hospitals under the Church of Christ in Thailand. A simple random sampling was used to select 296 professional nurses. The instruments used to collect data included the personal factor questionnaire, the quality of work-life questionnaire, and the quality of life questionnaire. The content validity index was 0.93, 0.92, and 0.93, and Cronbach's alpha coefficients were 0.86, 0.86, and 0.88, respectively. The descriptive statistics and the enter method of multiple regression were used to analyze the data.

The results of this research were as follows: The factors influencing the quality of life among professional nurses during the pandemic of Coronavirus Disease 2019 in hospitals under the Church of Christ in Thailand were personal factors and quality of work-life. 1) Personal factors included: family relationships ($\beta = .134$), department ($\beta = .140$), and monthly total income ($\beta = .191$). 2) work-life balance ($\beta = .140$), relationships and cooperation ($\beta = .163$), job satisfaction and job security ($\beta = .233$), and workplace stress ($\beta = -.169$). Furthermore, it could predict professional nurses' quality of life at 36.00 percent. ($R^2 = 0.360$, $p < .05$). The research results suggest that hospital and nursing administrators at all levels play an important role in enhancing the four aspects of quality of life and the nine aspects of the quality of work-life of professional nurses. This information serves as a basis for the organizational administration to improve the professional nurses' quality of life and work-life more efficiently.

Key words: Quality of Life, Quality of Work-Life, Pandemic of Coronavirus Disease 2019, Hospitals under the Church of Christ in Thailand

¹ Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

* Corresponding author e-mail: punyanutphim@gmail.com

This study was supported by Christian University of Thailand

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019 : COVID -19) ตั้งแต่ปี 2019 องค์การอนามัยโลกประกาศให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) และแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคนี้ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แพร่อย่างรวดเร็วและกว้างขวางไปหลายประเทศทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก โดยพบผู้ติดเชื้อรายใหม่มีจำนวนเพิ่มขึ้น อีกทั้งยังมียอดผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่องส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม การค้า สิ่งแวดล้อม ความมั่นคง การดำรงชีวิต (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพและผลกระทบต่อด้านจิตใจซึ่งเกิดขึ้นกับกลุ่มคนทุกกลุ่ม นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากรทางด้านสุขภาพ กลุ่มพยาบาลวิชาชีพมีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า มีความเครียด มีความเหนื่อยหน่ายและมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Barrett & Heale, 2021)

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่แพร่ไปทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้นทำให้ความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดด ในขณะที่ขีดความสามารถของสถานพยาบาลและบุคลากรสุขภาพไม่ได้เพิ่มขึ้นตามไปด้วย (Potarin, Chaiyasit, Chabunlawat, Piboonrungraj, & Imnamkhao, 2020) พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญ และมีจำนวนมากที่สุดในระบบบริการสุขภาพและการดำเนินงานของโรงพยาบาลทุกระดับในประเทศไทย และที่สำคัญพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการพยาบาลผู้สงสัยที่มาตรวจคัดกรองและผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญ ได้แก่ การคัดกรอง การติดตามภาวะหายใจลำบาก การส่งเสริมให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ การเฝ้าระวัง การติดตามภาวะแทรกซ้อน การจัดการภาวะวิกฤติ ด้านจิตสังคม การช่วยฟื้นคืนชีพ การจัดการเมื่อมีผู้ติดเชื้อ และการส่งเสริมให้ความรู้ จะช่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยสามารถควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Potarin et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่าพยาบาลต้องเผชิญกับสิ่งคุกคามในการทำงาน อาทิ การสัมผัสกับเชื้อที่ก่อให้เกิดโรค ชั่วโมงการปฏิบัติงานที่ยาวนาน ภาวะเครียดเรื้อรัง ความเหนื่อยล้า และมีอาการปวดศีรษะเพิ่มขึ้นจากการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายตลอดเวลา (Barrett & Heale, 2021; Sathira-Angkura et al., 2021; Shoja et al., 2020)

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังส่งผลกระทบต่อความรู้สึกต่อผู้ป่วย ญาติ และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากในช่วงที่มีการระบาดของโรคมีข้อจำกัดหลาย ๆ ด้านในการปฏิบัติงาน เช่น องค์ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ไม่ชัดเจนทำให้เกิดความกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การขาดอุปกรณ์ในการป้องกันเชื้อในขณะปฏิบัติงาน และการขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคที่วิกฤติรุนแรง (Barrett & Heale, 2021; Intolo, Sihaboonnak, & Saisangjan, 2021) ภาวะดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาล (Moradi, Maghaminejad, & Azizi-Fini, 2014; Thongkao & Kangsan, 2020; Udomittipong, Losatankij, Suanchang, Kaewyot, & Yootin, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของพยาบาลวิชาชีพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งคุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ถึงองค์ประกอบคุณภาพชีวิต ประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ตามแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2021) นอกจากนี้ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น รายได้ สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระหนี้ จำนวนชั่วโมงการนอน ตำแหน่งงาน และลักษณะงานที่ทำ ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพด้วยเช่นกัน (Kangsan & Klinhom, 2017; Sukitawat, 2016)

คุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นทัศนคติและความรู้สึกของบุคลากรซึ่งได้รับมาจากประสบการณ์การทำงานทำให้เกิดความพึงพอใจมีความสุขในการทำงานและมีสุขภาพจิตที่สมบูรณ์ เป็นการสนองตอบความต้องการและความ

คาดหวังของบุคลากร ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อองค์กรและบุคลากรในรูปแบบต่าง ๆ หากองค์กรใดได้ดำเนินการให้บุคลากรมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่เหมาะสมแล้ว ย่อมนำไปสู่ความพึงพอใจในงาน อันส่งผลต่อประสิทธิภาพงานของบุคลากร และขององค์กรได้ สอดคล้องกับการศึกษาการบริหารจัดการคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ตีนั้นจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบคุณภาพชีวิตที่ครบถ้วนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ได้แก่ ค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม สภาพการทำงานที่ปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ โอกาสก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน โอกาสได้ใช้และพัฒนาความสามารถของบุคคล การบูรณาการทางสังคมในการทำงาน ประชานิยัตยในองค์กร ความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว และลักษณะงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม (Manowan, 2018; Phimchaisai, Taewaphokinkul, & Pumcharoen, 2021; Sanguanwongwan & Piyapanyam, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาขององค์ประกอบคุณภาพชีวิตในการทำงาน แบ่งเป็น 9 ด้าน คือ 1) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน 2) สภาพการทำงาน 3) ความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว 4) ค่าตอบแทน 5) ความสัมพันธ์และความร่วมมือ 6) ความเครียดในการทำงาน 7) ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงาน 8) การพัฒนาสายอาชีพ และ 9) วัฒนธรรมองค์กร (Nanjundeswaraswamy, 2022) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดีจะสามารถส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานได้

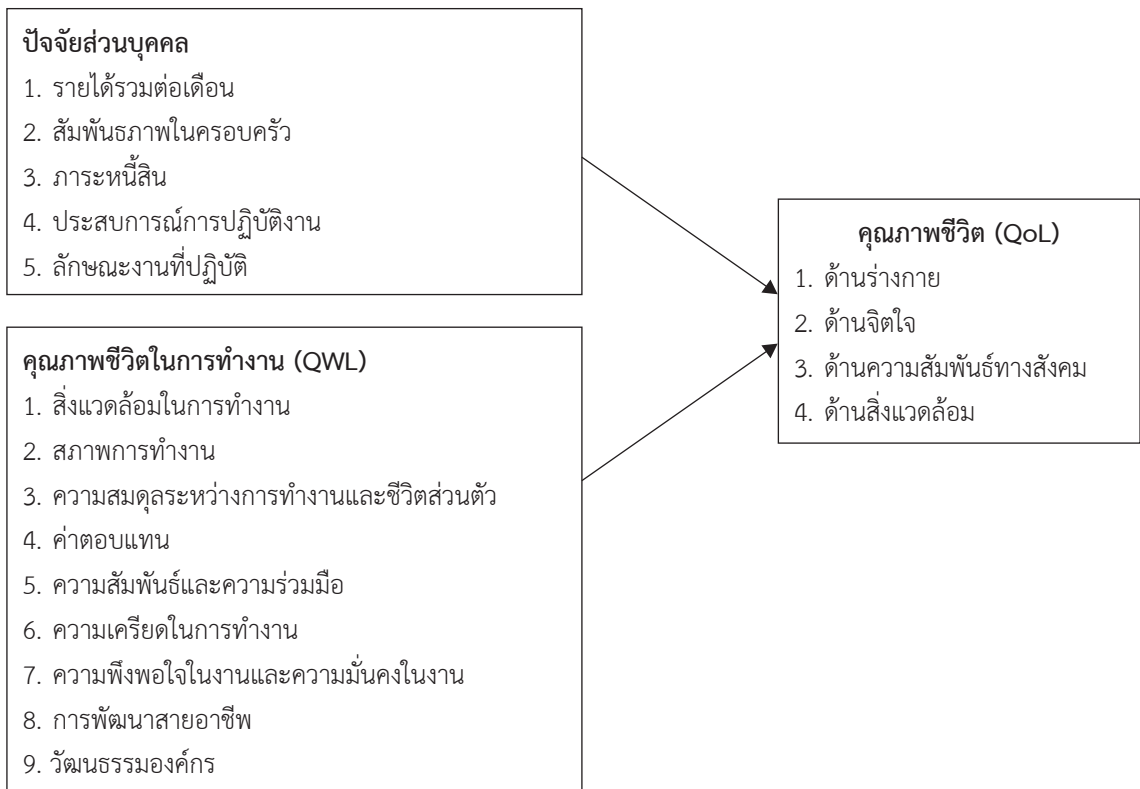
โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย จำนวน 8 แห่ง ประกอบด้วย โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียน โรงพยาบาลกรุงเทพคริสเตียนนครปฐม โรงพยาบาลคริสเตียนแม่น้ำแควน้อย โรงพยาบาลโอเวอร์บรู๊ค โรงพยาบาลแมคคอร์มิค โรงพยาบาลแวนแซนด์วู้ด โรงพยาบาลแพร่คริสเตียน และสถาบันแมคเคนเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ มีพันธกิจด้านการแพทย์ โดยมีหน้าที่หลักในการให้การบำบัดรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแก่บุคคลทั่วไป สอดคล้องกับหลักการของพระเยซูคริสต์ เน้นการให้บริการโดยมีรากฐานมาจากความรักของผู้เชื่อมั่นในพระองค์ พระเมตตาของพระเจ้า ซึ่งเน้นการให้บริการรักษาพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อแสดงให้เห็นเป็นรูปธรรมของความรักที่แสดงออกโดยการให้ความเอาใจใส่พร้อมที่จะช่วยเหลือด้วยความมีน้ำใจ ยินดีเสียสละอุทิศตน ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการมีสุขภาพสมบูรณ์และพบสันติสุข พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย มีแนวคิดหลักกล่าวคือ ให้บริการแก่ชนทุกชั้นอย่างดีที่สุด สอดคล้องตามพระคำรัสของพระเยซูคริสต์ที่ว่า “จงรักษาคนเจ็บให้หาย” (The Church of Christ in Thailand, 2015) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั่วโลกและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้นทำให้ความต้องการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นในอัตราที่ก้าวกระโดด พยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นในระบบบริการสุขภาพ และมีบทบาทสำคัญต่อการคัดกรองและผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจคุณภาพชีวิตในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในการทำงาน ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการหาแนวทางในการพัฒนาและปรับปรุงการบริหารงานในองค์กรการพยาบาลและงานบริหารทรัพยากรมนุษย์ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในการทำงานและคุณภาพชีวิตทั้ง 4 มิติ รวมถึงคุณภาพบริการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในการทำงาน ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดที่อธิบายถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 1) รายได้รวมต่อเดือน 2) สัมพันธภาพในครอบครัว 3) ภาระหนี้สิน 4) ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และ 5) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ คุณภาพชีวิตในการทำงานที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 9 ด้าน คือ 1) สิ่งแวดล้อมในการทำงาน 2) สภาพการทำงาน 3) ความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว 4) ค่าตอบแทน 5) ความสัมพันธ์และความร่วมมือ 6) ความเครียดในการทำงาน 7) ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงาน 8) การพัฒนาสายอาชีพ และ 9) วัฒนธรรมองค์กร (Nanjundeswaraswamy, 2022) สำหรับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ประกอบด้วย องค์ประกอบ 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Department of Mental Health, Ministry of Public Health, 2021) แสดงให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลทั้ง 5 ด้าน และคุณภาพชีวิตในการทำงานทั้ง 9 ด้าน มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและคุณภาพชีวิตในการทำงาน ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย จำนวน 8 แห่ง จำนวน 892 คน (ณ วันที่ 25 สิงหาคม 2564) กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 269 คน กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) เพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10% (Wongsachue, 2021) ดังนั้นการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกโดยใช้ตารางสำเร็จรูปและการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย จำนวน 296 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับรายได้รวมต่อเดือน สัมพันธภาพในครอบครัว ภาระหนี้สิน ประสบการณ์การปฏิบัติงาน และลักษณะงานที่ปฏิบัติ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกหลายคำตอบ แต่ให้เลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาล ขออนุญาตใช้โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ (Nanjundeswaraswamy, 2022) ประกอบด้วย 9 ด้าน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ได้แก่ น้อยที่สุด (1) น้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) และมากที่สุด (5) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 37 ข้อ การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในการทำงาน (Quality of work-life) ดี โดยมีการแบ่งช่วงค่าเฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ไม่ดี ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในการทำงานปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.67 - 5.00 แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตในการทำงานที่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต โดยใช้แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL - BREF - THAI) (Department of Mental Health, Ministry of Public Health (2021) มีลักษณะเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย (1) เล็กน้อย (2) ปานกลาง (3) มาก (4) และมากที่สุด (5) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิต (Quality of life) ดี โดยช่วงมีช่วงคะแนน ดังนี้ คะแนน 26 - 60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61 - 95 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ คะแนน 96 - 130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารการพยาบาล และการศึกษาพยาบาล โดยวิเคราะห์จากดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 1, 2, และ 3 เท่ากับ 0.93, 0.92 และ 0.93 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและปรับแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 30 คน ที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficients) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 1, 2, และ 3 เท่ากับ 0.86, 0.86 และ 0.88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Institutional review board: IRB) ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน เอกสารรับรองจริยธรรมในการทำวิจัย เลขที่ บ.08/2564 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ผลกระทบ การป้องกันความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น ขึ้นตอนต่าง ๆ ในการวิจัย การขออนุญาตผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยวาจา และลายลักษณ์อักษรตามแบบฟอร์ม คำนึงถึงความเป็นปัจเจกบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง และการรักษาความลับ กลุ่มตัวอย่างสามารถขอยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาและทุกขั้นตอนเมื่อต้องการ อีกทั้งสามารถขอข้อมูลคืนโดยไม่ต้องระบุเหตุผล อนึ่งการอภิปรายผลหรือการเผยแพร่ผลการวิจัยจะกระทำในภาพรวมในขอบเขตที่ได้รับอนุญาตจากผู้ร่วมวิจัยเท่านั้น โดยไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้ร่วมวิจัยแต่อย่างใด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ ในเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 โดยส่งแบบสอบถามโรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย จำนวน 8 แห่ง ทางไปรษณีย์ เมื่อได้รับแบบสอบถามกลับมาผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล พบว่าความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถามที่ตอบกลับ จำนวน 296 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบคัดเลือกเข้า กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. การศึกษาข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีรายได้รวมต่อเดือน 20,000 - 29,999 บาท ร้อยละ 40.20 มีสัมพันธภาพในครอบครัวดีทั้ง 4 ด้าน คือ การแสดงออกซึ่งความรักความเอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา ใจ ร้อยละ 98.31 การพูดคุย ปรีกษาหารือ และตัดสินใจในเรื่องสำคัญต่าง ๆ ร้อยละ 96.62 การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่เหมาะสมของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 96.28 และใช้เวลาในการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 88.95 มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 79.06 ประสบการณ์การปฏิบัติงานมากกว่า 15 ปี ร้อยละ 36.15 และลักษณะงานที่ปฏิบัติส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยใน ร้อยละ 71.62

2. การศึกษาอิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตในการทำงาน ต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบคัดเลือกเข้า พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ดังนี้ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ($\beta = .134$) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ($\beta = .140$) และรายได้รวมต่อเดือน ($\beta = .191$) 2) คุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว ($\beta = .140$) ด้านความสัมพันธ์และความร่วมมือ ($\beta = .163$) ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงาน ($\beta = .233$) และความเครียดในการทำงาน ($\beta = -.169$) โดยสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ได้ร้อยละ 36.00 ($R^2 = 0.360, p < .05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และคุณภาพชีวิตในการทำงาน กับคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย (n = 296)

ตัวแปรทำนาย	B	Std.Error	Beta	t	p
ลักษณะงานที่ปฏิบัติ	.119	.049	.140	2.426*	.016
รายได้รวมต่อเดือน	.077	.027	.191	2.890*	.004
สัมพันธ์ภาพในครอบครัว	.355	.149	.134	2.380*	.018
ความสัมพันธ์และความร่วมมือ	2.125	.978	.163	2.173*	.031
ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงาน	3.862	.983	.233	3.042*	.003
ความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว	1.935	.950	.140	2.036*	.043
ความเครียดในการทำงาน	-2.137	.683	-.169	-3.186*	.002
Constant (a) = 48.917		5.038		12.495	< .001

R = .600, R² = .360, Adjusted R² = .328, F_(7,288) = 11.307, p < .05

อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และรายได้รวมต่อเดือน สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพได้ อธิบายได้ว่าในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพทั้งด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสุขภาพกาย และด้านจิตใจ ซึ่งสัมพันธ์ภาพในครอบครัว ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และรายได้รวมต่อเดือน ล้วนมีผลต่อการดำเนินชีวิตทั้งสิ้น การที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม หรือการเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือแก่บุคคลอื่นในสังคม การได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปลอดภัย ปราศจากมลพิษต่าง ๆ และมีแหล่งประโยชน์ด้านการเงินที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือล้วนเป็นปัจจัยส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Moradi et al., 2014; Siriphan, Prateepchaikul, Songwanthana, & Shingchangchai, 2014; Sukitawat, 2016; Udomittipong et al., 2019) นอกจากนี้จากการศึกษาวิจัยของ Heesakkers, Zegers, Mol, & Boogaard (2021) ยังพบว่า ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤติ มีความเสี่ยงที่จะลาออกจากงานเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยหนัก และได้ให้ข้อเสนอแนะว่าควรปรับสภาพการทำงานให้เหมาะสมและลดภาระงานลง และจากการศึกษาวิจัยของ Shoja, et al. (2020) ศึกษาผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อปริมาณงานของบุคลากรทางการแพทย์ของอิหร่าน โดยประเมินผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อปริมาณงาน พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีภาระงานมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่มีการติดต่อกับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในที่ทำงาน (p < .001)

2. ปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์และความร่วมมือ ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงาน สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพได้ อธิบายได้ว่าพยาบาลวิชาชีพให้ความสำคัญเรื่องความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว เกี่ยวกับการแบ่งเวลาในการทำงานและการใช้ชีวิตที่ดี มีส่วนสร้างวินัยในการทำงานที่ดี และมีระบบระเบียบในการทำงานที่มีประสิทธิภาพ มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง และสุขภาพจิตที่ดี ความรู้สึกพอใจในงาน การกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบในการทำงานอย่างชัดเจนและเหมาะสม รวมถึงการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับมอบหมาย นโยบายวันหยุด การลาพักผ่อน เวลาทำงานที่ยืดหยุ่น กลยุทธ์การทำงานล่วงเวลาและการทำงานเป็นกะ มีส่วนทำให้

ผู้ปฏิบัติงานเกิดความพึงพอใจในงาน รวมถึงการมีความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้บังคับบัญชาและเพื่อนร่วมงาน การได้รับคำแนะนำในการทำงานที่เหมาะสมจากผู้บังคับบัญชา ปัจจัยดังกล่าวกลายเป็นมิติที่สำคัญส่งผลต่อคุณภาพชีวิต (Nanjundeswaraswamy, 2022; Swamy, Nanjundeswaraswamy, & Rashmi, 2015) สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Masum et al. (2016) ที่พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้พยาบาลมีความพึงพอใจ ในงาน ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ผู้บังคับบัญชา และเพื่อนร่วมงาน

3. ปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงานด้านความเครียดในการทำงาน สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพได้ และคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจและสังคม การค้า สิ่งแวดล้อม ความมั่นคง การดำรงชีวิต รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพและผลกระทบด้านจิตใจซึ่งเกิดขึ้นกับกลุ่มคนทุกกลุ่ม (Heesakkers et al., 2021) นอกจากนี้ยังส่งผลต่อสภาวะทั้งสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดีของบุคลากรสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มพยาบาลวิชาชีพจะมีความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า มีความเครียด ความเหนื่อยหน่ายและมีความอ่อนล้าทางอารมณ์ (Barrett & Heale, 2021; Nikeghbal, Kouhnavard, Shabani, & Zamanian, 2021) และจากการศึกษาวิจัยของ Shoja et al. (2020) ศึกษาผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อปริมาณงานของบุคลากรทางการแพทย์ของอิหร่าน โดยประเมินผลกระทบของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อปริมาณงาน และสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ที่เผชิญหน้ากับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยพยาบาลมีคะแนนความกดดันทางจิตใจ ความกดดันทางกายภาพ ความกดดันด้านเวลา และความหงุดหงิดมากกว่าเมื่อเทียบกับงานอื่น ๆ และพยาบาลยังมีภาระงานมากกว่าบุคลากรทางการแพทย์อื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ลักษณะงานที่ปฏิบัติ และรายได้รวมต่อเดือน คุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์และความร่วมมือ ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงาน และความเครียดในการทำงาน ส่วนปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ ภาระหนี้สิน ลักษณะงานที่ปฏิบัติ คุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ด้านสภาพการทำงาน ด้านค่าตอบแทน ด้านการพัฒนาสายอาชีพ และด้านวัฒนธรรมองค์กรที่ไม่ได้ร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ แต่ปัจจัยดังกล่าวเหล่านั้นก็ยังคงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพเป็นอย่างมากและยังเป็นประเด็นที่ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญเพื่อเป็นประโยชน์สำหรับการพัฒนาการบริหารงานในองค์กรพยาบาล และการพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยคุณภาพชีวิตในการทำงาน ด้านความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์และความร่วมมือ ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงาน และด้านความเครียดในการทำงาน สามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.1 ด้านความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว ด้านความสัมพันธ์และความร่วมมือ ความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงานสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาล ควรพิจารณาโยบายการเสริมสร้างความสัมพันธ์และความร่วมมือ ความสมดุลระหว่างการทำงานและชีวิตส่วนตัว และความพึงพอใจในงานและความมั่นคงในงาน ควรให้ความสำคัญกับระบบการบริหารจัดการ มีกระบวนการที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม อาทิเช่น นโยบายวันหยุด การลาพักผ่อน เวลาทำงานที่ยืดหยุ่น กลยุทธ์การทำงานล่วงเวลาและการทำงานเป็นกะ การกำหนดงาน/ความรับผิดชอบและบทบาทหน้าที่ ที่ชัดเจน การกำหนดบทบาทและความรับผิดชอบในการทำงานอย่างเหมาะสม การจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่ได้รับ

มอบหมาย จะส่งผลให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ และมีเป้าหมายในการทำงานและมีความผูกพันกับวิชาชีพพยาบาลและองค์กรการพยาบาล

1.2 ความเครียดในการทำงานสามารถร่วมทำนายคุณภาพชีวิตของพยาบาลวิชาชีพ ดังนั้นผู้บริหารฝ่ายการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาล ควรพิจารณากำหนดนโยบาย วางแผนหาวิธีการจัดการความเครียด/วิถีคิด และวิธีผ่อนคลาย อาทิ จัดระบบดูแลและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับทุกปัญหา จัดช่องทางการติดต่อที่ตอบโจทยวิถีชีวิตใหม่แบบ New normal ให้บุคลากรทางการพยาบาลอุ่นใจ มั่นใจ ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงการสร้างโอกาสในการแบ่งปันประสบการณ์เรื่องราวในเชิงบวกและภาพลักษณ์ในเชิงบวกของบุคคลที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถฟื้นตัวจากโรคได้หรือได้รับกำลังใจจากคนใกล้ชิดในระหว่างการฟื้นฟูสุขภาพ โดยที่บุคคลเหล่านั้นเต็มใจแบ่งปันประสบการณ์นี้ต่อผู้อื่น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ความพึงพอใจในงาน ความผูกพันต่อองค์กร บรรยากาศองค์กร การเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นต้น เพื่อนำผลการศึกษามาใช้ในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและคุณภาพชีวิตในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ Assistant Professor Dr. T.S. Nanjundeswaraswamy ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย และขอบคุณหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลและพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลในสังกัดมูลนิธิแห่งสภาคริสตจักรในประเทศไทย ที่ให้ความช่วยเหลือและความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

References

- Barrett, D., & Heale, R. (2021). COVID-19: Reflections on its impact on nursing. *Evidence Based Nurses*, 24(4), 112-113.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Weekly disease forecast*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>. (in Thai)
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2021). *World Health Organization quality of life brief - Thai, WHOQOL-BREF-THAI*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17>. (in Thai)
- Heesakkers, H., Zegers, M., Mol, M. C., & Boogaard, M. (2021). The impact of the first COVID-19 surge on the mental well-being of ICU nurses: A nationwide survey study. *Intensive & Critical Care Nursing*, 65, 1-6.
- Intolo, S., Sihaboonak, T., & Saisangjan, N. (2021). Infection control nurse' roles in infection prevention and control for COVID-19 within healthcare setting. *Journal of Nursing and Health Care*, 39(1), 14-21. (in Thai)
- Kangsanon, K., & Klinhom, V. (2017). Quality of life of registered nurses in community hospitals zone 1 Nakhon Si Thammarat province. *Journal of Management Walailak University*, 6(2), 72-82. (in Thai)

- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.
- Manowan, D. (2018). Quality of work life and organizational commitment of nurses who work at JCI accredited hospitals in Bangkok Area. *Journal of Business Administration, 7*(1), 178-190. (in Thai)
- Masum, K. M. A., Azad, K. A., Hoque, E. K., Beh, Loo-See., Wanke, P., & Arslan, Ö. (2016). Job satisfaction and intention to quit: An empirical analysis of nurses in Turkey. *Peer Journal, 26*(4), e1896. Retrieved from <https://doi.org/10.7717/peerj.1896>.
- Moradi, T., Maghaminejad, F., & Azizi-Fini, I. (2014). Quality of working life of nurses and its related factors. *Nursing and Midwifery Studies, 3*(2), e19450. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.17795/nmsjournal19450>.
- Nanjundeswaraswamy, T. S. (2022). Nurses quality of work life: Scale development and validation. *Journal of Economic and Administrative Sciences, 38*(2), 371-394. Retrieved from <https://doi.org/10.1108/JEAS-09-2020-0154>.
- Nikeghbal, K., Kouhnavard, B., Shabani, A., & Zamanian, Z. (2021). Covid-19 effects on the mental workload and quality of work life in Iranian nurses. *Annals of Global Health, 87*(1), 79. Retrieved from <https://doi.org/10.5334/aogh.3386>.
- Phimchaisai, P., Taewaphokinkul, M., & Pumcharoen, R. (2021). The quality of working life of newly graduated nurses. *Journal of the Royal Thai Army Nurses, 22*(1), 254-263. (in Thai)
- Potarin, W., Chaiyasit, Y., Chanbunlawat, K., Piboonrungsroj, P., & Imnamkhao, S. (2020). The outbreak of Novel Coronavirus (COVID-19): The nursing roles. *Journal of Health Science Boromarajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, 4*(2), 1-19. (in Thai)
- Sanguanwongwan, W., & Piyapanyam N. (2017). Quality of work life of nurses in private hospital in Bangkok. *Southeast Bangkok Journal, 3*(2), 77-90. (in Thai)
- Sathira-Angkura, T., Leelawongs, S., Srisuthisak, S., Puttapitukpol, S., Yonchoho, N., & Jamsomboon, K. (2021). Development of nursing administration model in the COVID-19 outbreak situation of hospitals under the Ministry of Public Health. *Journal of Health Science, 30*(2), 320-333. (in Thai)
- Shoja, E., Aghamohammadi V., Bazyar, H., Moghaddam, R. H., Nasiri, K., Dashti, M., Choupani, A., Garaee, M., Aliasgharzadeh, S., & Asgari, A. (2020). Covid-19 effects on the workload of Iranian healthcare workers. *BioMed Central Public Health, 20*, 1636. Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09743-w>.
- Siriphan, S., Prateepchaikul, L., Songwanthana, P., & Shingchangchai, P. (2014). Quality of life of professional nurses in the unrest areas of three Southern Thai border provinces. *Journal of Health Science Research, 8*(2), 47-55. (in Thai)
- Sukitowat, L. (2016). Quality of life of registered nurses in department of internal medicine, Thammasat University hospital. Master's Thesis, Science, Graduate School, Dhurakij Pundit University. (in Thai)

- Swamy, D. R, Nanjundeswaraswamy, T. S., & Rashmi, S. (2015). Quality of work life: Scale development and validation. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 281-300.
- The Church of Christ in Thailand. (2015). The hospitals under the Church of Christ in Thailand. In the document for a meeting of the hospital committee and the school administrative committee under the Church of Christ in Thailand to drive the strategy the Church of Christ in Thailand. May 29, 2015, at the meeting room 1, 6th floor, Bangkok: The Church of Christ in Thailand. (in Thai)
- Thongkao, S., & Kangsanan, K. (2020). Quality of work life of professional nurses Rajavithi hospital. *Journal of Health and Nursing Research*, 36(1), 225-237. (in Thai)
- Udomittipong, D., Losatiankij, P., Suanchang, O., Kaewyot, K., & Yootin, K. (2019). Quality of life among professional nurses at Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 13(2), 31-42.
- Wongsaichue, T. (2021). *Drop out calculation*. Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=6po7oTXJmrw>. (in Thai)

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนและปัจจัยทำนายความต้องการ การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

ชุตติมา ฉันทมิตรโอบาส^{1*} ดารัสณี โปธารส¹ พิษญาภา พิชะยะ²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมและปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งประกอบด้วย อายุ ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี จำนวน 77 คน ซึ่งได้มาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก แบบประเมินความต้องการของผู้ป่วยมะเร็ง และแบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 48.62 ปี เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และอยู่ระหว่างติดตามการรักษาเป็นส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 19.5 มีความวิตกกังวลสูง และร้อยละ 14.3 มีอาการซึมเศร้าสูง ผู้ป่วยมีความต้องการดูแลแบบสนับสนุนในด้านการดูแลและการสนับสนุนมากที่สุด ($M = 47.73, SD = 25.46$) สำหรับเรื่องที่ต้องการการดูแลมากที่สุดคือ ความกังวลเกี่ยวกับบุคคลที่ใกล้ชิด (ร้อยละ 50.65) และความกลัวเกี่ยวกับการแพร่กระจายของมะเร็ง (ร้อยละ 49.35) นอกจากนี้พบว่า อาการซึมเศร้า ($\beta = 0.34, p < .05$) เป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม โดยสามารถทำนายความต้องการการดูแลได้ ร้อยละ 10.6 ($adj. R^2 = .106, p < .05$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนหลากหลายในแต่ละด้าน พยาบาลควรให้ความสนใจในการตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการซึมเศร้า ควรมีการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพิ่มเติมในพื้นที่ต่าง ๆ และตามระยะวิถีการดำเนินของโรค

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20131

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี เลขที่ 300 หมู่ 2 ต.เสม็ด อ.เมือง จ.ชลบุรี 20000

* ผู้เขียนหลัก e-mail: kpchutima@buu.ac.th

Supportive Care Needs and Its Predictors among Patients with Breast Cancer

Chutima Chantamit-O-Pas, Ph.D.^{1*}, Darussanee Potaros, M.N.S.¹, Pichayapa Pichaya, Ph.D.²

Abstract

The predictive correlation study aimed to determine the supportive care needs and its predicting factors, such as age, anxiety, and depression among patients with breast cancer. Seventy-seven breast cancer patients aged 20 years or older receiving treatment at Chon Buri Cancer Hospital were recruited for the study using a simple random technique. Questionnaires were used to gather the personal and clinical data. It included the Supportive Care Needs Survey- Short Form 34 (SCNS-SF34) Thai version, the Thai Hospital Anxiety and Depression Scale (Thai HADS). Data collection was conducted from August 2019 to February 2020. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used for data analysis.

The results revealed that most participants had a mean age of 48.07 years old, stage 2 breast cancer, and received regular follow-up. Around 19.5% and 14.3% of the participants had severe anxiety and depression. The highest supportive care needs were the needs of patient care and support domain ($M = 47.73$, $SD = 25.46$). The most prevalent supportive care needs were concerns about breast cancer patients' closed ones (50.65%) and fear of cancer spreading (49.35%). Depression ($\beta = 0.34$, $p = .002$) was a significant factor that explained 10.6% of the variance in the supportive care needs ($adj. R^2 = .106$, $p < .05$). The findings suggest that breast cancer patients have various supportive care needs in different domains. Nurses should focus more on fulfilling the supportive care needs of breast cancer patients, especially those with depression. Further research is needed to comprehensively understand the supportive care needs in different areas and disease trajectories.

Key words: Breast cancer, Supportive care needs, Anxiety, Depression

¹ 1Assistant Professor, Department of Adult Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University, Muang District, Chonburi, 20131, Thailand

² Registered Nurse, Senior Professional Level, Chonburi Cancer Hospital, Muang District, Chonburi, 20000, Thailand

* Corresponding author e-mail: kpchutima@buu.ac.th

บทนำ

มะเร็งเต้านมเป็นโรคมะเร็งที่มีสถิติการเกิดสูงสุดเป็นอันดับหนึ่งทั่วโลก และพบบ่อยที่สุดในมะเร็งของเพศหญิง จากสถิติผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิงรายใหม่ทั่วโลกพบว่า 24.5% ของผู้ป่วยรายใหม่ป่วยเป็นมะเร็งเต้านม และมะเร็งเต้านมยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งในผู้ป่วยมะเร็งเพศหญิง (Sung et al., 2021) ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมากกว่าครึ่งหนึ่งพบในประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงรายได้ปานกลาง ซึ่งหมายรวมถึงประเทศไทย สำหรับอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเพศหญิงของประเทศไทย พบว่ามะเร็งเต้านมพบบ่อยเป็นอันดับหนึ่งของมะเร็งทุกชนิด โดยที่เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภูมิภาคที่พบอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งเต้านมเป็นอันดับสามของประเทศ โดยพบอุบัติการณ์การเกิดโรค 35 คนต่อประชากร 100,000 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Rojanamatin et al., 2021) นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมทำให้เพิ่มภาระของโรคอย่างมีนัยสำคัญ (Wilkinson & Gathani, 2022) โดยพบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมทำให้สูญเสียสุขภาพมากกว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งชนิดอื่น ๆ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องเผชิญกับอาการต่าง ๆ ตามความรุนแรงของโรคมะเร็ง ตลอดจนได้รับความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ จากการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการต่าง ๆ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลแบบสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้สามารถจัดการกับความเปลี่ยนแปลงในชีวิตประจำวัน และเกิดกระบวนการปรับตัวที่มีประสิทธิภาพ

ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็ง คือ ความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งที่เกิดขึ้นระหว่างการเจ็บป่วยและการรักษา ที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง หรือฟื้นฟูสุขภาพ หรือทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Foot & Sanson-Fisher, 1995) โดยที่ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนประกอบไปด้วยความต้องการ 5 ด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ (Bonevski et al., 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) ของ Wabula, Yunitasari, and Wahyudi (2020) พบว่า ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในแต่ละด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความแตกต่างกันขึ้นกับบริบทของสังคมวัฒนธรรมในแต่ละประเทศ ซึ่ง Chou, Chia-Rong Hsieh, Chen, Huang, and Shieh (2020) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไต้หวันจะมีความต้องการการดูแลด้านจิตใจมากที่สุด เช่นเดียวกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศมาเลเซียที่มีความต้องการการดูแลด้านจิตใจสูงที่สุด (Edib, Kumarasamy, Abdullah, Rizal, & Al-Dubai, 2016) ในขณะที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศบังคลาเทศ (Chowdhury, Banu, Akter, & Hossain, 2021) ประเทศเม็กซิโก (Pérez-Fortis et al., 2018) ประเทศอิหร่าน (Tabrizi, Rahmani, Jafarabadi, Jasemi, & Allahbakhshian, 2016) และประเทศเกาหลีใต้ (Chae et al., 2019) จะมีความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลมากที่สุด จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในแต่ละประเทศมีความต้องการในแต่ละด้านที่แตกต่างกัน และในสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน โดยเฉพาะในเขตระเบียงเศรษฐกิจภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีนิคมอุตสาหกรรมที่เป็นปัจจัยก่อโรคมะเร็ง รวมทั้งแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบ แข่งขัน และระบบบริการสุขภาพที่มีการปรับเปลี่ยนไป ความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งจึงมีความแตกต่างจากในอดีต การเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในด้านต่าง ๆ จะทำให้เกิดการพัฒนา รูปแบบการพยาบาลให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และพลวัตที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สำหรับประเทศไทย พบการศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 คน พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการในเรื่องความสุขสบาย ความปลอดภัย การสร้างแรงบันดาลใจ การได้รับการยอมรับ สวัสดิการ ตลอดจนความต้องการได้รับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ (Klungrit, Thanasilp, & Jitpanya, 2019) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน และยังไม่พบความต้องการการดูแลด้านเพศสัมพันธ์ ในขณะที่การศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษามากที่สุด ตามมาด้วยความต้องการด้านร่างกายในการจัดการความปวด

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมประมาณร้อยละ 19 (Krongyuth, Silpasuwan, Viwatwongkasem, & Campbell, 2018) นอกจากนี้ Pongthavornkamol, Pongthavornkamol, Lekdamrongkul, Pinsuntorn, and Molassiotis (2019) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในกลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิด โดยที่มีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลด้านร่างกายในการจัดการความปวด ความเหนื่อยล้า อาการนอนไม่หลับ และอาการชาที่มือและเท้า แต่อย่างไรก็ตามในการศึกษานี้ไม่ได้รายงานผลความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนรายด้านของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ดังนั้นความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่พบในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนคุณภาพการพยาบาล ระบบบริการที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับ ตลอดจนใช้เป็นข้อมูลในการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการจะมีส่วนช่วยลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม

การที่พยาบาลทราบความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นจากการศึกษาของ Balboni et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลตอบสนองต่อความต้องการด้านศาสนาและจิตวิญญาณจากทีมสุขภาพไม่เพียงพอต่อความต้องการ นอกจากนี้ Morrison et al. (2012) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลความต้องการแบบสนับสนุนน้อยที่สุดจากบุคลากรทางการแพทย์ ในเรื่องการดูแลในการเปลี่ยนแปลงการดำเนินชีวิต การดูแลความวิตกกังวลกับการแพร่กระจายหรือการกลับเป็นซ้ำ และการจัดรถโดยสารสาธารณะ รวมทั้งยังพบว่าความต้องการที่ไม่ได้รับการดูแล คือ การให้ข้อมูลทางพันธุกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง และความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับอาการ/ตัวบ่งชี้การกลับเป็นมะเร็งซ้ำปรับเปลี่ยน และการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Molassiotis et al., 2019) ทั้งในประเทศที่มีรายได้สูง รายได้ปานกลาง และรายได้ระดับต่ำ พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้รับการดูแลน้อยที่สุดในเรื่องการป้องกันการกลับเป็นของโรค การได้รับการรักษาที่ดี และพูดคุยโดยตรงกับแพทย์ ที่ให้การรักษามีผลทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ลดลง และมีประสบการณ์อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็งมากขึ้น ในขณะที่ Ng, Ong, Jegadeesan, Deng, and Yap (2017) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการดูแลแบบสนับสนุนอย่างเหมาะสมตรงตามความต้องการ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดี สามารถเผชิญกับสภาวะการณ์ต่าง ๆ ลดผลกระทบที่จะได้รับในช่วงที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ทั้งจากโรคและจากการรักษาโรคมะเร็ง ตลอดจนช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น

การที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนหรือไม่ เกิดได้จากหลายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Fiszer, Dolbeault, Sultan, and Brédart (2014) พบว่า อายุ ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า เป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีผลทำให้ความต้องการการดูแลเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ Chou et al. (2020) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่อายุมากเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น (OR = 3.55, $p = .01$) เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุมากจะมีความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการดูแลด้านร่างกาย และชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pérez-Fortis et al. (2017) ที่พบว่าอายุของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุมากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลสนับสนุนด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน ($\beta = 0.20, p = .03$) และด้านเพศสัมพันธ์ ($\beta = 0.29, p < .01$) สำหรับปัจจัยความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ซึ่ง Pérez-Fortis et al. (2018) พบว่าเป็นความวิตกกังวล ($\beta = 1.39, p < .001$) และอาการซึมเศร้า ($\beta = 1.44, p < .001$) เป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าเป็นอาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้า เพิ่มความทุกข์ทรมานจากการรักษา รู้สึกว่าชีวิตถูกคุกคาม และเพิ่มความต้องการได้รับการดูแลเพิ่มมากขึ้น (Pitman, Suleman, Hyde, & Hodgkiss, 2018)

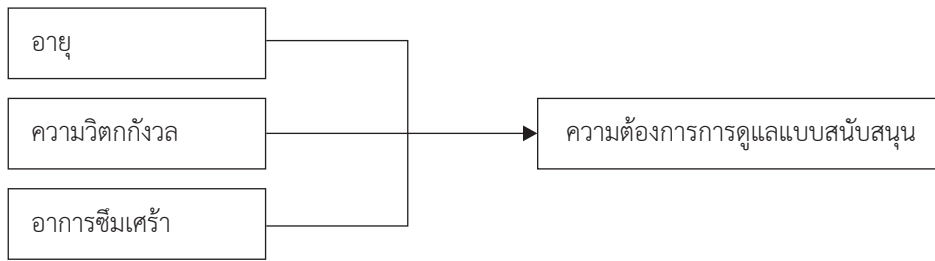
จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นพบว่ายังมีการศึกษาส่วนน้อยในประเทศไทยที่ศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน และปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งการศึกษาส่วนใหญ่ในประเทศไทยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งต่างชนิดกันจะได้รับการรักษาที่แตกต่างกันและมีผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายที่แตกต่างกัน นอกจากนี้การรักษาของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทำให้มีผลกระทบต่อสภาพลักษณะ สัมพันธภาพทางเพศ และร่างกายเป็นอย่างมาก ดังนั้นการศึกษาในประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญ เพื่อให้เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในด้านต่าง ๆ ตลอดจนปัจจัยทำนายที่จะมีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ซึ่งจะทำให้เกิดการพัฒนาแบบการพยาบาลให้เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วย และพลวัตที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคมไทย การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนากรอบแนวคิดมาจากการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์กับกรอบแนวคิดการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive care needs framework) ซึ่งผลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแบบการบริการ และจัดเตรียมพยาบาลให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มารับบริการ รวมทั้งพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ร่วมกันทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งประกอบด้วย อายุ ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลแบบสนับสนุน (Supportive care needs framework) ของ Fitch (1994) ซึ่งเป็นกรอบแนวคิดสำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพที่ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการแก่ผู้ป่วยมะเร็งให้ตรงตามความต้องการของผู้ป่วย กรอบแนวคิดนี้จะเน้นที่การให้บริการที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ซึ่งครอบคลุมความต้องการการดูแล 7 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณ ด้านข้อมูล และด้านการปฏิบัติ ซึ่งต่อมา Bonevski et al. (2000) ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนตามกรอบแนวคิดของ Fitch โดยองค์ประกอบความต้องการการดูแลทางด้านถูกยุบรวมกัน ดังนั้นความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนประกอบไปด้วย 5 ด้านด้วยกัน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ ประกอบด้วย อายุของผู้ป่วยมะเร็ง ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้า โดยพบว่าเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เพิ่มมากขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Fiszer et al. (2014) พบว่า งานวิจัย 11 เรื่องที่รายงานอายุของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ในขณะที่งานวิจัย 10 เรื่อง โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีความวิตกกังวลสูงและ/หรือมีอาการซึมเศร้าสูงเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนที่มากขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนสูง โดยเฉพาะด้านเพศสัมพันธ์ และด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำปัจจัยทั้ง 3 ตัวมาใช้เป็นตัวแปรทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมครั้งนี้ ซึ่งกรอบแนวคิดในการศึกษาสรุปได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวินิจฉัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlation design)

ประชากร ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านมมีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป มารับบริการในโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีที่หอผู้ป่วยและแผนกผู้ป่วยนอก เป็นผู้ที่มีการรับรู้และสติสัมปชัญญะดี ไม่มีประวัติการวินิจฉัยโรคทางจิตเวชและโรคทางระบบประสาท สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรม G-Power version 3.1 (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) กำหนดให้อำนาจในการทดสอบ (Power of test) ที่ระดับ 0.8 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of significance) ที่ระดับ 0.5 ขนาดอิทธิพล (Effect size) อยู่ในช่วงปานกลางที่ 0.15 เนื่องจากเป็นการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยที่ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) ทำให้มีประสิทธิผลดีและมีคุณภาพเป็นที่ยอมรับ (Cohen, 1988) และมีจำนวนปัจจัยทำนาย 3 ตัวแปร ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 77 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล 3 ชุด มีรายละเอียดดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลทางคลินิก สร้างโดยผู้วิจัย โดยที่ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ความสัมพันธ์กับผู้ดูแล สำหรับข้อมูลทางคลินิกประกอบด้วย ระยะของโรคมะเร็ง ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลที่ได้รับในปัจจุบัน

ชุดที่ 2 แบบประเมินความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งฉบับภาษาไทย (Supportive Care Needs Survey Short Form 34 [SCNS-SF34], Thai version) เป็นแบบประเมินของ Boyes, Girgis, and Lecathelinais ซึ่งพัฒนาเป็นฉบับย่อมาจากแบบประเมินของ Bonevski et al. (2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย Unjai and Somjaivong (2016) มีข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มี 5 ระดับ โดยมีการแบ่งค่าคะแนนเป็น 1-5 คะแนน ซึ่ง 1 คะแนน หมายถึงไม่ต้องการการช่วยเหลือ ถึง 5 คะแนน หมายถึงมีความต้องการการช่วยเหลือระดับสูง ประกอบด้วยความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านจิตใจ มี 10 ข้อ 2) ด้านระบบสุขภาพและข้อมูลมี 11 ข้อ 3) ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนมี 5 ข้อ 4) ด้านร่างกายและชีวิตประจำวันมี 5 ข้อ และ 5) ด้านเพศสัมพันธ์มี 3 ข้อ ทุกข้อคำถามเป็นข้อคำถามเชิงบวก โดยที่การแปลผลใช้คะแนนรวมมาปรับเป็นร้อยละ คะแนนยิ่งมากแสดงว่ามีความต้องการการดูแลระดับมาก มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.96 โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient รายด้านดังนี้ ด้านจิตใจ 0.9 ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล 0.95 ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน 0.9 ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน 0.76 และด้านเพศสัมพันธ์ 0.72

ชุดที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าฉบับภาษาไทย (Thai Hospital Anxiety and Depression Scale, Thai version: Thai HADS) เป็นแบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของ Zigmond and Snaith แปลเป็นภาษาไทยโดย Nilchaikovit, Lortrakul, and Phisansuthideth (1996) มีข้อคำถาม 14 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน แบ่งเป็นคำถามวัดความวิตกกังวล 7 ข้อ (ข้อเลขคี่) และเป็นคำถามวัดอาการซึมเศร้า 7 ข้อ (ข้อเลขคู่) การแปลผลใช้คะแนนรวมของความวิตกกังวลและคะแนนรวมของอาการซึมเศร้า ซึ่งคะแนน 0-7 เป็นกลุ่มที่ไม่มีภาวะผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8-10 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน และคะแนน 11-21 เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช โดยเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient สำหรับอาการวิตกกังวลเท่ากับ 0.78 และสำหรับอาการซึมเศร้าเท่ากับ 0.72

การศึกษานี้ผู้วิจัยไม่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือทั้ง 2 ชุด เนื่องจากเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลกในกลุ่มประชากรผู้ป่วยมะเร็ง รวมทั้งมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับดี

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา รหัส Sci 132/2561 และได้รับอนุมัติการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจากโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รหัส 9/2562 ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ พร้อมลงนามยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอม ผู้วิจัยแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับ โดยที่กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้วิจัยมีการเก็บรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง โดยไม่ระบุชื่อสกุล ในแบบสอบถาม โดยใช้รหัสตัวเลขแทน และการรายงานผลการวิจัยเป็นการนำเสนอผลในภาพรวม ภายหลังการวิจัยได้รับการเผยแพร่ผลการวิจัยแล้ว ข้อมูลที่ถูกเก็บไว้จะถูกทำลายโดยผู้วิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี ผู้วิจัยขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายจากการจับสลากรายชื่อหอผู้ป่วยและแผนกตรวจทุกสัปดาห์ก่อนเก็บข้อมูล แล้วจึงเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่คุณสมบัติกำหนด สำหรับผู้ป่วยมะเร็งที่ถูกเก็บข้อมูลเป็นกลุ่มตัวอย่างแล้ว เมื่อมาติดตามการรักษาหรือเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในครั้งต่อไปจะไม่ถูกเลือกอีก ขณะดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเข้าไปแนะนำตัวกับผู้ป่วยมะเร็ง ชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการเข้าร่วมการวิจัยตามเอกสารชี้แจง เมื่อผู้ป่วยมะเร็งยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นแจกแบบสอบถามให้กับผู้ป่วยให้ผู้ป่วยตอบ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการจัดพื้นที่ที่เป็นส่วนตัวในการตอบแบบสอบถาม ทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2562 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ ใช้โปรแกรม IBM SPSS version 27 โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทางคลินิก และความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน รวมทั้งวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมด้วยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนใช้คะแนนดิบที่ยังไม่แปลงเป็นค่าร้อยละในการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า เป็นไปตามข้อตกลงของการใช้สถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 77 ราย มีอายุเฉลี่ย 48.62 ปี ($SD = 10.68$) ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 29-44 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 40.3) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 76.6) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 36.4) และมีสามีหรือภรรยาเป็นผู้ดูแล (ร้อยละ 44.2) นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นพนักงานเอกชน (ร้อยละ 18.2) และอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 18.2) มีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่ 20,724.39 บาทต่อเดือน ($SD = 16,820.45$) สำหรับข้อมูลทางคลินิกพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระยะที่ 2 ของโรค (ร้อยละ 39) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมอย่างน้อย 2 ปี (ร้อยละ 100) และมารับการตรวจตามนัด (ร้อยละ 40.3)

ผลจากแบบสอบถามความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.3 ไม่มีความวิตกกังวล และร้อยละ 19.5 มีความวิตกกังวลสูง ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 ไม่มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 14.3 มีอาการซึมเศร้าสูง

2. ผลจากแบบประเมินความต้องการการดูแลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนรวมทุกด้าน ($M = 42.08, SD = 18.57$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ใกล้ค่ากึ่งกลางของค่าคะแนนที่เป็นจริง ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลปานกลาง สำหรับค่าเฉลี่ยความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนรายด้าน พบว่า ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน ($M = 35.91, SD = 19.75$) และด้านเพศสัมพันธ์ ($M = 22.94, SD = 19.64$) กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลทั้ง 2 ด้านนี้ค่อนข้างน้อย ในขณะที่ความต้องการด้านจิตใจ ($M = 42.47, SD = 21.48$) ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ($M = 47.20, SD = 25.46$) และด้านการดูแลและการสนับสนุน ($M = 47.73, SD = 25.46$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ใกล้ค่ากึ่งกลางของค่าคะแนนที่เป็นจริง ซึ่งแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยความต้องการการดูแลปานกลาง โดยที่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการด้านการดูแลและการสนับสนุนมากที่สุด ตามมาด้วยด้านระบบสุขภาพและข้อมูล และด้านจิตใจตามลำดับ (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($n = 77$)

ตัวแปร	พิสัย ที่เป็นไปได้	พิสัย ที่เป็นจริง	M	SD
ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนโดยรวม	0-100	12.50-80.90	42.08	18.57
ด้านจิตใจ	0-100	0-85	42.47	21.48
ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล	0-100	18.18-93.18	47.2	23.49
ด้านการดูแลและการสนับสนุน	0-100	0-100	47.73	25.46
ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน	0-100	0-80	35.91	19.75
ด้านเพศสัมพันธ์	0-100	0-83.33	22.94	19.64

เมื่อพิจารณาความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนรายข้อ กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 35 รายงานความต้องการการดูแล 15 อันดับแรก (ดังแสดงในตารางที่ 2) โดยที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจอยู่ที่ 3 อันดับแรก ได้แก่ ต้องการการดูแลความกังวลเกี่ยวกับบุคคลที่ใกล้ชิด (ร้อยละ 50.65) ความต้องการการดูแลความกลัวเกี่ยวกับการแพร่กระจายของมะเร็ง (ร้อยละ 49.35) และการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (ร้อยละ 48.05) ตามลำดับ สำหรับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบสุขภาพและข้อมูล พบว่าความต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้อาการป่วยดีขึ้นพบเป็นอันดับที่ 4 (ร้อยละ 42.86) ในขณะที่

ความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการให้มีทางเลือกในการพบผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งมากที่สุด (ร้อยละ 41.56) ซึ่งอยู่ในลำดับที่ 5 นอกจากนี้ ความต้องการในด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน และในด้านเพศสัมพันธ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มากกว่าร้อยละ 70 ไม่มีความต้องการการดูแลทั้ง 2 ด้านนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 35 ที่รายงานความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ปานกลางถึงสูง ($n = 77$)

ลำดับ	ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน	ด้าน	จำนวน	ร้อยละ
1	ความกังวลเกี่ยวกับบุคคลใกล้ชิด	จิตใจ	39	50.65
2	ความกลัวเกี่ยวกับการแพร่กระจายของมะเร็ง	จิตใจ	38	49.35
3	การควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น	จิตใจ	37	48.05
4	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้อาการป่วยดีขึ้น	ระบบสุขภาพและข้อมูล	33	42.86
5	การมีทางเลือกในการพบผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็ง	การดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน	32	41.56
6	การมีทางเลือกในการใช้บริการจากโรงพยาบาลต่าง ๆ	การดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน	31	40.26
7	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจต่าง ๆ	ระบบสุขภาพและข้อมูล	30	38.96
8	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ว่าสามารถควบคุมหรือบรรเทาลง (อยู่ในระยะสงบ)	ระบบสุขภาพและข้อมูล	30	38.96
9	ความกังวลว่าผลการรักษาอยู่นอกเหนือการควบคุม	จิตใจ	29	37.66
10	การมองไปข้างหน้าในแง่ดีอยู่เสมอ	จิตใจ	29	37.66
11	การได้รับความมั่นใจจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าสิ่งที่รู้สึกเป็นเรื่องปกติ	การดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน	29	37.66
12	การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ และผลข้างเคียงของการรักษาก่อนที่จะเลือกวิธีการรักษา	ระบบสุขภาพและข้อมูล	29	37.66
13	การตอบสนองต่อความต้องการด้านร่างกายจากบุคลากรทางการแพทย์	การดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน	27	35.06
14	การได้รับข้อมูลที่เป็นลายลักษณ์อักษรเกี่ยวกับวิธีสำคัญในการดูแลตัวเอง	ระบบสุขภาพและข้อมูล	27	35.06
15	การพูดคุยกับบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคและการรักษา	ระบบสุขภาพและข้อมูล	27	35.06

3. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ตัวแปรทำนายที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อาการซึมเศร้า ($\beta = 0.34, p < .05$) โดยที่อาการซึมเศร้าสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ ร้อยละ 10.6 ($Adjusted R^2 = .106, p < .05$) ซึ่งคะแนนอาการซึมเศร้าที่เปลี่ยนแปลง 1 คะแนน จะทำให้ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเปลี่ยนไป 2.19 คะแนน (ดังแสดงในตารางที่ 3) จากผลการวิเคราะห์ข้างต้น ความต้องการการดูแลสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า สำหรับอายุและความวิตกกังวลไม่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายที่มีผลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ($n = 77$)

ปัจจัยทำนาย	B	SE _B	β	t	p-value
อาการซึมเศร้า	2.19	0.69	0.34	3.17	.002
Constant = 33.66, $R = .344$, $R^2 = .118$, $adj. R^2 = .106$, $F_{1,76} = 10.05$, $p < .05$					

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้ ที่ใช้กรอบแนวคิดความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ซึ่งประกอบไปด้วยความต้องการการดูแล 5 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตใจ ด้านระบบสุขภาพและข้อมูล ด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุน ด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ พบว่า ความต้องการในด้านการดูแลผู้ป่วยและการสนับสนุนเป็นความต้องการมากที่สุด ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้แตกต่างกับผลการวิจัยที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) ของ Wabula et al. (2020) และการศึกษาของ Krongyuth et al. (2018) ที่พบว่าความต้องการการดูแลด้านระบบสุขภาพและข้อมูลเป็นความต้องการที่มากที่สุด ทั้งนี้ Wabula et al. (2020) พบว่า ความแตกต่างของสังคมวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีความต้องการในแต่ละด้านแตกต่างกัน นอกจากนี้ ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีต้องการการดูแลให้ทางเลือกในการพบผู้เชี่ยวชาญด้านมะเร็งมากที่สุด ตามมาด้วยการมีทางเลือกในการใช้บริการจากโรงพยาบาลต่าง ๆ และการได้รับความมั่นใจจากบุคลากรทางการแพทย์ว่าสิ่งที่รู้สึกนั้นเป็นเรื่องปกติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างสูง ทำให้มีความสามารถและมีต้องการในการที่จะเลือกเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลอื่น หรือเลือกพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านมะเร็งได้ จึงทำให้ความต้องการในเรื่องดังกล่าวสูงตามมาด้วย

ในขณะที่ความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านจิตใจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลสูงสุดอยู่ใน 3 ลำดับแรก ในเรื่องความกังวลเกี่ยวกับบุคคลที่ใกล้ชิด ความกลัวเกี่ยวกับการแพร่กระจายของมะเร็ง และการควบคุมสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกที่มีความต้องการด้านจิตใจทั้ง 3 เรื่องนี้ในระดับมาก (Molassiotis et al., 2019) และจากการศึกษาของ Lim and Humphris (2020) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุน้อยจะกลัวการแพร่กระจายของมะเร็งมาก ในขณะที่ผู้ป่วยที่อายุมากจะมีความกลัวในเรื่องนี้น้อย ซึ่งสามารถนำมาอธิบายจากลักษณะของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างโดยส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งวัยนี้เป็นวัยที่ยังทำงาน สร้างครอบครัว และสร้างความมั่นคงในอนาคต การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งมีผลทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่สามารถทำงานหรือต้องหยุดงาน เกิดความรู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสิ่งที่เกิดขึ้น และมีความกลัวต่อการแพร่กระจายของโรคมะเร็ง ส่งผลให้ความต้องการด้านจิตใจในเรื่องนี้มากขึ้น

สำหรับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านระบบสุขภาพและข้อมูล พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความต้องการมากในเรื่องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่ทำให้อาการป่วยดีขึ้น การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจต่าง ๆ และความต้องการการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ว่าสามารถควบคุมหรือบรรเทาได้ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Wabula et al. (2020) ที่พบว่าความต้องการใน 3 เรื่องนี้เป็นความต้องการด้านระบบสุขภาพและข้อมูลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่พบบ่อยที่สุด และผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 70 มีความต้องการในประเด็นดังกล่าว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Krongyuth et al. (2018) ที่พบว่าผู้ป่วยมีความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา มากที่สุด จากการศึกษาของ Chowdhury et al. (2021) พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับยาเคมีบำบัดหรือมารับการตรวจตามนัดเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มความต้องการด้านนี้ ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ ที่ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มารับการตรวจตามนัดหรือได้รับยาเคมีบำบัด นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยยังไม่พึงพอใจ

ในความช่วยเหลือที่ได้รับ ดังนั้นพยาบาลควรตระหนัก และให้ความสำคัญในการดูแลให้ข้อมูลกับผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด และมาตรวจตามนัดเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลตรงตามความต้องการ

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 70 ไม่ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนด้านร่างกายและชีวิตประจำวัน และด้านเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Klungrit et al. (2019) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไม่รายงานความต้องการการดูแลด้านเพศสัมพันธ์ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะที่ 2 และอยู่ในช่วงการมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะไม่มีอาการรุนแรง และอยู่ในระยะที่โรคสงบหรือสามารถควบคุมโรคมะเร็งได้ ทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลในด้านร่างกายและการใช้ชีวิตประจำวันลดลง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมอย่างน้อย 2 ปี ทำให้มีระยะเวลาในการปรับตัวและเรียนรู้ในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ความต้องการการดูแลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chou et al. (2020) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาแตกต่างกันจะมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนแตกต่างกัน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งจะมีความต้องการการดูแลลดลงในช่วงการมารับการตรวจตามนัด และจะมีความต้องการการดูแลมากขึ้นถ้าเป็นกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัย สำหรับความต้องการการดูแลด้านเพศสัมพันธ์ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีความต้องการในด้านนี้ ทั้งนี้เป็นผลมาจากการที่บุคลากรทางการแพทย์ตระหนักและเข้าใจในการให้การดูแลผู้ป่วยหญิงที่ป่วยเป็นโรคมะเร็ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม ทำให้มีการสูญเสียสภาพลักษณะของเพศหญิง รวมทั้งผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และยาฮอร์โมนที่ส่งผลทำให้น้ำหล่อลื่นในช่องคลอดลดลง เมื่อมีเพศสัมพันธ์จะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดได้ ทำให้มีความต้องการการดูแลด้านเพศสัมพันธ์มากขึ้น (Klungrit & Suwannapong, 2020) ซึ่งจากการที่แพทย์และพยาบาลได้ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาในด้านนี้เป็นรายบุคคลอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมส่วนใหญ่ในการวิจัยไม่มีความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลง ไม่มีสัมพันธ์ทางเพศเปลี่ยนแปลง และมีความพึงพอใจในความช่วยเหลือที่ได้รับแล้ว

สำหรับปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ซึ่งพบว่าความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจะเพิ่มขึ้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับการวิจัยก่อนหน้านี้ของ Pérez-Fortis et al. (2018) และการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Fiszer et al. (2014) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีอาการซึมเศร้าจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน รบกวนการนอนหลับของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยล้าเพิ่มมากขึ้น และทำให้อาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด รวมทั้งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยแย่ลง (Smith, 2015) ผลกระทบที่เกิดจากภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนเพิ่มมากขึ้น ในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นอาการซึมเศร้าจึงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในการศึกษาครั้งนี้

ปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม คือ อายุ และความวิตกกังวล ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างกับการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมเป็นระบบของ Fiszer et al. (2014) ที่พบว่า อายุและความวิตกกังวลสามารถทำนายความต้องการการดูแลแบบสนับสนุน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการที่อายุไม่สามารถทำนายความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้นั้นเป็นผลมาจากการที่แพทย์และพยาบาลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่มีอายุแตกต่างกัน และสามารถจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม ดังจะเห็นว่าในกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75 ไม่มีความวิตกกังวล รวมทั้งการที่ประเทศไทยมีสิทธิคำปรึกษาที่ครอบคลุมค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกทั้งแพทย์และพยาบาลสามารถให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ จึงมีผลทำให้ความต้องการของผู้ป่วยลดลงได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ So et al. (2019) ที่พบว่าบริการสุขภาพที่ไม่เพียงพอของระบบบริการสุขภาพ ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนมากที่สุด

ข้อจำกัดในการวิจัย

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยในครั้งนี้มีข้อจำกัดในการนำไปประยุกต์ใช้ เนื่องจากการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่โรงพยาบาลในจังหวัดชลบุรี ซึ่งเป็นเขตที่ประชากรมีรายได้ค่อนข้างสูงทำให้อาจมีบริบทการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตแตกต่างจากภูมิภาคอื่น และจำนวนผู้ป่วยมีจำนวนน้อย มีความแตกต่างกันมากตามการรักษาที่ได้รับ และตามระยะของความเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลต่อการวิจัยและการแปลผลการวิจัยในครั้งนี้ และทำให้เกิดข้อจำกัดในการนำผลวิจัยไปใช้ นอกจากนี้พบว่าร้อยละการทำนายน้อย ดังนั้นการนำผลไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลมีข้อจำกัด และควรศึกษาเพิ่มเติม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างน้อย ทำให้ปัจจัยทำนายบางตัวที่อาจมีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนยังไม่ได้ศึกษา

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้สามารถกระตุ้นให้พยาบาลตระหนักและเห็นความสำคัญในการพัฒนาการพยาบาลให้ตอบสนองความต้องการในด้านต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นว่ายังมีความต้องการในระดับที่สูง ตลอดจนพยาบาลควรให้ข้อมูลข่าวสารที่เหมาะสมตรงตามความต้องการของผู้ป่วยทั้งในช่วงที่ได้รับยาเคมีบำบัดและระหว่างการมาตรวจตามนัดมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้การชิมเซรัมาเป็นปัจจัยทำนายความต้องการการดูแลสนับสนุนที่สำคัญ ซึ่งพยาบาลควรมีการพัฒนาแบบการพยาบาลหรือกิจกรรม ในการช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการชิมเซรัมาลดลง ในการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าอาการชิมเซรัมาสามารถทำนายความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมได้ร้อยละ 10.6 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ควรศึกษาเพิ่มเติม และควรมีการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในภูมิภาคอื่นของประเทศไทย และในแต่ละระยะของวิถีการดำเนินโรค เพื่อที่จะได้เห็นบริบทความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในประเทศไทย รวมทั้งพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งสามารถประยุกต์ผลการวิจัยมาใช้ในการส่งเสริมให้การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับ

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้งานวิจัยสำเร็จจุลวงไปด้วยดี รวมทั้งขอขอบคุณ Dr. Allison Boyes ที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้เครื่องมือ SCNS-SF34 ฉบับภาษาไทยโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะในการใช้เครื่องมือและการแปลผลเครื่องมือ

References

- Balboni, T., Balboni, M., Paulk, M. E., Phelps, A., Wright, A., Peteet, J., ... Prigerson, H. (2011). Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer, 117*(23), 5383-5391. <https://doi.org/10.1002/cncr.26221>
- Bonevski, B., Sanson-Fisher, R., Girgis, A., Burton, L., Cook, P., & Boyes, A. (2000). Evaluation of an instrument to assess the needs of patients with cancer. *Supportive Care Review Group Cancer, 88*(1), 217-225.
- Chae, B. J., Lee, J., Lee, S. K., Shin, H. J., Jung, S. Y., Lee, J. W., ... Youn, H. J. (2019). Unmet needs and related factors of Korean breast cancer survivors: A multicenter, cross-sectional study. *BMC Cancer 19, 839*(2019), 1-16. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6064-8>

- Chou, Y. H., Chia-Rong Hsieh, V., Chen, X., Huang, T. Y., & Shieh, S. H. (2020). Unmet supportive care needs of survival patients with breast cancer in different cancer stages and treatment phases. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, *59*(2), 231-236. <https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.01.010>
- Chowdhury, S. H., Banu, B., Akter, N., & Hossain, S. M. (2021). Unmet supportive care needs and predictor of breast cancer patients in Bangladesh: A cross-sectional study. *Journal of Oncology Pharmacy Practice*, 10781552211039114. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/10781552211039114>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Edib, Z., Kumarasamy, V., Abdullah, N. B., Rizal, A. M., & Al-Dubai, S. A. (2016). Most prevalent unmet supportive care needs and quality of life of breast cancer patients in a tertiary hospital in Malaysia. *Health and Quality of Life Outcomes*, *14*, 26(2016), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0428-4>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*(2), 175-191. doi: 10.3758/bf03193146
- Fischer, C., Dolbeault, S., Sultan, S., & Brédart, A. (2014). Prevalence, intensity, and predictors of the supportive care needs of women diagnosed with breast cancer: A systematic review. *Psycho-Oncology*, *23*(4), 361-374. <https://doi.org/10.1002/pon.3432>
- Fitch, M. I. (1994). *Providing supportive care for individuals living with cancer*. Toronto, Canada: Ontario Cancer Treatment and Research Foundation.
- Foot, G., & Sanson-Fisher, R. (1995). Measuring the unmet needs of people living with cancer. *Cancer Forum*, *19*, 131-135.
- Klungrit, S., & Suwannapong, K. (2020). Supportive care needs for sexuality of women with breast cancer undergoing chemotherapy: Nursing roles. *Royal Thai Navy Medical Journal*, *47*(3), 734-746.
- Klungrit, S., Thanasilp, S., & Jitpanya, C. (2019). Supportive care needs: An aspect of Thai women with breast cancer undergoing chemotherapy. *European Journal of Oncology Nursing*, *41*, 82-87. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.05.008>
- Krongyuth, P., Silpasuwan, P., Viwatwongkasem, C., & Campbell, C. (2018). Needs of patient with advanced stages of cancer in a Thai community: Mixed method approach. *Journal of Health Research*, *32*(5), 342-351. <https://doi.org/10.1108/JHR-08-2018-040>
- Lim, E., & Humphris, G. (2020). The relationship between fears of cancer recurrence and patient age: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Reports*, *3*(3), e1235. <https://doi.org/10.1002/cnr2.1235>

- Molassiotis, A., Yates, P., Li, Q., So, W., Pongthavornkamol, K., Pittayapan, P., ... STEP Study Collaborators (2019). Mapping unmet supportive care needs, quality-of-life perceptions and current symptoms in cancer survivors across the Asia-Pacific region: Results from the International STEP study. *Annals of Oncology*, 28(10), 2552-2558. doi:10.1093/annonc/mdx350
- Morrison, V., Henderson, B. J., Zinovieff, F., Davies, G., Cartmell, R., Hall, A., & Gollins, S. (2012). Common, important, and unmet needs of cancer outpatients. *European Journal of Oncology Nursing*, 16(2), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2011.04.004>
- Ng, Z. X., Ong, M. S., Jegadeesan, T., Deng, S., & Yap, C. T. (2017). Breast cancer: Exploring the facts and holistic needs during and beyond treatment. *Healthcare*, 5(26), 1-11. <https://doi.org/10.3390/healthcare5020026>
- Nilchaikovit, T., Lortrakul, M., & Phisansuthideth, U. (1996). Development of Thai version of hospital anxiety and depression scale in cancer patients. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 41(1), 18-30.
- Pérez-Fortis, A., Fleeer, J., Sánchez-Sosa, J. J., Veloz-Martínez, M. G., Alanís-López, P., Schroevers, M. J., & Ranchor, A. V. (2017). Prevalence and factors associated with supportive care needs among newly diagnosed Mexican breast cancer patients. *Supportive Care Cancer*, 25(10), 3273-3280. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3741-5>
- Pérez-Fortis, A., Fleeer, J., Schroevers, M. J., Alanís López, P., Sánchez Sosa, J. J., Eulenburg, C., & Ranchor, A. V. (2018). Course and predictors of supportive care needs among Mexican breast cancer patients: A longitudinal study. *Psycho-Oncology*, 27(9), 2132-2140. <https://doi.org/10.1002/pon.4778>
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *BMJ (Clinical Research Edition)*, 361, k1415. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1415>
- Pongthavornkamol, K., Lekdamrongkul, P., Pinsuntorn, P., & Molassiotis, A. (2019). Physical symptoms, unmet needs, and quality of life in Thai cancer survivors after the completion of primary treatment. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 363-371. https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_26_19
- Rojanamatin, J., Ukranun, W., Supaattagorn, P., Chiaviriyabunya, I., Wongsena, M., Chaiwerawattana, A., ... Buasom, R. (2021). *Cancer in Thailand Vol.x, 2016-2018*. Bangkok, Thailand: National Cancer Institute.
- Smith, H. R. (2015). Depression in cancer patients: Pathogenesis, implications and treatment (Review). *Oncology Letters*, 9, 1509-1514. <https://doi.org/10.3892/ol.2015.2944>
- So, W., Wong, C. L., Choi, K. C., Chan, C., Chan, J., Law, B., Yu, B. (2019). A mixed-methods study of unmet supportive care needs among head and neck cancer survivors. *Cancer Nursing*, 42(1), 67-78. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000542>

- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *71*(3), 209–249. <https://doi.org/10.3322/caac.21660>
- Tabrizi, J. F., Rahmani, A., Jafarabadi, A. M., Jasemi, M., & Allahbakhshian, A. (2016). Unmet supportive care needs of Iranian cancer patients and its related factors. *Journal of Caring Sciences*, *5*(4), 307-316. <https://doi.org/10.15171/jcs.2016.032>
- Unjai, S., & Somjaivong, B. (2016). Translation and reliability of the supportive care needs survey Thai version in cervical cancer patients. *Journal of Nursing Science & Health*, *39*(3), 119-126.
- Wabula, I., Yunitasari, E., & Wahyudi, A. S. (2020). Supportive care needs of women with breast cancer: A systematic review. *Jurnal Ners, Special Issues*, *15*(2), 142-148. <http://dx.doi.org/10.20473/jn.v15i1Sp.18999>
- Wilkinson, L., & Gathani, T. (2022). Understanding breast cancer as a global health concern. *The British Journal of Radiology*, *95*(1130), 20211033. <https://doi.org/10.1259/bjr.20211033>

การศึกษาความเป็นไปได้ของแอปพลิเคชันการจัดการอาการ สำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด

อังศินันท์ พรหมนิมิตร, พย.ม.^{1*} น้าอ้อย ภักดีวงศ์, ปร.ด.² วารินทร์ บินโฮเซ็น, ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มี 2 ระยะเวลาคือ 1) ระยะเวลาพัฒนาแอปพลิเคชันโดยมีทฤษฎีการจัดการอาการของดอดด์เป็นกรอบแนวคิด และ 2) ระยะเวลาทดสอบความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย14 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ จำนวน 10 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ประกอบด้วย แอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในการจัดการอาการในระบบทางเดินอาหารของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด และแบบประเมินความเป็นไปได้ของแอปพลิเคชัน ใช้ระยะเวลาคนละ 6 สัปดาห์ ติดตามประเมินผลลัพธ์ของการจัดการตนเองและประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แอปพลิเคชันวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัย พบว่า ผู้วิจัยดำเนินการพัฒนาแอปพลิเคชัน และได้แอปพลิเคชันที่พัฒนาแล้ว มีรูปแบบและวิธีการใช้ตามขั้นตอน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และประเมินความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ พบว่า อาการที่พบมาก ได้แก่ เบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ ท้องผูก คลื่นไส้ และอาเจียน ตามลำดับ ระดับความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่ คือ ระดับ 1 หลังจากจัดการอาการพบว่าอาการส่วนใหญ่ดีขึ้น และค่าเฉลี่ยของการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันไปใช้ คือ 17.5 ($SD = 0.85$) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำแอปพลิเคชันการจัดการอาการไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการได้

คำสำคัญ: แอปพลิเคชัน การจัดการอาการในระบบทางเดินอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก เคมีบำบัด

¹ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต จังหวัดปทุมธานี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: aungsinun.pro@gmail.com

Feasibility study of Symptoms Management Application for Colorectal Cancer Patient Undergoing Chemotherapy

Aungsinan Promnimit, M.N.S.^{1*} Nam-Oy Pakdevong, Ph.D.², Varin Binhosen, Ph.D.²

Abstract

This feasibility study aimed to develop a mobile application to support colorectal cancer patients undergoing Chemotherapy and to study the feasibility of using symptoms management application. The symptom management model by Dodd was used as a conceptual framework to develop the application's content for the feasibility test. Ten colorectal cancer patients admitted at Chulabhorn Hospital were recruited using the purposive sampling technique. The research instruments comprised a smartphone application to manage gastrointestinal symptoms in colorectal cancer patients undergoing Chemotherapy and a questionnaire regarding application feasibility. The sample used the developed application for six weeks and completed the questionnaires to assess the feasibility of using the application. Descriptive statistics were used to analyze data.

The application was developed and tested in a sample group. The results revealed that the most common symptoms were anorexia, oral mucositis, constipation, nausea, and vomiting. Most of the severity of symptoms were at first degree. After utilizing the symptom management methods learned by the application, the patients' symptoms were relieved. The mean score of the feasibility of using the application was 17.5 (SD = 0.85). These findings suggest that nurses and other health care providers should apply symptom management apps to colorectal cancer patients to reduce the severity of their symptoms.

Key words: Application, Symptom management in gastrointestinal symptoms, Colorectal cancer, Chemotherapy

¹ Master Student, Faculty of Nursing, Rangsit University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Rangsit University

* Corresponding author e-mail: aungsinun.pro@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ของโลก จากสถิติทั่วโลก พบว่าในปี 2020 มีจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกสูงถึง 19.3 ล้านคน คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 47 ในปี 2040 (World Health Organization [WHO], 2020) ขณะเดียวกันโรคมะเร็งก็เป็นสาเหตุหลักการเสียชีวิตของคนไทยมากกว่า 20 ปี นับตั้งแต่ปี 2542 และที่สำคัญ คือ พบผู้ป่วยรายใหม่จากโรคมะเร็งเฉลี่ยวันละ 336 ราย หรือคิดเป็น 122,757 รายต่อปี (National Cancer Institute, 2020) โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นโรคมะเร็งที่พบได้มากเป็นอันดับที่ 3 ของโรคมะเร็งทั่วโลก (WHO, 2020) รวมทั้งประเทศไทยและมีแนวโน้มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นทุกปี โดยพบผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักมากในระยะที่ 4 ในกลุ่มผู้ป่วยอายุเฉลี่ยมากกว่า 50 ปี นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มการเกิดโรคในกลุ่มคนที่มีอายุน้อยลง (National Cancer Institute, 2020) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เอื้อต่อการเพิ่มอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักทั่วโลกเกิดจากการเติบโตของประชากรควบคู่ไปกับการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงได้แก่ การรับประทานอาหารประเภทเนื้อแดง อาหารแปรรูป และอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ โรคอ้วนที่ทำให้มีความเสี่ยงสูงถึง ร้อยละ 30 (Rawla, Sunkara, & Barsouk, 2019)

การรักษาโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่มีการผ่าตัดเป็นการรักษาหลัก โดยการผ่าตัดเอาลำไส้ส่วนที่เป็นโรคและต่อมน้ำเหลืองออก ในกรณีที่พบมะเร็งระยะลุกลามหรือเป็นมะเร็งของลำไส้ใหญ่ส่วนปลายซึ่งอยู่ติดกับทวารหนักอาจมีความจำเป็นต้องทำทวารเทียม โดยนำปลายลำไส้ส่วนที่เหลืออยู่เปิดออกทางหน้าท้องเป็นทางให้อุจจาระออกมาได้ นอกจากการผ่าตัดแล้ว การรักษาเสริมที่นิยมใช้รักษาผู้ป่วยมะเร็งลำไส้และทวารหนัก ได้แก่ การรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีรักษา และยามุ่งเป้า (Targeted therapy) ทั้งนี้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นการรักษาที่นิยมใช้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักโดยมีเป้าหมายให้หายขาดจากโรค (Curative) หรือการรักษาแบบประคับประคอง (Palliative) โดยเฉพาะการรักษาในระยะแพร่กระจายมักให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดเป็นหลัก เพื่อทำลายและยับยั้งเซลล์มะเร็ง เพิ่มการควบคุมโรค ป้องกันการลุกลาม และเพิ่มอัตราการรอดชีวิต โดยสูตรยาเคมีบำบัดที่มักใช้ในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักคือ FOLFOX ประกอบด้วยยา 3 ชนิด คือ Oxaliplatin, Fluorouracil และ Folinic acid สูตรนี้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล 2-3 วันต่อครั้ง และให้ยาทุก 2 สัปดาห์ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน 6 เดือน (National Comprehensive Cancer Network, 2020)

เคมีบำบัด คือ สารเคมีที่ออกฤทธิ์ต้านหรือทำลายเซลล์มะเร็งโดยมีเป้าหมายสำคัญคือเซลล์มะเร็งที่แบ่งตัวเร็ว และต่อเนื่องทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปและตายในที่สุด ขณะเดียวกันเคมีบำบัดยังส่งผลต่อเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วและสารต่าง ๆ ในร่างกาย จึงทำให้พบว่ามีผลข้างเคียงของเคมีบำบัดมีหลากหลายอาการ โดยเฉพาะผลข้างเคียงของกลุ่มอาการในระบบทางเดินอาหาร สำหรับอาการในระบบทางเดินอาหารที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคลื่นไส้ อาการอาเจียน เยื่อช่องปากอักเสบ อาการเบื่ออาหาร และท้องผูก (Ward, Leutwyler, Dunn, & Miaskowski, 2018) อาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบต่อการทำงาน การใช้ชีวิต ความเครียด วิตกกังวล และ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการอาการเหล่านั้นได้อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อ ภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วย ผลการรักษา และค่าใช้จ่าย (Andreyev et al., 2021)

ทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom - management theory) ของดอดด์และคณะ ประกอบด้วย 3 โมโนมิติ ได้แก่ ประสบการณ์จากการมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีการจัดการอาการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (Symptom outcomes) โดยเริ่มจากที่ผู้ป่วยรับรู้อาการ การประเมินอาการ และการตอบสนองต่ออาการ นำไปสู่การหากลวิธีการจัดการ เพื่อให้อาการนั้นหายไปหรือดีขึ้น มีการประเมินผลลัพธ์ของการจัดการ มีการทบทวนและปรับปรุงวิธีการให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น (Dodd et al., 2001)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดสามารถจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้น วิธีการส่วนใหญ่จะเป็นการให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยด้วยวิธีการสอนเป็นรายบุคคล สอนเป็นกลุ่ม ร่วมกับการใช้

สื่อต่าง ๆ เช่น วิดีโอ แผ่นพับ คู่มือ เป็นต้น มีการติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้อะไรถึงปัญหาทางกายภาพ ฝึกปฏิบัติ และปรับปรุงแก้ไข โดยมีพยาบาลเป็นที่ปรึกษาเมื่อผู้ป่วยเกิดปัญหา (Coolbrandt et al., 2018) การใช้สื่อที่หลากหลายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และเข้าใจในการดูแลตนเอง ซึ่งแต่ละวิธีมีจุดเด่นที่แตกต่างกัน เช่น การให้คำแนะนำเป็นรายบุคคลสามารถช่วยให้ผู้ป่วยลดความวิตกกังวล การสอนรายกลุ่มที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกันช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ได้ คลิปเสียงและวิดีโอ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกพอใจและสนใจในการเรียนรู้ เนื่องจากเป็นแหล่งข้อมูลที่ผู้ป่วยเชื่อถือมากที่สุด (Warrington et al., 2019)

ในยุคดิจิทัลที่เทคโนโลยีพัฒนาไปอย่างรวดเร็วมีการพัฒนารูปแบบของการให้คำแนะนำ การติดตามอาการให้ทันสมัยและใช้ได้ง่ายในรูปแบบของแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน เนื่องจากแอปพลิเคชันเป็นโปรแกรมที่ทำงานบนสมาร์ตโฟนที่สามารถออกแบบให้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้งาน สามารถดาวน์โหลดติดตั้งได้ง่ายและสามารถศึกษาเนื้อหาได้ตลอดเวลา (Warrington et al., 2019) ซึ่งในทางการแพทย์มีการนำแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนมาใช้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น แอปพลิเคชันติดตามระดับน้ำตาลในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน แอปพลิเคชันติดตามอาการในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Salazar, de Sola, Failde, & Moral-Munoz, 2018) สำหรับโรคมะเร็งมีการนำแอปพลิเคชันมาใช้อย่างหลากหลาย เช่น แอปพลิเคชันการให้คำแนะนำและติดตามอาการระหว่างการรักษาในผู้ป่วยที่ได้เคมีบำบัดชนิดรับประทาน (Fishbein et al., 2017) ในส่วนของประเทศไทยก็เริ่มมีการนำแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนมาใช้ในทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น การศึกษาในกลุ่มโรคมะเร็งพบการศึกษาเรื่องผลของโมบายแอปพลิเคชันการเสริมสร้างสมรรถนะการดูแลสุขภาพช่องปากต่อพฤติกรรมการป้องกันและการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบในผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งอายุ 7-12 ปี จำนวน 52 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบหลังการทดลองสูงกว่าก่อนได้รับโมบายแอปพลิเคชันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยอันดับการเกิดภาวะเยื่อช่องปากอักเสบน้อยกว่ากลุ่มควบคุมในวันที่ 7, 14 และ 21 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (Punthmatharith, Thailek, & Wiroonpanich, 2021)

พื้นที่ศึกษา เป็นหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป ที่นอนพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลระยะเวลาไม่เกิน 7 วัน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เข้ารับการรักษามากกว่าร้อยละ 80 เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้และทวารหนักที่ได้รับยาเคมีบำบัดสูตร mFOLFOX6 ประกอบด้วยตัวยา 3 ชนิด คือ Folinic acid, Fluorouracil และ Oxaliplatin สูตรนี้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาล 2-3 วันต่อครั้ง และให้ยาทุก 2 สัปดาห์ต่อเนื่องกันเป็นเวลานาน 6 เดือน ทางหอผู้ป่วยได้มีการปรับปรุงพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่เสมอเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ที่ถูกต้องเหมาะสม สามารถดูแลตัวเองและจัดการกับอาการจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดระหว่างได้รับการรักษาได้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามแผนการรักษาและมีคุณภาพชีวิตที่ดีระหว่างการรักษา จากการศึกษาในพื้นที่เดียวกันนี้พบว่าสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ คือ ความรู้เกี่ยวกับการประเมินอาการผิดปกติจากโรคและภาวะแทรกซ้อน การจัดการอาการและผลข้างเคียง วิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรคและปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ผู้ป่วยต้องการความรู้และสื่อที่ทันสมัย โดยที่มสุขภาพ สามารถสอบถามได้ทันทีเมื่อเกิดข้อสงสัยและต้องการคู่มือที่สามารถนำกลับมาอ่านที่บ้านได้ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ต้องการสื่อมัลติมีเดีย และแอปพลิเคชันเนื่องจากเข้าถึงได้ง่ายเหมาะกับวิถีชีวิต (Namvongprom, Sinuanhaeng, & Pakdevon, 2018) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนสำหรับการจัดการอาการระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำไปสู่การพัฒนาแอปพลิเคชันที่เหมาะสมกับบริบทและตรรกะในการสอนให้ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถประเมินอาการป้องกัน และจัดการอาการที่อาจเกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความรุนแรงของอาการได้ และเป็นการส่งเสริมคุณภาพการพยาบาล

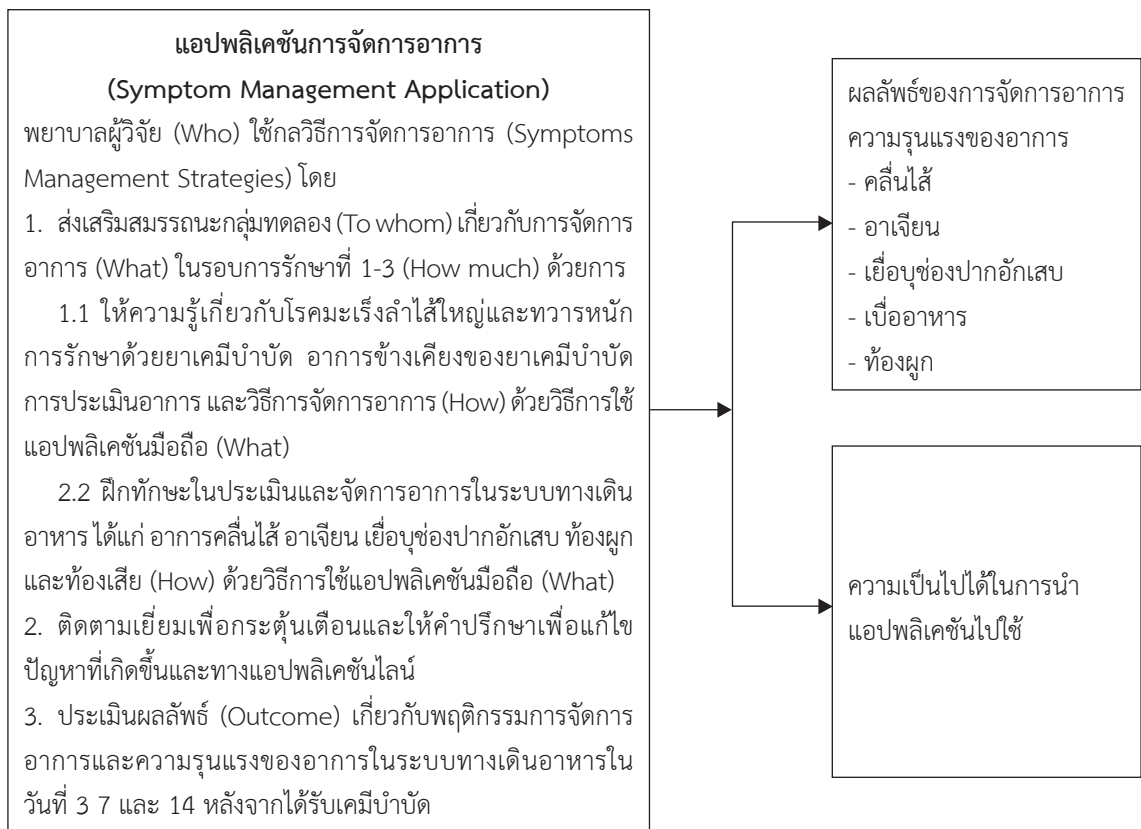
ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้นโดยใช้เทคโนโลยีให้เป็นประโยชน์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันมือถือในการจัดการอาการระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันมือถือไปใช้ในการให้ความรู้และคำแนะนำกับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด โดยประเมินจากผลลัพธ์ของการจัดการอาการและคะแนนความเป็นไปได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการจัดการอาการ (Symptom - management theory) ของดอดด์และคณะ (Dodd et al., 2001) โดยแนวคิดทฤษฎีนี้เกิดจากความสัมพันธ์ของ 3 มิติ ได้แก่ ประสบการณ์การมีอาการ (Symptom experiences) กลวิธีการจัดการ (Symptom management strategies) และผลลัพธ์ของการจัดการ (Symptom outcomes) โดยพยาบาลผู้วิจัย (Who) ใช้กลวิธีการจัดการอาการ (Symptoms management strategies) คือ ใช้แอปพลิเคชันการจัดการอาการที่พัฒนาขึ้น (What) เป็นสื่อในการส่งเสริมสมรรถนะกลุ่มทดลอง (whom) หลังจากระเมินติดตามครบ ผู้วิจัยจะทำการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันไปใช้โดยประเมินจาก ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการใช้งาน รูปแบบการใช้งาน และความต้องการแนะนำแอปพลิเคชันให้กับผู้ป่วยคนอื่น (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้านี้เป็นศึกษาความเป็นไปได้ (Feasibility study) เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชันบนมือถือในการจัดการอาการระบบทางเดินอาหารในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ การศึกษาแบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การออกแบบ 3) การพัฒนา 4) การทดสอบ 5) การนำไปใช้ ระยะที่ 2 ระยะทดสอบความเป็นไปได้ของการนำไปใช้ หลังจากพัฒนาแอปพลิเคชันเสร็จจึงนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 14 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 14 โรงพยาบาลจุฬารัตน์ ระยะเวลาการศึกษาวิจัย 4 เดือน ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2563 - กุมภาพันธ์ 2564 รวม 10 คน

เครื่องมือในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ แอปพลิเคชันการจัดการอาการ (Symptom management application) ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) สื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับการประเมินอาการ และวิธีการจัดการอาการในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด 2) แบบรายงานความรุนแรงของอาการที่เกิดขึ้น กลวิธีในการจัดการอาการ และผลลัพธ์ของการจัดการอาการ 3) ช่องทางการติดต่อ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและความเจ็บป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ สิทธิการรักษา และ ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านการเจ็บป่วย การวินิจฉัย การรักษาที่ได้รับ
2. แบบรายงานความรุนแรงของอาการ ประกอบด้วย อาการที่เกิดขึ้น ระดับความรุนแรงของอาการ กลวิธีในการจัดการอาการ และผลลัพธ์หลังจัดการอาการ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่อยู่ในแอปพลิเคชัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำการประเมินในวันที่ 3 7 และ 14 ของการได้รับเคมีบำบัด รวมทั้งหมด 3 รอบ
3. แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแอปพลิเคชันไปใช้ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เป็นคำถามปลายปิดรวม 18 ข้อ ข้อคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ พิจารณาความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันไปใช้จาก 4 ด้าน ได้แก่ 1) ความสามารถในการเรียนรู้ จำนวน 5 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 2 ข้อ และคำถามด้านลบ 3 ข้อ คะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน 2) ความสามารถในการใช้งาน จำนวน 6 ข้อ คำถามด้านบวกทั้งหมด ข้อคะแนนระหว่าง 0-6 คะแนน 3) รูปแบบการใช้งาน จำนวน 8 ข้อ คำถามด้านบวกทั้งหมด ข้อคะแนนระหว่าง 0-8 คะแนน และ 4) ความต้องการแนะนำแอปพลิเคชันให้กับผู้ป่วยคนอื่น จำนวน 1 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก ข้อคะแนน 1 คะแนน คะแนนเต็ม 18 คะแนน คะแนน 14-18 หมายถึง มีความเป็นไปได้สูง คะแนน 10-13 หมายถึง มีความเป็นไปได้ปานกลาง คะแนน 0-9 หมายถึง มีความเป็นไปได้ต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเข้าใจด้านภาษา (Face validity) โดยผู้วิจัยนำแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรศาสตร์โรคมะเร็ง พยาบาลผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง และอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแอปพลิเคชัน คำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index [CVI]) โดยกำหนดเกณฑ์คุณภาพ \geq ร้อยละ 80 ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.96 ปรับแก้เรื่องความเร็วในการพูด แสง ภาพ ความสั้นยาวของคลิปวิดีโอ และการใช้แอปพลิเคชัน หลังจากผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมตาม

คำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปทดลองใช้ เพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการใช้แอปพลิเคชัน โดยนำแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้ เข้าใจเนื้อหาในคลิปวิดีโอ สามารถอ่านและตอบคำถามได้ และผู้วิจัยได้มีการปรับแก้เรื่องขนาดตัวอักษร สีของหัวข้อ และลักษณะการเข้าถึงของแต่ละหัวข้อก่อนนำไปใช้ทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการตรวจสอบและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต เลขที่ 006/2561 วันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2562
2. โครงร่างวิทยานิพนธ์ผ่านการตรวจสอบและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิและจริยธรรม โรงพยาบาลจุฬารัตน์ เลขที่ 049/2561 วันที่ 29 มีนาคม 2562
3. ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการทำวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล ชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบว่าสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อพยาบาลปัจจุบันและอนาคต ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือเผยแพร่จะนำเสนอเป็นภาพรวมของการวิจัยเท่านั้น เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยซักถามจนปราศจากข้อสงสัย และยินดีเข้าร่วมวิจัยจริงให้เต็มที่ในยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแอปพลิเคชัน ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) การวางแผน เริ่มจากการวิเคราะห์สถานการณ์ของการจัดการอาหารของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด การสืบค้นงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ประกอบด้วย งานวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาแอปพลิเคชัน ความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันไปใช้ ความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันมาใช้ด้านสุขภาพและการพยาบาล วิเคราะห์และสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาแอปพลิเคชันในการจัดการอาหารระบบทางเดินอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัด
- 2) การออกแบบ โดยเน้นให้แอปพลิเคชันใช้งานสะดวก หลังจากได้โครงร่างแล้วได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
- 3) การพัฒนา หลังจากได้เนื้อหาและโครงร่างของแอปพลิเคชัน จึงส่งให้วิศวกรคอมพิวเตอร์ช่วยสร้างแอปพลิเคชัน
- 4) การทดสอบ โดยให้ผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างทดลองใช้และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ
- 5) การนำไปใช้ นำแอปพลิเคชันที่ได้ทำการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แอปพลิเคชันและความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันการจัดการอาหารไปใช้


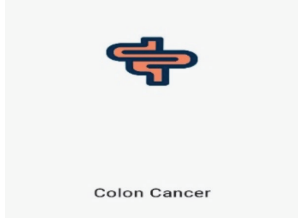

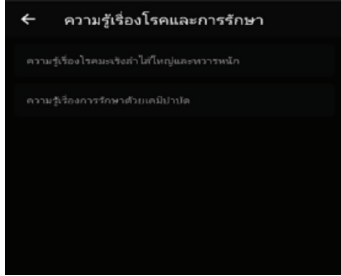


ระยะที่ 2 การนำแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 คน และติดตามศึกษาผลลัพธ์ของการจัดการอาหารและคะแนนความเป็นไปได้ โดยผู้วิจัยดำเนินการติดตั้งแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์แบบสมาร์ตโฟน และให้คำแนะนำแก่กลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับวิธีการใช้แอปพลิเคชันใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทดลองการใช้แอปพลิเคชัน โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับแอปพลิเคชัน หลังจากกลุ่มตัวอย่างใช้แอปพลิเคชันได้คล่องแล้วผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาข้อมูลจากคลิปวิดีโอในแอปพลิเคชันอย่างอิสระในระหว่างที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดในรอบที่ 1-3 หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยสามารถติดต่อถามผู้วิจัยได้ตลอด หลังจากนั้นเก็บข้อมูลความรุนแรงของอาการและผลลัพธ์ของการจัดการอาหารในวันที่ 3 7 และ 14 ของการรับเคมีบำบัดรอบที่ 1-3 โดยให้ผู้ป่วยบันทึกลงในแบบประเมินอาการในแอปพลิเคชัน และเก็บข้อมูลความเป็นไปได้ของการใช้แอปพลิเคชัน ในรอบการรักษาที่ 4

การวิเคราะห์ข้อมูล

บรรยายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ และความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันไปใช้ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

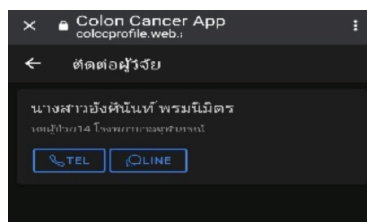
ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ได้แอปพลิเคชันที่พัฒนาแล้ว มีรูปแบบและวิธีการใช้ตามขั้นตอนดังนี้ (ภาพที่ 2)

<p>ขั้นตอน 1. เข้าถึงได้ทาง https://colccprofile.web.app หรือ QR Code ตามรูป</p> 	<p>ขั้นตอนที่ 2 เมื่อติดตั้งแอปพลิเคชัน สำเร็จจะหน้าจอตามรูป</p> 	<p>ขั้นตอนที่ 3 เลือกเนื้อหา ตามรูป</p> 
		

ภาพที่ 2 รูปแบบและวิธีการใช้แอปพลิเคชัน

นอกจากนี้ หากผู้ป่วยต้องการติดต่อกับทางผู้วิจัย สามารถติดต่อได้จากแอปพลิเคชันทั้งการโทรและ
ส่งข้อความทาง Line โดยใช้ตัวเลือก “ติดต่อผู้วิจัย”



ภาพที่ 3 ตัวเลือกติดต่อผู้วิจัย

ระยะที่ 2 การนำแอปพลิเคชันที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้

2.1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดจำนวน 10 คน เป็นเพศชาย 5 คน เพศหญิง 5 คน มีอายุระหว่าง 31- 61 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 50.6 ปี (SD = 9.84) กลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งลำไส้ส่วน Sigmoid มากที่สุด (ร้อยละ 50) รองลงมาคือมะเร็งลำไส้ส่วน Rectum (ร้อยละ 40) โดยมีระยะโรคที่ 3 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50) ระยะโรคที่ 4 จำนวน 5 คน (ร้อยละ 50) เท่ากัน มีโรคประจำตัวจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 40) ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง โรคติดเชื้อเอชไอวี และข้ออักเสบรูมาตอยด์

2.2 ผลลัพธ์ของการจัดการอาหารและความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันมือถือไปใช้

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับเคมีบำบัดรอบที่ 1 ครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารมากที่สุด (7 คน) ครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารมากที่สุด (4 คน) ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกมากที่สุด (5 คน) โดยระดับความรุนแรงของอาการทั้ง 5 อาการ อยู่ในระดับ 1 แต่มีผู้ป่วย 1 ราย มีอาการท้องผูกถึงระดับ 3 ผู้ป่วยเลือกวิธีการใช้ยาเพื่อจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก ใช้วิธีการตรวจสุขภาพช่องปากและบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ เพื่อจัดการกับอาการเยื่อช่องปากอักเสบ ใช้วิธีการรับประทานอาหารสุก สะอาด โปรตีนสูง พลังงานสูง เพื่อจัดการกับอาการเบื่ออาหาร ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการอาหารส่วนใหญ่จะดีขึ้น

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับเคมีบำบัดรอบที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงเพิ่มมากขึ้น โดยอาการที่พบมากที่สุดในการครั้งที่ 1 ยังคงเป็นอาการเบื่ออาหาร (5 คน) และ ครั้งที่ 2 อาการที่พบมากที่สุดคืออาการเบื่ออาหาร (5 คน) และพบอาการเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มมากขึ้นในครั้งที่ 2 (5 คน) และ ครั้งที่ 3 (3 คน) โดยระดับความรุนแรงของอาการที่พบมากที่สุด คือ ระดับ 1 ผู้ป่วยยังคงเลือกวิธีการใช้ยาเพื่อจัดการกับอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูกมากที่สุด ร่วมกับการเลือกรับประทานอาหารและปรับพฤติกรรมที่ช่วยจัดการอาการ เช่น การรับประทานอาหารอ่อน จิบน้ำบ่อย ๆ ระหว่างวัน และการรับประทานอาหารน้อย ๆ แต่บ่อยครั้งในผู้ป่วยที่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการท้องผูกมีการดื่มน้ำเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ไม่กลั้นอุจจาระและมีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ผู้ป่วยยังคงมีการตรวจสุขภาพช่องปากและบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ เพื่อจัดการกับอาการเยื่อช่องปากอักเสบ และมีการรับประทานอาหารอ่อน อาหารที่มีโปรตีนสูง และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยยังคงเลือกการรับประทานอาหารสุก สะอาด โปรตีนสูง พลังงานสูง เพื่อจัดการกับอาการเบื่ออาหาร ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการอาหารส่วนใหญ่ดีขึ้น

หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับเคมีบำบัดรอบที่ 3 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารมากที่สุดในการครั้งที่ 1 (4 คน) มีอาการเยื่อช่องปากอักเสบเพิ่มมากขึ้นในครั้งที่ 2 (6 คน) และครั้งที่ 3 (4 คน) ระดับความรุนแรงของอาการส่วนใหญ่คือระดับ 2 แต่พบว่าอาการเยื่อช่องปากอักเสบมีระดับความรุนแรงของอาการระดับ 2 ในครั้งที่ 1 (1 คน) และ ครั้งที่ 3 (2 คน) ผู้ป่วยใช้วิธีการตรวจสุขภาพช่องปากและบ้วนปากด้วยน้ำเกลือ ใช้วิธีการรับประทานอาหารอ่อน อาหารที่มีโปรตีนสูงและหลีกเลี่ยงอาหารรสจัดเพื่อจัดการกับอาการเยื่อช่องปากอักเสบ หลังการประเมินพบว่าอาการเยื่อช่องปากอักเสบดีขึ้น แต่ในครั้งที่ 2 อาการเยื่อช่องปากดีขึ้นบางส่วน (3 คน) อาการท้องผูกมีระดับความรุนแรงระดับ 2 ในครั้งที่ 1 (1 คน) หลังจัดการอาการพบว่าอาการดีขึ้นบางส่วน

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (10 คน) เห็นด้วยว่าแอปพลิเคชันสามารถเรียนรู้การใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยากในการใช้งาน และมั่นใจว่าสามารถใช้แอปพลิเคชันได้อย่างถูกต้อง แต่มีผู้ป่วย 1 คน ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมากในการเรียนรู้ที่จะใช้งานแอปพลิเคชัน และผู้ป่วย 2 คน ที่ต้องเรียนรู้เป็นอย่างมากก่อนที่จะสามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ความรุนแรงของอาการ วิธีการจัดการอาการ สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการในระบบทางเดินผ่านแอปพลิเคชันได้ สามารถรายงานความรุนแรงของอาการในระบบทางเดินอาหารผ่านแอปพลิเคชันได้ และสามารถส่งข้อความถึงพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันได้ ชอบการใช้งานแอปพลิเคชัน ชอบแนวคิดที่พยาบาลติดตามอาการ ความรุนแรงอาการ และวิธีการจัดการอาการในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดของผู้ป่วย แต่มีผู้ป่วย 2 คน ที่ไม่ชอบการใช้งาน

บันทึกความรุนแรงของอาการ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความต้องการแนะนำแอปพลิเคชันให้กับผู้ป่วยคนอื่น ซึ่งค่าเฉลี่ยของการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันไปใช้ คือ 17.5 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.85) แสดงว่าแอปพลิเคชันการจัดการอาการมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้สูง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันการจัดการอาการไปใช้

การประเมิน	ต่ำสุด - สูงสุด	$\bar{X} \pm SD$	ระดับ
1. ความสามารถในการเรียนรู้	3 - 5	4.7 ± 0.67	สูง
2. ความสามารถในการใช้งาน	6	6.0 ± 0.00	สูง
3. รูปแบบการใช้งาน	5-6	5.8 ± 0.42	สูง
4. ต้องการแนะนำแอปพลิเคชันให้กับผู้ป่วยคนอื่น	1	1.0	สูง
รวม	16 - 18	17.5 ± 0.85	สูง

อภิปรายผล

1. ลักษณะของแอปพลิเคชันเป็น Web Application ซึ่งในการพัฒนาแอปพลิเคชันครั้งนี้ใช้เทคโนโลยี Progressive Web Application เขียนด้วย Ionic Framework based on Angular โดยมี Angular 10 (Base framework) Ionic (IU framework) และ Hosting (Fire hosting) สามารถใช้ได้บนสมาร์ตโฟนทั้งระบบ IOS และ android ติดตั้งได้ง่ายเนื่องจากผู้วิจัยได้แปลงเว็บปราวรเนเจอร์เป็น QR code ทำให้ใช้เวลาติดตั้งไม่เกิน 1 นาที และใช้หน่วยความจำไม่มาก ประมาณ 356 KB ใช้อินเทอร์เน็ตไม่มาก สามารถใช้งานได้ตลอดเวลาที่ผู้ป่วยต้องการ เนื้อหาที่อยู่ในแอปพลิเคชันนำเสนอเป็นคลิปวิดีโอความยาวประมาณ 1-2 นาทีต่อคลิป เนื้อหาสั้น กระชับ เข้าใจง่าย มีการทำเป็นหัวข้อย่อย ทำให้ผู้ป่วยสามารถเลือกศึกษาในเรื่องที่ต้องการได้ง่าย และช่องทางการติดต่อเจ้าหน้าที่มีทั้งข้อความและการโทรทำให้ผู้ป่วยสะดวกเลือกใช้ช่องทางการปรึกษานี้ จากการประเมินผล พบว่า กลุ่มตัวอย่างชื่นชอบรูปแบบการใช้งาน จากข้อมูลการเข้าชมวิดีโอในแอปพลิเคชัน พบว่า เนื้อหาที่ผู้ป่วยเข้าชมมากที่สุด คือ การจัดการอาการ คลื่นไส้ อาเจียน จำนวน 930 ครั้ง รองลงมา คือ อาการเยื่อช่องปากอักเสบ จำนวน 205 ครั้ง และการจัดการอาการ เบื่ออาหาร จำนวน 82 ครั้ง สอดคล้องกับการศึกษา Moradian et al. (2020) ศึกษา Feasibility randomized controlled trial of remote symptom chemotherapy toxicity monitoring using the Canadian adapted advanced symptom management system [ASyMS-C] เป็น prospective study โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตั้งแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อให้รายงานอาการที่เกิดขึ้นหรือปรึกษาผ่านทางแอปพลิเคชันมือถือตั้งแต่วันที่ 1-14 ที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งหมด 6 รอบ เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์จากการศึกษาพบว่า แอปพลิเคชันมีความเป็นไปได้ในการใช้งาน ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้งาน

2. ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับเคมีบำบัดรอบที่ 1 ครั้งที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการ เบื่ออาหารมากที่สุด (7 คน) ครั้งที่ 2 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการเบื่ออาหารมากที่สุด (4 คน) ครั้งที่ 3 ผู้ป่วยมีอาการท้องผูกมากที่สุด (5 คน) โดยรวมแล้วอาการที่พบมากที่สุด ได้แก่ อาการเบื่ออาหาร เยื่อช่องปากอักเสบ ท้องผูก คลื่นไส้ และอาเจียน ตามลำดับ โดยระดับความรุนแรงของอาการอยู่ระดับ 1 กลุ่มตัวอย่างใช้การจัดการด้วยยาในการจัดการอาการคลื่นไส้ อาเจียน และท้องผูก ใช้วิธีการเลือกรับประทานอาหารและพฤติกรรม ในการจัดการอาการเบื่ออาหาร มีการตรวจสุขภาพช่องปากทุกวันเพื่อประเมินอาการและใช้วิธีการบ้วนปากด้วยน้ำเกลือเพื่อจัดการอาการเยื่อช่องปากอักเสบ เมื่อประเมินอาการหลังจัดการอาการพบว่าอาการดีขึ้น จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการได้ เลือกวิธีการจัดการได้ และอาการดีขึ้น

หลังจัดการอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการอาหารและผลลัพธ์การจัดการอาหารของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีอาการที่พบบ่อย คือ การรับประทานอาหารรสชาติเปลี่ยนไป การเบื่ออาหาร การจัดการกับอาการโดยภาพรวม คือ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปรับการรับประทานอาหาร การใช้ยาแผนปัจจุบัน ภายหลังการจัดการอาหารด้วยวิธีต่าง ๆ พบว่า ความถี่ ความรุนแรงและความทุกข์ทรมานของอาการลดลง ส่วนผลลัพธ์การจัดการอาหารของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ด้านสภาพจิตใจและอารมณ์ พบว่าดีขึ้น (Karomprat, Chaichan, Santawesuk, & Sookprasert, 2017)

3. การประเมินความเป็นไปได้ในการนำของแอปพลิเคชันการจัดการไปใช้ มีการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการเรียนรู้ ความสามารถในการใช้งาน รูปแบบการใช้งาน และ ความต้องการแนะนำแอปพลิเคชันให้กับผู้ป่วยคนอื่น จากการประเมินพบว่า กลุ่มตัวอย่างนี้มีความสามารถในการเรียนรู้ (4.7 ± 0.67) โดยกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่าแอปพลิเคชันสามารถเรียนรู้การใช้งานได้ง่าย ไม่ยุ่งยากในการใช้งาน และมั่นใจว่าสามารถใช้แอปพลิเคชันได้อย่างถูกต้อง จากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 50) และมีทักษะการใช้สมาร์ตโฟนมาก่อน กลุ่มผู้ป่วยนี้จึงสามารถเรียนรู้ได้เร็ว มีผู้ป่วย 1 คน ที่ต้องการความช่วยเหลือเป็นอย่างมากในการเรียนรู้ที่จะใช้งานแอปพลิเคชัน และมีผู้ป่วย 2 คน ที่ต้องเรียนรู้เป็นอย่างมากก่อนที่จะสามารถใช้งานแอปพลิเคชันได้ เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุและไม่ถนัดในการใช้สมาร์ตโฟน จึงทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้ากว่าและทำได้ยากกว่า อย่างไรก็ตามผู้ดูแลของกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นสามีหรือภรรยา ลูกสาว น้องสาว ซึ่งมีอายุน้อยกว่าและมีความสามารถในการเรียนรู้และใช้สมาร์ตโฟนได้ จึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการใช้งาน (6.0 ± 0.00) มีความเข้าใจเกี่ยวกับอาการในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ความรุนแรงของอาการ วิธีการจัดการอาการ สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการอาการอาการในระบบทางเดินผ่านแอปพลิเคชันได้ รายงานความรุนแรงของอาการในระบบทางเดินอาหารผ่านแอปพลิเคชันได้ ตลอดจนส่งข้อความถึงพยาบาลผ่านแอปพลิเคชันได้ โดยพบว่า ผู้ป่วยมีการสอบถามผ่านแอปพลิเคชันในรูปแบบข้อความทั้งหมด 16 ครั้ง เป็นการถามเกี่ยวกับการประเมินและบันทึกอาการและการจัดการทั้งหมด 9 ครั้ง การประเมินอาการ 3 ครั้ง และวิธีการจัดการอาการ 4 ครั้ง การสอบถามผ่านแอปพลิเคชันในรูปแบบการโทรศัพท์ ทั้งหมด 12 ครั้ง เป็นการถามเกี่ยวกับการประเมินความรุนแรง 2 ครั้ง และวิธีการจัดการอาการ 8 ครั้ง ส่วนใหญ่เป็นการสอบถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการอาการท้องผูกและเย็บอุ้งช่องปากอักเสบ และไม่เกี่ยวกับอาการในระบบทางเดินอาหาร 2 ครั้ง ส่วนการประเมินรูปแบบการใช้งาน (5.8 ± 0.42) กลุ่มตัวอย่างชอบการใช้งานแอปพลิเคชัน การใช้งานวิธีการจัดการอาการในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดในระดับต่าง ๆ กิจกรรมการเรียนรู้ ช่องทางการติดต่อ ชอบแนวคิดที่พยาบาลติดตามอาการ ความรุนแรงอาการ และวิธีการจัดการอาการในระบบทางเดินอาหารจากผลข้างเคียงของเคมีบำบัดของผู้ป่วย และกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความต้องการแนะนำแอปพลิเคชันให้กับผู้ป่วยคน โดยรวมแล้วการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันการจัดการอาหารไปใช้อาศัยอยู่ในระดับสูง (17.5 ± 0.85) อย่างไรก็ตามมีผู้ป่วย 2 คนที่ไม่ชอบการใช้งานบันทึกความรุนแรงของอาการ จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยบอกว่า “หัวข้อที่ให้บันทึกมีเยอะเกินไป” และ “บันทึกไปแล้วแต่ไม่เห็นว่าจะช่วยอะไร” ซึ่งในส่วนนี้ทางผู้วิจัยขอเสนอแนะให้ปรับปรุงในการศึกษาครั้งต่อไป

ซึ่งจากผลลัพธ์การจัดการอาการที่กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการอาการได้และการประเมินความเป็นไปได้ของการนำแอปพลิเคชันไปใช้ อยู่ในระดับสูง แสดงว่าแอปพลิเคชันการจัดการอาการมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ สอดคล้องกับการวิจัยของ Moradian et al. (2020) เป็น Prospective study กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งต่อมไทรอยด์ที่ได้รับเคมีบำบัด จำนวน 88 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการติดตั้งแอปพลิเคชันมือถือ เพื่อให้รายงานอาการที่เกิดขึ้นหรือปรึกษาผ่านทางแอปพลิเคชันมือถือตั้งแต่วันที่ 1-14 ที่ได้รับเคมีบำบัด ทั้งหมด 6 รอบ เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์จากการศึกษาพบว่า แอปพลิเคชันมีความเป็นไปได้ในการใช้งาน ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้งาน และแนะนำให้ใช้ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำแอปพลิเคชันการจัดการอาการสำหรับผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับเคมีบำบัดไปใช้ในการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ที่ได้รับเคมีบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอาการได้และลดความรุนแรงของอาการข้างเคียงจากเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่ขึ้น หรือทำการวิจัยแบบทดลอง โดยให้มีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 2 กลุ่ม เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ใช้แอปพลิเคชันการจัดการอาการกับกลุ่มที่ใช้วิธีการให้คำแนะนำแบบอื่นเพื่อยืนยันประสิทธิภาพของแอปพลิเคชัน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านที่เกี่ยวข้องในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้ช่วยผลิตแอปพลิเคชัน ผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มตัวอย่างที่ทำงานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี

References

- Andreyev, H., Lalji, A., Mohammed, K., Muls, A., Watkins, D., Rao, S., Starling, N., Chau, I., Cruse, S., Pitkaaho, V., Matthews, J., Caley, L., Pittordou, V., Adams, C., & Wedlake, L. (2021). The FOCCUS study: A prospective evaluation of the frequency, severity and treatable causes of gastrointestinal symptoms during and after chemotherapy. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(3), 1443-1453. doi.org/10.1007/s00520-020-05610-x
- Coolbrandt, A., Wildiers, H., Laenen, A., Aertgeerts, B., Dierckx de Casterlé, B., van Achterberg, T., & Milisen, K. (2018). A nursing intervention for reducing symptom burden during chemotherapy. *Oncology Nursing Forum*, 45(1), 115-128. doi.org/10.1188/18.ONF.115-128
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., Lee, K., Miaskowski, C., Puntillo, K., Rankin, S., & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- Fishbein, J. N., Nisotel, L. E., MacDonald, J. J., Amoyal Pensak, N., Jacobs, J. M., Flanagan, C., Jethwani, K., & Greer, J. A. (2017). Mobile application to promote adherence to oral chemotherapy and symptom management: A protocol for design and development. *JMIR Research Protocols*, 6(4), e62. doi.org/10.2196/resprot.6198
- Karomprat, A., Chaichan, P., Santawesuk, U., & Sookprasert, A. (2017). Symptoms, symptom management and outcome in cancer patients undergoing chemotherapy. *Srinagarind Medical Journal*, 32(4), 326-331.
- Moradian, S., Krzyzanowska, M., Maguire, R., Kukreti, V., Amir, E., Morita, P. P., Liu, G., & Howell, D. (2020). Feasibility randomized controlled trial of remote symptom chemotherapy toxicity monitoring using the Canadian adapted advanced symptom management system (ASyMS-Can): A study protocol. *BMJ Open*, 10(6), e035648. doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035648

- Namvongprom, A., Sinuanhaeng, B., & Pakdevon, P. (2018). Educative-supportive care needs, received and satisfaction among patients with early stage cancer. *Journal of Nursing Science & Health, 41*(1), 24-33.
- National Cancer Institute. (2020). *Hospital - based cancer registry 2020*. Retrieved from https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html
- National Comprehensive Cancer Network. (2020). *NCCN guidelines for patients colon cancer*. Retrieved from <https://www.nccn.org/patients/guidelines / content/PDF/colon-patient.pdf>
- Punthmatharith, B., Thailek, T., & Wiroonpanich, W. (2021). Effects of mobile application for enhancing oral care self-efficacy on preventive behavior and occurrence of oral mucositis in school-aged children with cancer receiving chemotherapy. *Songklanagarind Journal of Nursing, 41*(1), 37-53.
- Rawla, P., Sunkara, T., & Barsouk, A. (2019). Epidemiology of colorectal cancer: Incidence, mortality, survival, and risk factors. *Przegląd Gastroenterologiczny, 14*(2), 89-103. doi.org/10.5114/pg.2018.81072
- Salazar, A., de Sola, H., Failde, I., & Moral-Munoz, J. A. (2018). Measuring the quality of mobile apps for the management of pain: Systematic search and evaluation using the mobile app rating scale. *JMIR mHealth and uHealth, 6*(10), e10718. doi.org/10.2196/10718
- Ward S, C., Leutwyler, H., Dunn, L. B., & Miaskowski, C. (2018). A review of the literature on symptom clusters in studies that included oncology patients receiving primary or adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing, 27*(3-4), 516-545. doi.org/10.1111/jocn.14057
- Warrington, L., Absolom, K., Conner, M., Kellar, I., Clayton, B., Ayres, M., & Velikova, G. (2019). Electronic systems for patients to report and manage side effects of cancer treatment: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research, 21*(1), e10875. doi.org/10.2196/10875
- World Health Organization [WHO]. (2020). *Cancer statistics*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรม การช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล ของผู้ประกอบการแนวชายฝั่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ชญญากร วิริยะ, พย.ม.^{1*} ตระกูลวงศ์ ฤๅชา, พย.ม.²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จำนวน 345 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่ง ประสิทธิภาพการพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ และพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 .78 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล จำนวน 262 คน คิดเป็นร้อยละ 75.94 มีจำนวนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุเฉลี่ย 3.29 ($SD = 2.81$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่งอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.19, SD = 0.61$) และเคยมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ 243 คน คิดเป็นร้อยละ 70.43 โดยมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.37, SD = 0.71$) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.16, p < .05$) ส่วนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .001; r = .41, p < .001$ ตามลำดับ) สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60, p < .001$) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย พบว่า ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 25.77, p < .001; F = 8.39, p < .001$ ตามลำดับ) กลุ่มผู้ประกอบการที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.41, p < .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาโปรแกรมการฝึกอบรมทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้น โดยเน้นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ การท่องเที่ยวทางทะเล แนวชายฝั่ง

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: charunyakorn@buu.ac.th

Factors Related to Self-efficacy and Tourism Marine Assisting Accidental Victims Behaviors among Coastal Entrepreneur in Mueang District, Chon Buri Province

Charunyakorn Viriya, M.N.S.^{1*}, Trakulwong Luecha, M.N.S.²

Abstract

This research aimed to identify the factors related to self-efficacy and tourism marine assisting accidental victims' behaviors among coastal entrepreneurs in Mueang district, Chon Buri province. Three hundred and forty-five coastal entrepreneurs were recruited using a multi-stage random sampling technique. Research instruments included questionnaires to gather data for demographic information, self-efficacy, the experience of seeing accident victims, and tourism marine assisting accidental victims' behaviors. The Cronbach's alpha coefficients were .86, .78, and .93, respectively. Descriptive statistics, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, and One-Way ANOVA were used to analyze data.

The results revealed that 262 participants (75.94%) had experienced witnessing marine tourism accidents, and the average number of experiences of seeing accident victims was 3.29 ($SD = 2.81$). The coastal entrepreneurs' self-efficacy was low ($M = 1.19$, $SD = 0.61$). Furthermore, 243 participants (70.43 %) had low level of tourism marine assisting accidental victims' behaviors ($M = 1.37$, $SD = 0.71$). For correlation analysis, age had a low level of positive correlation with statistically significant self-efficacy ($r = .22$, $p < .001$) and a low level of negative correlation with statistically significant tourism marine assisting accidental victims' behaviors ($r = -.16$, $p < .05$). The experience of seeing accident victims had a medium level positive correlation with statistically significant self-efficacy and tourism marine assisting accidental victims' behaviors ($r = .47$, $p < .001$; $r = .41$, $p < .001$; $r = .60$, $p < .001$). Self-efficacy had a medium level positive correlation with statistically significant tourism marine assisting accidental victims' behaviors ($r = .60$, $p < .001$). Following the comparison of means, different educational levels had statistically different means for self-efficacy and tourism marine assisting accidental victims' behaviors ($F = 25.77$, $p < .001$; $F = 8.39$, $p < .001$, respectively). The different groups of entrepreneurs had statistically different means of self-efficacy ($F = 4.41$, $p < .05$). The findings suggest that the nurses and other health care providers can develop training programs to enhance the first aid skills of the coastal entrepreneurs by focusing on self-efficacy.

Key words: Self-efficacy, assisting accidental victims' behaviors, marine tourism, coastal

¹ Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

² Lecturer, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: charunyakorn@buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

การท่องเที่ยวเป็นกิจกรรมนันทนาการ ที่ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดส่งผลดีทั้งทางสุขภาพกายและใจ การท่องเที่ยวยังมีบทบาทช่วยกระตุ้นเศรษฐกิจให้มีการนำเอาทรัพยากรของประเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ นักท่องเที่ยวช่วยสร้างรายได้ให้กับคนในท้องถิ่นและชุมชน (Wannathanom, 2009) ปัจจุบันอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเป็นอุตสาหกรรมที่ทำรายได้เข้ามาสู่ประเทศเป็นจำนวนมากในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีรายได้จากการท่องเที่ยวรวม 3.01 ล้านล้านบาท (Tourism Authority of Thailand, 2019)

อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวทางทะเลไทยเป็นอุตสาหกรรมที่มีส่วนแบ่งทางตลาดสูงเนื่องจากประเทศไทยมีอาณาเขตทางทะเล (Maritime zone) ตามอนุสัญญาสหประชาชาติว่าด้วยกฎหมายทะเล พ.ศ. 2525 กว่า 350,000 ตารางกิโลเมตร ซึ่งมากกว่า 2 ใน 3 ของอาณาเขตทางบกที่มีอยู่ประมาณ 513,000 ตารางกิโลเมตร โดยมีความยาวชายฝั่งทะเลทั้งฝั่งอ่าวไทย และฝั่งอันดามันรวมถึงช่องแคบมะละกาตอนเหนือ รวมความยาวชายฝั่งทะเลในประเทศไทยทั้งสิ้นกว่า 2,815 กิโลเมตร ครอบคลุมจำนวน 23 จังหวัด (Department of Marine and Coastal Resources, 2017) นอกจากความสวยงามของทรัพยากรธรรมชาติทางทะเลที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวแล้ว กิจกรรมการท่องเที่ยวทางทะเลยังสามารถดึงดูดความสนใจของนักท่องเที่ยวให้มาทำกิจกรรมทางทะเล เช่น กิจกรรมดำน้ำดูปะการัง กิจกรรมพักผ่อนและการชมทิวทัศน์ชายหาด การชมหมู่บ้านชาวประมงและชาวเล กิจกรรมการเล่นเรือ การเล่นกีฬาทางน้ำ การตกปลา เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมทางทะเลเหล่านี้นอกจากจะก่อให้เกิดความเพลิดเพลินสนุกสนานกับนักท่องเที่ยวแล้วยังอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากกิจกรรมดังกล่าวได้อีกด้วย จากสถิติอุบัติเหตุทางทะเลและพื้นที่ชายฝั่งพบว่า ในปี พ.ศ. 2558-2562 จำนวนครั้งที่เกิดอุบัติเหตุทางทะเลและบริเวณพื้นที่เทียบชายฝั่งที่ได้รับรายงานจำนวนทั้งสิ้น 129 ครั้ง ประกอบไปด้วยจำนวนผู้เสียชีวิต 124 คน จำนวนผู้สูญหาย 30 คน และจำนวนผู้บาดเจ็บ 303 คน (National Institute of Emergency Medicine, 2019) ทั้งนี้ยังไม่รวมกรณีการบาดเจ็บที่อาจไม่ได้รายงานอีกจำนวนหนึ่ง

จังหวัดชลบุรี มีเนื้อที่ประมาณ 4,363 ตารางกิโลเมตร ตั้งอยู่บนพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกของประเทศไทย มีชายฝั่งทะเลที่เว้าโค้งเป็นหน้าผาหิน หาดทราย ป่าชายเลน รวมความยาวถึง 160 กิโลเมตร (Tourism Authority of Thailand, 2019) สถานที่ท่องเที่ยวทางชายฝั่งทะเลจังหวัดชลบุรีส่วนใหญ่เป็นแบบหาดชายทะเล ได้แก่ ชายหาดบางแสน ชายหาดพัทยา เกาะสีชัง เกาะล้าน เกาะขามใหญ่ ชายหาดบางเสร่ ชายหาดเตยงาม ชายหาดจอมเทียน และเกาะคางคาว นักท่องเที่ยวนิยมมาท่องเที่ยวพักผ่อนเป็นจำนวนมาก นอกจากการท่องเที่ยวชมทิวทัศน์ที่สวยงามของทะเลแล้วกิจกรรมทางทะเลที่มีความหลากหลายและดึงดูดนักท่องเที่ยว เช่น การดำน้ำ การเล่นเรือ การละเล่นเครื่องเล่นทางทะเล และกีฬาทางน้ำ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดอุบัติเหตุได้หลายประการ

อุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลพบได้หลายลักษณะ ได้แก่ การจมน้ำ การถูกของมีคมในทะเลบาด การสัมผัสกับสัตว์ทะเลมีพิษ เช่น แมงกะพรุนไฟ ปลาตุ๊กทะเล หอยเต้าปูน เม่นทะเล แรงกระแทกจากการเล่นเครื่องเล่นทางทะเล เช่น การเล่นเรือกล้วย สก๊อตเตอร์ เรือใบ เป็นต้น อุบัติเหตุเหล่านี้ก่อให้เกิดบาดเจ็บแผลฉีกขาด ฟกช้ำ กระดูกหัก และเสียชีวิตได้ จากรายงานสถิติจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากการท่องเที่ยวทางทะเลของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ในปี พ.ศ. 2555-2563 มีจำนวนผู้ได้รับบาดเจ็บจากกิจกรรมการท่องเที่ยวทางทะเล ได้แก่ การสัมผัสกับสัตว์ทะเลมีพิษ ถูกของมีคมในทะเลบาด การบาดเจ็บจากกีฬาหรือการเล่นทางน้ำ และการจมน้ำทะเล มีจำนวนทั้งสิ้น 943 ราย (Burapha University Hospital, 2020) อุบัติเหตุดังกล่าวหากไม่ได้รับการช่วยเหลือเบื้องต้น หรือได้รับการช่วยเหลือที่ไม่ถูกวิธีย่อมนำมาซึ่งอันตรายที่รุนแรง การเจ็บปวดทุกข์ทรมาน ความพิการ หรือการสูญเสียชีวิต ซึ่งเหตุการณ์ดังกล่าวสามารถบรรเทาความรุนแรงได้ ถ้าผู้ที่พบเห็นเหตุการณ์เหล่านี้ได้มีการช่วยเหลือเบื้องต้นกับผู้ประสบอุบัติเหตุอย่างถูกวิธีและนำส่งโรงพยาบาลอย่างรวดเร็ว ผู้ที่จะพบเห็นเหตุการณ์และให้การช่วยเหลือเบื้องต้นนั้นมิใช่พยาบาลหรืออาสาสมัคร แต่เป็นผู้ที่พบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุเป็นคนแรกโดยทั่วไปพื้นที่บริเวณแนวชายฝั่งทะเลจะมีกลุ่มผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่งอยู่เป็นจำนวนมาก ซึ่งบุคคลเหล่านี้เป็นบุคคลที่จะได้พบเห็นเหตุการณ์เป็นบุคคลแรก หากสามารถ

ช่วยเหลือเบื้องต้นได้ถูกวิธีก็จะช่วยลดอัตราการสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินกับผู้ประสบอุบัติเหตุได้ จากรายงานการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าภายในระยะเวลา 2-3 ชั่วโมงแรกหลังการบาดเจ็บ หากผู้บาดเจ็บรุนแรงได้รับการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม รวดเร็วและทันเวลา ประมาณหนึ่งในสามหรือประมาณร้อยละ 35 อาจรอดชีวิต และประมาณร้อยละ 60 ของผู้บาดเจ็บรุนแรงที่มาถึงและเสียชีวิตในโรงพยาบาลเกิดจากช่วงเวลาดังกล่าว ดังนั้นการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในช่วงแรกของการเกิดอุบัติเหตุเป็นช่วงที่สำคัญและจำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิต ไม่มีหรือมีความพิการและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาน้อยที่สุด (Sennunt, Tosingha, & Sindhu, 2008)

ผู้ประกอบการแนวชายฝั่ง อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ส่วนใหญ่เป็นประชาชนที่ประกอบอาชีพกิจการการท่องเที่ยว อาจจำแนกตามลักษณะในการศึกษานี้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ประกอบการให้เช่าห่วงยางและเก้าอี้ผ้าใบริมชายหาด ผู้ประกอบการเรือกล้วย (Banana boat) และผู้ประกอบการเรือสปีดเตอร์ กลุ่มที่ 2 ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารและของที่ระลึกริมถนนตลอดแนวชายฝั่ง กลุ่มที่ 3 ผู้ประกอบการนวดแผนไทยในที่สาธารณะชายหาด และผู้ประกอบการหาบเร่ขายสินค้าแนวชายฝั่ง บุคคลเหล่านี้มักเป็นกลุ่มที่ใกล้ชิดและพบเห็นอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับนักท่องเที่ยวก่อนบุคคลอื่น จึงเป็นบุคคลที่ควรมีความรู้และศักยภาพในการช่วยเหลือนักท่องเที่ยวจากอุบัติเหตุได้เป็นอย่างดี อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่มีการศึกษาวิจัยหรือรายงานเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวไว้ จึงเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล การที่ผู้ประกอบการแนวชายฝั่งจะมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุได้ขึ้นอยู่กับความรู้สมรรถนะแห่งตนในการคิดพิจารณาและตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมตามที่ Bandura (1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะหรือความสามารถแห่งตน มีผลต่อการกระทำของบุคคลนั้น คือ ถ้าบุคคลมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถก็จะแสดงออกถึงความสามารถนั้นออกมา นอกจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจะมีผลต่อการกระทำของบุคคล ยังพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา การมีประสบการณ์หรือการเห็นตัวอย่าง การมีประสบการณ์ปฏิบัติก็จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม (Jantarapimol, 2007; Punlamai, 2007) และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในพฤติกรรมนั้นต่อไป การศึกษาพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวในกลุ่มผู้ประกอบการแนวชายฝั่งทะเล จึงเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวของกลุ่มผู้ประกอบการแนวชายฝั่ง ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลของผู้ประกอบการแนวชายฝั่งในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี จึงเป็นการศึกษาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล ตลอดจนการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผู้มีอายุ อาชีพ และระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีการศึกษาเพียงพอที่จะนำไปสู่ข้อสรุปที่มั่นใจได้เกี่ยวกับความรู้สมรรถนะแห่งตนที่จะนำไปสู่พฤติกรรมในการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การศึกษาพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยว ในกลุ่มผู้ประกอบการแนวชายฝั่งทะเล ซึ่งจะเป็นข้อจำกัดในการพัฒนาพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวของกลุ่มผู้ประกอบการแนวชายฝั่ง ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่ง ในการช่วยเหลือเบื้องต้นกับนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล เพื่อช่วยลดความรุนแรงและการสูญเสียจากอุบัติเหตุ ทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สินที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

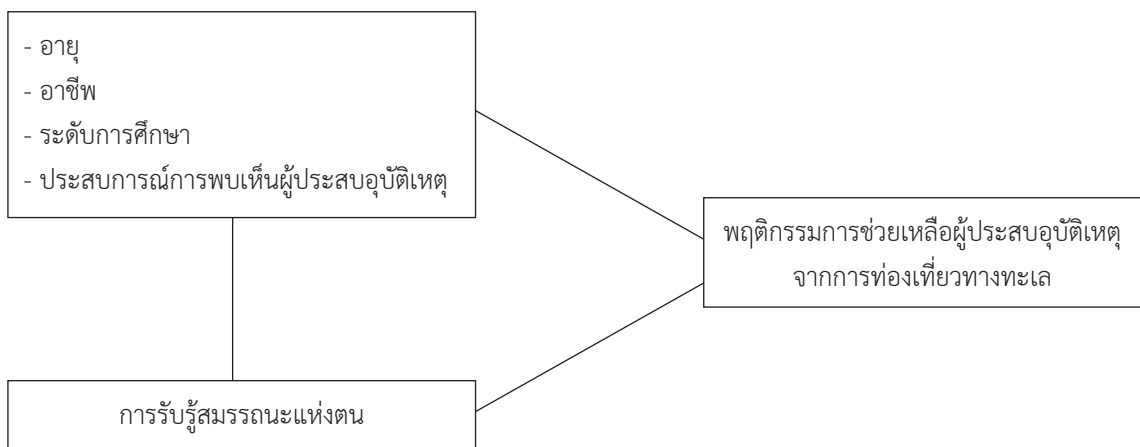
1. เพื่อศึกษาประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล ของผู้ประกอบการแนวชายฝั่ง
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

และพฤติกรรมกรช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล

3. เพื่อศึกษาความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมกรช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล ระหว่างระดับการศึกษา และกลุ่มผู้ประกอบการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่อธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยพื้นฐานที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมของบุคคล เนื่องจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา มีความเชื่อว่ากระบวนการทางความคิดเป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการแสดงพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องซึ่งกันและกันระหว่างปัจจัยสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เจอเนอไซเชิงพฤติกรรม และเจอเนอไซเชิงสภาวะแวดล้อม มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาพฤติกรรมกรช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล โดยคัดสรรปัจจัย อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมกรช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล และการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มปัจจัยที่ต่างกัน ดังกรอบแนวคิดการวิจัยตามภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบวิจัยเชิงสำรวจ มีวิธีการดำเนินการ ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ประกอบการแนวชายฝั่งทะเล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ตั้งแต่บริเวณหาดวอนนภาจนกระทั่งแหลมแท่น ซึ่งมีจำนวนผู้ประกอบการตามที่ตั้งทะเบียนกับเทศบาลเมืองแสนสุข ได้แก่ ผู้ประกอบการแผงลอยอาหารชายหาด ประกอบการจำหน่ายสินค้าริมทางเดินแนวหินแกรนิต (หาบเร่) ผู้ประกอบการเร่ขายสินค้าในที่หรือทางสาธารณะ ผู้ประกอบการล้อเลื่อน ผู้ประกอบการไถ่อย่าง ผู้ประกอบการเก้าอี้ผ้าใบ ผู้ประกอบการห่มยาง ผู้ประกอบการเรือสกีเตอร์ บริการนวดแผนไทยในที่สาธารณะชายหาด รวมผู้ประกอบการชายหาด จำนวนทั้งสิ้น 1,873 คน (Saen Suk Town Municipality, 2016)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ได้แก่ หาดวอนนภาหาดบางแสน แหลมแท่น และอ่างศิลา ทำการสุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกจากรายชื่อผู้ประกอบการจากทะเบียน

ผู้ประกอบการของเทศบาลเมืองแสนสุข ซึ่งคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงสำรวจตามสูตรของ Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 330 คน และผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Lanmeshow & Lwanga, 1990) ในกรณีไม่ได้รับแบบสอบถามคืนและแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ไม่น้อยกว่า 396 คน มีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. เป็นผู้ประกอบกิจการแนวชายฝั่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี ไม่น้อยกว่า 3 เดือน
2. มีสัญชาติไทยหรือสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

1. ทำการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยคำนวณสัดส่วนผู้ประกอบการได้ดังนี้ แผงลอยอาหารชายหาด 33 ราย หาบเร่แนวหินแกรนิต 79 ราย เร่ขายสินค้าทางสาธารณะ 13 ราย ผู้ประกอบการล้อเลื่อน 113 ราย ผู้ประกอบการไถ่อย่าง 25 ราย แก้วผ้าใบ 30 ราย ท่วงยาง 60 ราย เรือสกีเตอร์ 31 ราย และบริการนวดแผนไทย ในที่สาธารณะ 12 ราย รวมทั้งสิ้น 396 คน

2. ทำการศึกษากลุ่มตัวอย่าง (Cluster random sampling) แบ่งกลุ่มพื้นที่ชายหาดเป็นบริเวณต่าง ๆ ในแต่ละพื้นที่ เก็บข้อมูลผู้ประกอบการจำนวนครึ่งหนึ่งของแต่ละกลุ่มอาชีพ โดยการจับฉลากเก็บจากผู้ที่มาประกอบอาชีพในวันที่เก็บข้อมูลในแต่ละพื้นที่ จนครบจำนวนของแต่ละกลุ่มในแต่ละพื้นที่นั้น

3. ทำการศึกษาผู้ประกอบการตามกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเติมข้อความลงในช่องว่าง และแบบเลือกตอบ

ตอนที่ 2 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่ง ได้แก่ สมรรถนะในการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การประเมินสถานการณ์ การติดต่อประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ ข้อคำถามรวมทั้งสิ้น 24 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ (3-0) ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะ มาก ปานกลาง น้อย และไม่มีความสามารถ ตามลำดับการแปลผล คะแนนมากหมายถึง มีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถมาก

ตอนที่ 3 ประสิทธิภาพการพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ ได้แก่ จำนวนประสบการณ์เคยพบผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลในลักษณะ 11 อย่าง ที่เกี่ยวกับอุบัติเหตุจากกิจกรรมและการเล่นทางทะเล การสัมผัสสัตว์ทะเล มีพิษและไม่มีพิษ การสัมผัสของมีคมในทะเล แบบสอบถามลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) เคย (1) ไม่เคย (0) การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง เคยมีประสบการณ์พบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุมาก

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล ได้แก่ การกระทำในองค์ประกอบของการช่วยเหลือ ได้แก่ การปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้ที่จมน้ำ การสัมผัสสัตว์ทะเลมีพิษและไม่มีพิษ การบรรเทาอาการเจ็บปวด และปฐมพยาบาลผู้ที่มีบาดแผลฉีกขาด แบบสอบถามลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ทั้งสิ้น 11 ข้อ ซึ่งประเมินเฉพาะผู้ที่มีประสบการณ์พบเห็นอุบัติเหตุเท่านั้น วัดด้วยแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย การแปลผลคะแนน คะแนนมาก หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการช่วยเหลือเป็นประจำ

คุณภาพเครื่องมือการวิจัย

ผู้วิจัยนำเครื่องมือการวิจัยที่สร้างขึ้น ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบโครงสร้าง ความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความเป็นปรนัย ตลอดจนลำดับของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านการทำงานเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านงานอุบัติเหตุและศัลยกรรม

และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ของแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ .83 และพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ เท่ากับ .78 หลังจากปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินไปทดลองใช้กับผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่ง จำนวน 30 คน โดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ .86 และพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา หมายเลขการรับรองที่ 110/2559 คณะผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยคำนึงถึงความเคารพในส่วนบุคคล โดยการขอความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ด้วยการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา ข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการทำวิจัยถือเป็นความลับโดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวมและจะทำลายข้อมูลหลังจากเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้วอย่างน้อย 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยนักวิจัยและผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นนิสิตพยาบาล 5 คน ที่ผ่านการอบรมซักซ้อมความเข้าใจแล้ว โดยผู้วิจัยขอหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ถึงนายกเทศบาลตำบลแสนสุข ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่งทะเล ตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างด้วยการแจกแบบสอบถามคนละ 1 ชุด ให้กลุ่มตัวอย่างตอบอย่างอิสระด้วยตนเอง (Self administration) เมื่อตอบเสร็จแล้วบรรจุคำตอบในซองที่นักวิจัยแจกให้ปิดผนึก ซึ่งได้นัดหมายวันเวลาในการส่งแบบสอบถามคืนหลังจากนั้น 1 วัน และผู้วิจัยมารับแบบสอบถามคืนด้วยตนเองตามบริเวณพื้นที่ ๆ นัดหมาย ได้รับแบบสอบถามคืนมาทั้งหมด 345 ราย จาก 396 ราย คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 87.12 ซึ่งเพียงพอในการวิเคราะห์ข้อมูลตามที่ได้คำนวณไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์ วิเคราะห์ค่าสถิติต่าง ๆ โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ซึ่งได้ทำการทดสอบเงื่อนไขของสถิติ โดยการทดสอบการกระจายเป็นโค้งปกติตามวิธีการ Fisher's skewness coefficient และ Fisher's kurtosis coefficient พบว่ามีการกระจายเป็นโค้งปกติทุกตัวแปร ค่าสัมประสิทธิ์ skewness หรือ kurtosis อยู่ไม่เกิน ± 1.96

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมความช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุระหว่างระดับการศึกษา และกลุ่มผู้ประกอบการ ด้วยสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One Way ANOVA) โดยได้ทำการทดสอบเงื่อนไขของสถิติโดยการทดสอบการกระจายและความแปรปรวนในแต่ละกลุ่มพบว่าเป็นไปตามเงื่อนไขของสถิติ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 345 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.8 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 61.6 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.6 และเมื่อแบ่งผู้ประกอบการตามลักษณะกิจกรรมที่อยู่ใกล้แนวชายหาดมากน้อยตามลำดับ สามารถแบ่งกลุ่มผู้ประกอบการ

ออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มใกล้แนวชายฝั่ง (ได้แก่ ผู้ประกอบการห้วงยาง ผู้ประกอบการเก้าอี้ผ้าใบ ผู้ประกอบการเรือสกีตอเตอร์) กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ประกอบการริมทางเดินแนวหินแกรนิต (ได้แก่ ผู้ประกอบการขายไถ่ย่าง ผู้ประกอบการล้อเลื่อน ผู้ประกอบการแผงลอยอาหารชายหาด ผู้ประกอบการจำหน่ายสินค้าริมทางเดินแนวหินแกรนิต) และกลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้ประกอบการทาบแร่ (ได้แก่ บริการนวดแผนไทยในที่สาธารณะชายหาด ผู้ประกอบการเช่าขายสินค้าในที่หรือทางเดินสาธารณะ) พบว่า ผู้ประกอบการที่มีจำนวนมากที่สุด คือ กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้ประกอบการริมทางเดินแนวหินแกรนิต ร้อยละ 55.2

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีประสบการณ์พบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลเพียง 262 คน คิดเป็นร้อยละ 75.94 มีจำนวนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุเฉลี่ย 3.29 ($SD = 2.81$) จากจำนวนประเภทอุบัติเหตุทั้งสิ้น 11 รายการ มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่งอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.19, SD = 0.61$) และเคยมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ 243 คน คิดเป็นร้อยละ 70.43 โดยมีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุอยู่ในระดับน้อย ($M = 1.37, SD = 0.71$) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด-สูงสุดของจำนวนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ

ตัวแปร	n	Mean	SD	Min	Max	ระดับ
จำนวนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ	345	3.29	2.81	0	11	-
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	345	1.19	0.61	0	3	น้อย
พฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ	243	1.37	0.71	1	3	น้อย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, p < .001$) และมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยกับพฤติกรรมการช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.16, p < .05$) ส่วนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .47, p < .001; r = .41, p < .001$ ตามลำดับ) สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการช่วยเหลืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .60, p < .001$) ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n=345)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์ (r)
อายุ	.22***
จำนวนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ	.47***

*** $p < .001$

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กับพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ (n=243)

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์ (r)
อายุ	-0.16*
จำนวนประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ	0.41***
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	0.60***

* $p < .05$, *** $p < .001$

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ จากการท่องเที่ยวทางทะเล ระหว่างระดับการศึกษา และกลุ่มผู้ประกอบการ ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

3.1 ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และพฤติกรรมการช่วยเหลือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 25.77, p < .001$; $F = 8.39, p < .001$ ตามลำดับ) ซึ่งเมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า กลุ่มผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่ำกว่ากลุ่มผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา และผู้จบระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และกลุ่มผู้ประกอบการที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 4.41, p < .05$) ซึ่งเมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า กลุ่มใกล้แนวชายฝั่ง มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มผู้ประกอบการริมทางเดินแนวหินแกรนิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนระหว่างระดับการศึกษา และกลุ่มผู้ประกอบการ (n=345)

ระดับการศึกษา	n	M	SD	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3
1 ไม่ได้เรียน/ระดับประถมศึกษา	193	0.99	0.56	-	-0.44*	-0.46*
2 ระดับมัธยมศึกษา	109	1.43	0.57	-	-	-0.02
3 ระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี	43	1.45	0.64	-	-	-
(F = 25.77, p < .001)						
กลุ่มผู้ประกอบการ	n	M	SD	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3
1 กลุ่มใกล้แนวชายฝั่ง	99	1.33	0.63	-	0.22*	0.15
2 ริมทางเดินแนวหินแกรนิต	190	1.11	0.60	-	-	-0.08
3 ทาบเร่	56	1.19	0.60	-	-	-
(F = 4.41, p < .05)						

3.2 ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการช่วยเหลือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 8.39, p < .001$) ซึ่งเมื่อทดสอบรายคู่ด้วยวิธี LSD พบว่า กลุ่มผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการช่วยเหลือต่ำกว่าผู้ที่เรียนระดับมัธยมศึกษา และระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี และกลุ่มผู้ประกอบการที่แตกต่างกันจะมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการช่วยเหลือไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ($F = 2.57, p = .08$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุระหว่าง ระดับการศึกษา และกลุ่มผู้ประกอบการ (n=243)

ระดับการศึกษา	n	M	SD	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3
1 ไม่ได้เรียน/ระดับประถมศึกษา	132	1.24	0.69	-	-0.34*	-0.40*
2 ระดับมัธยมศึกษา	79	1.57	0.65	-	-	-0.07
3 ระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี	32	1.64	0.70	-	-	-
(F = 8.39, p < .001)						
กลุ่มผู้ประกอบการ	n	M	SD	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3
1 กลุ่มใกล้แนวชายฝั่ง	66	1.56	0.66	-	0.22	0.25
2 ริมทางเดินแนวหินแกรนิต	138	1.35	0.70	-	-	0.03
3 ทาบแร่	39	1.31	0.74	-	-	-
(F = 2.57, p = .08)						

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีประเด็นสำคัญที่นำมาอภิปรายผล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์

อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับน้อยกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ทั้งนี้เนื่องจากอายุเป็นตัวแปรหนึ่งที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะของบุคคลในด้านต่าง ๆ การที่ผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่หรือมีอายุมากแล้ว ย่อมมีวุฒิภาวะความพร้อมทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา และย่อมมีประสบการณ์ในการพบเห็นอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลมากกว่าคนที่มีอายุน้อย จึงทำให้เกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่า ดังนั้นผู้ประกอบการตามแนวชายฝั่งที่มีอายุมากกว่าจึงมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลมากกว่าคนที่มีอายุน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์ธรรม อินทรีเกิด, วิชาสลักษณ์ ชวัลลี และอรพินทร์ ชูชม (Inteekred, Chuawanlee, & Choochom, 2010) พบว่า ในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยที่มีอายุมาก มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำงานและสามารถร่วมกันอธิบายประสิทธิภาพการทำงานได้ร้อยละ 27 ในขณะที่กลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยที่มีอายุน้อย มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำงาน เจตคติต่อการทำงานและประสิทธิภาพในการทำงานเพียงร้อยละ 19

ประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้ประกอบการแนวชายฝั่งที่มีประสบการณ์มากจะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุมากตามไปด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากประสบการณ์ในการพบเจออุบัติเหตุมากทำให้เกิดความมั่นใจในการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล ดังแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเองบุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ สอดคล้องกับแนวคิดของ ดิวอี้ (Dewey, 1938) กล่าวว่า ประสบการณ์เดิมของบุคคลจะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ต่อสิ่งที่รับรู้เข้ามาใหม่ได้ดีและรวดเร็วจะมีผลในการช่วยปรับปรุงพฤติกรรมที่จะตามมา และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์, สิมศิริวัฒน์ สุวรรณ จันท์ประเสริฐ และนิสากร กรุงไกรเพชร (Simsiriwat, Junprasert, & Krungkraipetch, 2017) พบว่า การเรียนรู้ประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบล ทำให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนจึงมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของตนเช่นเดียวกับการศึกษาของ โสพิศ สุมานิต, เรณู พุกบุญมี, เสริมศรี สันตติ และศรีสมร

ภูมณสกุล (Sumanit et al., 2011) พบว่า ประสบการณ์และการลงมือปฏิบัติจริงเพื่อฝึกฝนพฤติกรรมที่พึงประสงค์ส่งผลให้เกิดการรับรู้สมรรถนะในพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของบุคคลนั้น

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับน้อยกับพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ กล่าวคือ ผู้ประกอบการที่มีอายุน้อยมีพฤติกรรมในการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลมากกว่าคนที่อายุมาก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีอายุน้อยมีความกล้าในการตัดสินใจเข้าช่วยเหลือ และกล้าที่จะแสดงพฤติกรรมการช่วยเหลือเมื่อนักท่องเที่ยวประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลอย่างไม่ลังเล โดยเล็งเห็นประโยชน์ของการช่วยเหลือมากกว่าคนที่อายุมาก ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษา นิลวรรณ ทรัพย์พรรณราย, กมล โพธิเย็น และนงนุช วงศ์สว่าง (Suppanaray, Phoyen, & Wongsawang, 2017) พบว่า อายุของอาสาสมัครฉุกเฉินที่ต่างกันจะมีการปฏิบัติการณ์ฉุกเฉินไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากอาสาสมัครที่สังกัดมูลนิธิ และ อบต. ผ่านการอบรมหลักสูตรเดียวกันมีการตรวจสอบคุณภาพเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงทำให้ทีมปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน

ประสบการณ์การพบเห็นผู้ประสบเหตุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุ พบว่าผู้ประกอบการที่มีประสบการณ์ มีผลให้เกิดความรู้และแสดงออกมาทางพฤติกรรมการช่วยเหลือมากตามไปด้วย สอดคล้องกับงานวิจัย กนกพจน์ สิงห์เมธากุล (Singmethakul, 2007) พบว่าประสบการณ์ในการทำงานหรือการพบเห็นผู้ประสบอุบัติเหตุของอาสาสมัครหน่วยกู้ภัยมูลนิธิอโศกที่ตั้งที่มีประสบการณ์ในการทำงานต่างกันทำให้พฤติกรรมในการทำงานให้ได้ประสิทธิภาพต่างกัน อาสาสมัครฯ ที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากจะสามารถแสดงพฤติกรรมในการช่วยเหลือและแสดงศักยภาพในการทำงานได้มากกว่าอาสาสมัครที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อยกว่า

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุเนื่องจากผู้ประกอบการที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากจะเชื่อมั่นว่าตนเองปฏิบัติได้จึงปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) กล่าวว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยอ้อมส่งผลต่อความมั่นใจต่อพฤติกรรมสุขภาพ และจะมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของภาสิต ศิริเทศ และณพวิทย์ ธรรมสีหา (Sirited & Thammaseeha, 2019) พบว่า ผู้มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ก็จะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม และการศึกษาของธวัช วิเชียรประภา, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (Wichianprapha, Homsin, & Srisuriyawet, 2012) พบว่า การรับรู้ความสามารถแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดจันทบุรี

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย

ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มไม่ได้เรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนน้อยกว่ากลุ่มที่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี และกลุ่มมัธยมศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากการที่ผู้ประกอบการแนวชายฝั่งที่ได้รับการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี หรือมัธยมศึกษา มีโอกาสที่จะได้รับข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล อีกทั้งยังสามารถแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลายทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลมากและมีผลต่อการตัดสินใจ ส่งผลให้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรธรรม อินทรีเกิด, วิลาสลักษณ์ ชั่ววัลลี และอรพินทร์ ชูชม (Inteekred et al., 2010) พบว่า ในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยที่มีระดับการศึกษาต่ำ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการทำงานน้อยกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง และสามารถร่วมกันอธิบายประสิทธิภาพการทำงานได้น้อยกว่าในกลุ่มอาสาสมัครกู้ภัยที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า

กลุ่มผู้ประกอบการที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนแตกต่างกัน โดยพบว่า กลุ่มใกล้แนวชายฝั่งมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมากกว่ากลุ่มผู้ประกอบการริมทางเดินแนวหินแกรนิต ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มผู้ประกอบการที่ใกล้แนวชายฝั่งทะเลมากที่สุดจะมีโอกาสได้พบเจอเหตุการณ์นักท่องเที่ยวประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล

ได้อย่างใกล้ชิด และเป็นกลุ่มแรกที่จะเข้าไปช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วและทันท่วงที เนื่องจากอยู่บริเวณจุดที่สามารถเข้าถึงนักท่องเที่ยวได้อย่างสะดวกและรวดเร็วกว่ากลุ่มผู้ประกอบการริมทางเดินแนวหินแกรนิตซึ่งอยู่ในจุดที่ห่างไกลจากแนวชายฝั่ง การพบเจอหรือมีโอกาสนในการช่วยเหลือนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล จึงน้อยกว่าและกระทำได้น้อยกว่า

ระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการช่วยเหลือแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มผู้ไม่ได้เรียนหนังสือ/ระดับประถมศึกษา มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการช่วยเหลือต่ำกว่าผู้ที่เรียนระดับมัธยมศึกษา และระดับอนุปริญญา/ปริญญาตรี ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับการศึกษาจะทำให้มีโอกาสที่ได้รับข้อมูลและความรู้ที่ถูกต้อง สามารถแสวงหาและเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลาย ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลมากและมีผลต่อการตัดสินใจและแสดงพฤติกรรมการช่วยเหลือได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพจน์ สิงห์เมธากุล (Singmethakul, 2007) พบว่า อาสาสมัครหน่วยกู้ภัยมูลนิธิป่อเต็กตึ๊งที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน ทำให้ประสิทธิภาพการแสดงพฤติกรรมในการช่วยเหลือปฐมพยาบาล ณ จุดเกิดเหตุก่อนมาถึงโรงพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนมีผลทำให้ผู้ประกอบการแนวชายฝั่งมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ส่งผลให้มีพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุมากขึ้น จึงเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพในการพิจารณาจัดรูปแบบการฝึกอบรมหรือกิจกรรมการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมไปใช้ในการจัดกิจกรรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในกลุ่มผู้ประกอบการแนวชายฝั่งด้วยแผนการจัดกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ประกอบการมีส่วนร่วม มีสื่อ อุปกรณ์ การสาธิตย้อนกลับในการทำกิจกรรมและมีระยะเวลาในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมและกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน
2. ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำข้อมูลไปใช้ในการพิจารณาจัดการอบรมให้ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นกับกลุ่มผู้ประกอบการแนวชายฝั่ง รวมถึงส่งเสริมผู้ประกอบการที่มีความรู้ทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้สามารถเป็นแกนนำเพื่อเพิ่มการรับรู้สมรรถนะของตนเองทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองที่จะสามารถปฏิบัติการช่วยเหลือ หรือปฐมพยาบาลเบื้องต้นให้กับนักท่องเที่ยวที่เกิดอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเล มีการจัดทำคู่มือการปฏิบัติเพื่อเป็นแนวทางในการให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพรวมทั้งการจัดสรรทรัพยากรที่เพียงพอ ด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล เป็นต้น
3. การถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่างกลุ่มผู้ประกอบการที่มีความรู้และประสบการณ์ในการปฐมพยาบาล ที่ถูกต้องในการปฏิบัติการช่วยเหลือนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุทางทะเล ให้ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ที่มีอยู่ในตนเอง ให้กับกลุ่มผู้ประกอบการที่ไม่มีประสบการณ์ ในลักษณะการตอบคำถามในการสัมภาษณ์หรือการบรรยายในระหว่างการฝึกอบรม เพื่อเพิ่มความมั่นใจในตนเองและส่งเสริมให้ผู้ประกอบการที่ด้อยประสบการณ์กล้าที่จะแสดงพฤติกรรมการช่วยเหลือนักท่องเที่ยวที่ประสบอุบัติเหตุจากการท่องเที่ยวทางทะเลมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาต่อยอดโดยการใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่สนับสนุนให้ผู้ประกอบการแนวชายฝั่ง และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องร่วมกันกำหนดปัญหาและความต้องการสู่การออกแบบโครงการ/กิจกรรม เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ประกอบการแนวชายฝั่งที่ส่งเสริมพฤติกรรมจิตอาสาความ ภาคภูมิใจในตนเอง และต่อยอดการดำเนินงานให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการศึกษารายตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการช่วยเหลือ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพการรับรู้สิ่งสนับสนุนในชุมชน และการสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

3. ควรมีการศึกษาด้วยการใช้สถิติขั้นสูงเพื่อศึกษาอิทธิพลของตัวแปร ที่จะนำไปสู่ความชัดเจนถึงสาเหตุของพฤติกรรมได้ดียิ่งขึ้น

4. ควรมีการทำวิจัยในกลุ่มผู้ประกอบการประเภทอื่น ๆ รวมถึงกลุ่มบุคคลทั่วไปที่นอกเหนือจากกลุ่มผู้ประกอบการแนวชายฝั่งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและสามารถจัดการะทำการพัฒนาพฤติกรรมการช่วยเหลือผู้ประสบอุบัติเหตุในรูปแบบต่าง ๆ ได้ตรงกับกลุ่มบุคคลมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัย ขอขอบคุณรองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ ที่ปรึกษางานวิจัยคอยให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างและเทศบาลเมืองแสนสุขทุกท่านที่ให้ความร่วมมือและเอื้ออำนวยในการทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Burapha University Hospital. (2020). *Tourism marine accidental data in Burapha University hospital*. Chon Buri: Medical Record Audit Burapha University Hospital. (in Thai)
- Department of Marine and Coastal Resources. (2017). *Maritime zone*. Retrieved from https://km.dmcr.go.th/c_54/d_88 (in Thai)
- Dewey, J. (1938). *Experience and education*. New York: Macmillan.
- Inteekred, J., Chuawanlee, W., & Choochom, O. (2010). The relations of psychological charecteristics social situation and work efficiency of rescue volunteers from Ruamkatanyu Foundation in Bangkok. *Journal of Behavioral Science for Development, 2*(1), 55-64. (in Thai)
- Jantarapimol, Y. (2007). *Health status and health preventive behaviors among rubber plantation workers*. Master's Thesis, Occupational Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Lanmeshow, S., & Lwanga, S. K. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New York: John Wiley & Sons.
- National Institute of Emergency Medicine. (2019). *Maritime and aquatic life support guidelines manual*. Bangkok: Ultimat Printing. (in Thai)
- Punlamai, C. (2007). *Accident-risk behaviors and related factors among seafood canning workers*. Master's Thesis, Occupational Health Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)
- Saen Suk Town Municipality. (2016). *Entrepreneur group data along the coastal in Mueang district, Chon Buri province*. Chon Buri: Saen Suk Town Municipality. (in Thai)
- Sennunt, K., Tosingha, O., & Sindhu, S. (2008). Emergency resuscitation in trauma patients: A literature analysis. *Thai Journal of Nursing Council, 23*(3), 26-39. (in Thai)

- Simsiriwat, W., Junprasert, S., & Krungkraipetch, N. (2017). Effects of self-efficacy promotion on knowledge, perceived self-efficacy and promoting thalassemia control behavior among Bangkok health volunteers. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 25*(2), 94-104. (in Thai)
- Singmethakul, K. (2007). *The working effectiveness of Poh Teck Tung Foundation's volunteers rescue team after being trained for the first-aid basic skill before hospital*. Master's Thesis, Social Sciences for Development, Dhonburi Rajabhat University. (in Thai)
- Sirited, P., & Thammaseeha, N. (2019). Self-efficacy theory and self-healthcare behavior of the elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(2), 58-65. (in Thai)
- Sumanit, S., Pookboonmee, R., Santati, S., & Phumonsakul, S. (2011). Effects of self-efficacy promotion on perceived self-efficacy of caregivers participating in care provided to critically ill children. *Ramathibodi Nursing Journal, 17*(1), 63-74.
- Suppanaray, N., Phoyen, K., & Wongsawang, N. (2017). Factors effecting pre-hospital emergency operations among emergency medical responders of Ratchaburi Province. *Medical Journal, 36*(3), 118-128. (in Thai)
- Tourism Authority of Thailand. (2019). *Chonburi travel*. Bangkok: Tourism Authority of Thailand. (in Thai)
- Wannathanom, C. (2009). *Tourism industry*. Bangkok: Threelada. (in Thai)
- Wichianprapha, T., Homsin P., & Srisuriyawet, R. (2012). Factors affecting health behaviors of health volunteers, Chanthaburi province. *The Public Health Journal of Burapha University, 7*(2), 53-68. (in Thai)
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis*. (3rd ed.). New York: Harper and Row Publications.

การพัฒนา รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี

กัญญา สุชนันท์, พย.ม.^{1*} ซาลีฮา สาและ, พย.ม.² ชนัยกานต์ แก้วอุทัย, พย.บ.³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี และประเมินผลสัมฤทธิ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 25 คน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 56 คน เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพ แบบประเมินความรู้แบบบันทึกความสามารถในการเดินบนพื้นราบ แบบบันทึกการกลับเข้านอนซ้ำ และแบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติที

ผลการวิจัยพบว่าการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลปัตตานี ประกอบด้วย การพยาบาลระยะเฉียบพลัน ก่อนจำหน่าย และต่อเนื่องหลังจำหน่าย ภายหลังการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้น ผู้ป่วยมีความรู้ในการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที มากกว่าก่อนการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และไม่พบการกลับเข้ารับรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 100 จากผลการวิจัยครั้งนี้ขอเสนอแนะว่า พยาบาลควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้และดูแลตนเองได้ก็จะลดการกลับมารักษาซ้ำ และค่าใช้จ่าย

คำสำคัญ: รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ, ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลปัตตานี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ คลินิกหัวใจล้มเหลว งานผู้ป่วยนอก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: yajang54@gmail.com

The Development of Nursing care model for Rehabilitation of Congestive heart failure patients in Pattani Hospital

Ganya Sukanan, MN.S.^{1*}, Saliha Salaeh, MN.S.², Chanaikarn Kaewutai, B.N.S.³

Abstract

This research aimed to develop a rehabilitation nursing care model for heart failure patients (HFs) in Pattani Hospital and to evaluate the outcomes of the nursing care model for rehabilitation implementation. A sample of 25 patients with heart failure and 56 registered nurses were recruited using a simple random sampling method. Research instruments included the rehabilitation nursing care model for heart failure patients, and questionnaires to gather data on demographic information, heart failure patients, caregiver, registered nurses' interview, knowledge, ability to walk on the ground, re-admission, and nurses' opinions. Descriptive statistics and Paired t-test were used to analyze the data.

The results revealed that the rehabilitation nursing care model for heart failure patients at Pattani hospital consisted of nursing care in the acute phase, before and after discharge. After using the developed rehabilitation nursing model, the heart failure patients had a statistically significantly higher level of practical knowledge than before ($p < .05$), and the six-minute walk on the ground was statistically significantly greater than before ($p < .05$). Within 28 days, none of the heart failure patients were readmitted (100%). The findings suggest that nurses can apply this model while caring for coronary heart disease patients in other hospitals. This will further increase the patients' knowledge and ability to self-care, thus reducing re-admission and healthcare costs.

Key words: Rehabilitation nursing care model, Heart failure patients

¹ Expertist Nurse, Head Nurse of Nursing cluster, Pattani Hospital

² Professional Nurse, Female Medicine ward, Pattani Hospital

³ Professional Nurse, Heart Failure Clinic of Outpatient Department, Pattani Hospital

* Corresponding author e-mail: yajang54@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจเป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของคนไทยในสามลำดับแรก (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2013) และเป็นสาเหตุให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ถึง ร้อยละ 80 (Kanchanavanich, 2013) โดยรายงานกระทรวงสาธารณสุขปี 2553 และ 2558 พบว่าอัตราการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพิ่มขึ้นจาก 116.93 เป็น 291.81 ต่อ 100,000 แส่นประชากรของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2013; Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2015) ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจึงกลายเป็นภาระหนักสำหรับทีมผู้ดูแล เนื่องจากปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้นทุกวัน ความชุกเฉลี่ย 1% ของประชากร (Kanchanavanich, 2013) ซึ่งผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการหนักจากสาเหตุ หายใจลำบากร้อยละ 97 มีภาวะน้ำท่วมปอดร้อยละ 93 มีอาการบวมน้ำร้อยละ 60 และการได้รับยาขับปัสสาวะที่ไม่เพียงพอร้อยละ 20 (Laothavorn et al., 2010)

โรงพยาบาลปัตตานีเป็นโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ ขนาด 504 เตียง มีหอผู้ป่วยแผนกอายุรกรรม จำนวน 4 หอผู้ป่วย พบว่า จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาดด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวปี 2561-2563 จำนวน 1,056 ราย 990 ราย และ 983 รายตามลำดับ โดยช่วงปี 2561-2563 อัตราป่วยของภาวะหัวใจล้มเหลวคือ 149.86, 140.94 และ 158.14 ต่อแสนประชากร อัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวรายใหม่ร้อยละ 42.23, ร้อยละ 40 และร้อยละ 40.49 ผู้ป่วยจะมีอาการหนักต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลซ้ำซาก ซึ่งหลังเข้ารับการรักษาพยาบาลพบว่ามีอัตราเสียชีวิตร้อยละ 12.12, ร้อยละ 13.23 และร้อยละ 9.16 ตามลำดับ ด้วยสาเหตุสำคัญคือ ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะโซเดียมในเลือดต่ำ ภาวะเกลือโพแทสเซียมต่ำ และภาวะเกลือโพแทสเซียมสูง โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลมีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 9.32 วัน, 8.3 วัน และ 7.5 วัน โดยพบการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วันด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบซ้ำ ร้อยละ 7.10, ร้อยละ 7.58 และร้อยละ 7.63 ตามลำดับ ระยะเวลาเฉลี่ยในการกลับเข้านอนซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับ 17 วันด้วยอาการภาวะน้ำเกินเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อปี (Pattani Hospital, Information Center, 2020) อาการที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล คือ อาการหายใจเหนื่อยหอบ นอนราบไม่ได้ บวมกดบวม จากสาเหตุการมีมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคกำเริบ ได้แก่ การรับประทานอาหารเค็ม การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา การไม่ออกกำลังกาย และการขาดนัด ส่วนใหญ่เกิดจากการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น ไม่คิดว่าอาการจำกัดเกลือจะช่วยให้อาการของตนเองดีขึ้น คิดว่าการรับประทานยาตามแพทย์สั่งก็เพียงพอแล้วในการควบคุมโรค และคิดว่าคำแนะนำที่ได้รับเป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันจึงไม่สามารถทำตามได้ เช่น การงดเติมน้ำปลาหรือเกลือในอาหาร หรือน้ำบูดู เช่น ข้าวยา นอกจากนี้ลักษณะอาหารประจำท้องถิ่นภาคใต้ส่วนใหญ่จะเป็นอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิ รสชาติหวาน มัน ซึ่งทำให้เกิดอุปสรรคในการรับประทานอาหารร่วมกับคนในครอบครัว และยังพบว่า พยาบาลไม่เข้าใจการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว การปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวจะเน้นการพยาบาลแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิตเพื่อให้พ้นภาวะวิกฤติเท่านั้น ไม่มีการประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินปัจจัยเสี่ยง ไม่มีการปฏิบัติการพยาบาลฟื้นฟู ชัดเจน การสอน การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเป็นรูปแบบสอนทั่วไป ไม่ครอบคลุม ขาดความต่อเนื่อง และหลังจากจำหน่ายจะติดตามดูแลต่อเนื่องที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Maharak (2019) พบว่าผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี หลังจากจำหน่ายร้อยละ 34.6 โดยเกิดจากสาเหตุ ได้แก่ อายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหลายโรค ความรุนแรงของโรค จำนวนวันนอนในโรงพยาบาล ขาดความรู้ ความตระหนักในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ไม่สามารถประเมินความผิดปกติและจัดการความเจ็บป่วยดังกล่าวได้ด้วยตนเอง และการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ส่งผลให้อาการของโรครุนแรงมาก

การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่จัดกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับโรคและปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค ประกอบด้วย (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation [AACVPR], 2020; Pimtara & Rongmuang, 2020; The Heart

Association of Thailand under the Royal Patronage, Cardiac Rehabilitation Society, 2010; Watradul, 2015) คือ 1) การประเมินความพร้อมร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย 2) การให้คำปรึกษาด้านอาหารและโภชนาการ 3) การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง เช่น การเลิกสูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การเฝ้าระวัง และจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน และการพบแพทย์ตามนัด 4) การให้คำปรึกษา และสนับสนุนทางด้านจิตสังคม หรือการจัดการความเครียดและปัญหาหรือความต้องการในชีวิตประจำวัน และ 5) ให้คำปรึกษาการออกกำลังกาย และการฝึกการออกกำลังกาย โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพการทำงานของหัวใจ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ลดความเครียด (Bakke et al., 2020) เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นภาวะที่การดำเนินของโรคไม่หยุดนิ่ง ผู้ป่วยจะมีอาการทรุดลงเป็นระยะ ๆ (Kanchanavanich, 2013) ผู้ป่วยจึงควรต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อไม่มีข้อห้าม เพื่อประคับประคองให้หัวใจสามารถทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด (Pimtara & Rongmuang, 2020) โดยจัดรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเป็น 3 ระยะ (Pimtara & Rongmuang, 2020; Watradul, 2015) ประกอบด้วย 1) ระยะเฉียบพลัน: 24-48 ชั่วโมงแรก 2) ระยะก่อนจำหน่าย: 3-10 วันก่อนจำหน่าย และ 3) ระยะหลังจำหน่าย: วันที่ 2-30 วันหลังจำหน่าย ที่มีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ ได้แก่ 1) การกลับเข้ารับรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำภายใน 28 วัน 2) ระยะทางที่สามารถเดินบนทางรยในเวลา 6 นาที (6 MWT) และ 3) ความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวหรือผู้ดูแลหลัก

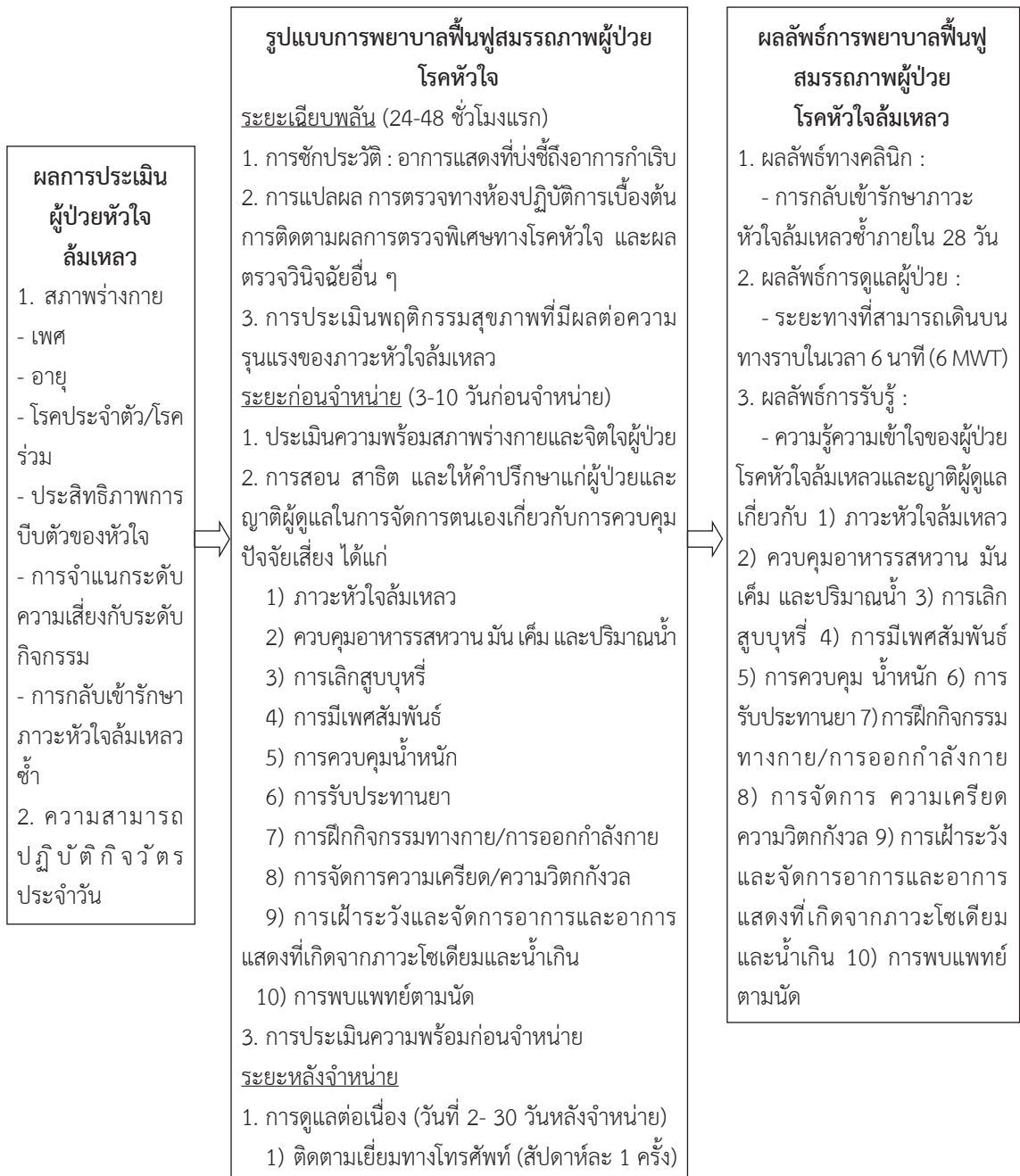
พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว เนื่องจากภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องให้การดูแลในระยะยาว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้านทั้งเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค และพัฒนาทักษะการดูแลตนเองให้เหมาะสมในระยะก่อนจำหน่ายและระยะหลังจำหน่ายกลับบ้านโดยการติดตามเยี่ยมทางโทรศัพท์ รวมถึงการเป็นผู้ประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรทีมสุขภาพในพื้นที่กับผู้ป่วย สนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพและการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้เข้าถึงบริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี
2. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการพยาบาลการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ใช้กระบวนการวิจัยพัฒนา (Wiratsetthasin, 2018) ร่วมกับกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในองค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ ได้แก่ 1) การจัดการปัจจัยเสี่ยง 2) การออกกำลังกาย และ 3) การให้คำปรึกษา และสนับสนุนทางด้านจิตสังคม (AACVPR, 2020; The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, Cardiac Rehabilitation Society, 2010) และการพยาบาลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (Pimtara, & Rongmuang, 2020; Watradul, 2015) ดังแผนภูมิ 1



แผนภูมิ 1 กรอบแนวคิดกระบวนการวิจัยและการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยและพัฒนา (Research and development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

1. ผู้มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ได้แก่ พยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว พยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วย ตัวแทนพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากประสบการณ์ด้านการพยาบาลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวไม่น้อยกว่า 10 ปี ในโรงพยาบาลปัตตานี

2. กลุ่มผู้ให้บริการ ประกอบด้วย 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลปัตตานี คัดเลือกเฉพาะเจาะจง มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 3 ปี รวมจำนวน 56 คน

3. กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง และคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามี NYHA class II และ NYHA class III ไม่มีภาวะ CKD stage 5 ไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว NYHA class IV และไม่มีมีน้ำท่วมปอดอย่างรุนแรง มารับบริการระหว่างวันที่ 7 มกราคม 2564 ถึงวันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2565 จำนวน 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย ได้แก่ เพศ อายุ การวินิจฉัยโรค โรคประจำตัว และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย

1.2 แนวคำถามสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัว และพยาบาลวิชาชีพ เป็นแนวคำถามปลายเปิด ประกอบด้วย 1) สถานการณ์การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว 2) ประเด็นที่ต้องพัฒนาการพยาบาลฟื้นฟูฯ 3) แนวทางการพัฒนาการพยาบาลฟื้นฟูฯ 4) ความต้องการสนับสนุนการให้พยาบาลฟื้นฟูฯ และ 5) ผลลัพธ์ที่คาดหวังจากการพยาบาลฟื้นฟูฯ

1.3 แบบประเมินความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว หรือผู้ดูแลหลัก สร้างขึ้นตามองค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (AACVPR, 2020; The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, Cardiac Rehabilitation Society, 2010) ผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ลักษณะเครื่องมือเป็นข้อคำถาม 10 ด้าน เป็นลักษณะเลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 100 คะแนน โดยค่าคะแนนหมายถึง ระดับความรู้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับคือ ระดับความรู้ดี (มากกว่าร้อยละ 80) ระดับความปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ระดับความรู้น้อย (น้อยกว่าร้อยละ 60) ได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84

1.4 แบบบันทึกความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที เป็นวิธีทดสอบความสามารถในการออกกำลังกายของผู้ป่วยก่อนและหลังได้รับการจำหน่าย (American Thoracic Society (ATS) Committee on Proficiency Standard for Clinical Pulmonary Function Laboratories, 2002)

1.5 แบบบันทึกการกลับเข้านอนซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 28 วัน โดยมีรหัสโรคอยู่ในกลุ่มโรคตาม ICD-10 คือ I500, I501, และ I509

1.6 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพผู้ให้บริการ ประกอบด้วย สถานที่ปฏิบัติงาน อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่งปัจจุบัน ประสบการณ์ที่ปฏิบัติงาน ประวัติการฝึกอบรม

1.7 แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย 1) ความยากง่ายในการนำไปใช้งาน 2) ความสะดวกในการใช้ 3) ความสามารถนำมาใช้ในทีมได้ 4) ความสามารถใช้ได้จริงในการพยาบาลผู้ป่วย 5) ความพึงพอใจในการใช้รูปแบบการพยาบาลฯ 6) ความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง ลักษณะของคำถามเป็นการประมาณค่า (Rating scale) เลือกตอบตามความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อยมาก เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก และเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนคำถามปลายเปิดเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ ได้นำไปทดลองใช้กับพยาบาลจำนวน 10 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.99

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย

2.1 รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวครอบคลุม 3 ระยะ (AACVPR, 2020; Pimtara & Rongmuang, 2020; The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, Cardiac Rehabilitation Society, 2010; Watradul, 2015) คือ 1) ระยะเฉียบพลัน 2) ระยะรักษาในโรงพยาบาล-ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 3) ระยะหลังจำหน่าย

- 2.2 แบบประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวก่อนการออกกำลังกาย
- 2.3 แบบประเมินการรับรู้ความเหนื่อย (Borg scale)
- 2.4 แบบบันทึกความสามารถในการทำกิจกรรม VSAQ
- 2.5 แบบบันทึกความสามารถในการเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาที
- 2.6 แบบบันทึกการออกกำลังกายที่บ้าน (สัปดาห์ที่ 1- 4 หลังจำหน่าย)
- 2.7 คลิป VDO คู่มือการดูแลตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลปัตตานี เลขที่ 002/2565 รับรองวันที่ 6 มกราคม พ.ศ. 2565 ถึง 6 มกราคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงและขอคำยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาโดยสมัครใจ ซึ่งการนำเสนอข้อมูลในครั้งนี้ นำเสนอในภาพรวมและนำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและพัฒนา (Research and development) ประกอบด้วย 4 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรค ที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โดยทบทวนข้อมูลจากเวชระเบียนช่วงเดือนตุลาคม 2562-กันยายน 2563 สนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจากหอผู้ป่วยอายุรกรรม และสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 5 คนเป็นรายบุคคล มีแนวข้อคำถามในการสนทนา เพื่อกำหนดประเด็นปัญหา และวิเคราะห์สาเหตุ

ระยะที่ 2 ร่างรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ผู้วิจัยและทีมพัฒนารูปแบบการพยาบาลฯ ร่วมกันสังเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1 ทบทวนงานวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ในระยะต่าง ๆ โดยใช้กรอบแนวคิดองค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว ได้รวบรวมและกำหนดเป็นร่างรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว โดยตรวจความถูกต้องเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคหัวใจ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลหัวใจและหลอดเลือด และหัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 3 ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว เตรียมความพร้อมพยาบาลวิชาชีพ โดยจัดอบรมเกี่ยวกับรูปแบบการพยาบาลรายกลุ่ม สอนโดยวิธีการบรรยาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ การดำเนินงาน การใช้เครื่องมือดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำร่างรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ลงปฏิบัติการพยาบาลฯ กับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ร่วมกับสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลที่ใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ปัญหาอุปสรรค และปรับปรุงรูปแบบการพยาบาลฯ

ระยะที่ 4 นำรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวใช้จริงในหน่วยงาน และประเมินผลลัพธ์ ดังนี้ 1) กำหนดนโยบายการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวปฏิบัติใน 3 หอผู้ป่วย ได้แก่ หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม หอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 1 และคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี 2) นำรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูฯ ไปใช้จริงกับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 ราย สังเกตและติดตามผลในระหว่างดำเนินการ 3) ติดตามผลการปฏิบัติจากหัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลผู้ร่วมวิจัย โดยการนิเทศ

และสะท้อนผลการปฏิบัติในแต่ละหอผู้ป่วยที่เกี่ยวข้อง 4) ประชุมปรึกษารายกลุ่มเพื่อให้คำปรึกษา รับทราบปัญหา แนะนำ และ 5) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ ได้แก่ 1) จำนวนครั้งของการกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 28 วัน 2) ระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที และ 3) ความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวหรือผู้ดูแลหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้เทคนิคตีความ จัดหมวดหมู่ สรุปเนื้อหาและนำเสนอ ข้อมูลรูปแบบการบรรยาย ร่วมกับวิจัยเชิงปริมาณใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติการแจกแจงแบบที่ (Paired sample t-test)

ผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี โดยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา ซึ่งสามารถอธิบายผลกระบวนการพัฒนา ดังนี้

1. ผลการวิเคราะห์สถานการณ์การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว

จากการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 60 ราย พบว่าสาเหตุของภาวะหัวใจล้มเหลว ที่สำคัญคือ โรคหลอดเลือดและหัวใจ และพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวกลับเข้ารับรักษาซ้ำร้อยละ 7.63 โดยระยะเวลาเฉลี่ยในการกลับเข้ารับรักษาซ้ำเท่ากับ 17 วัน ด้วยอาการภาวะน้ำเกินเฉลี่ย 3-4 ครั้งต่อปี

จากการสนทนากับผู้ป่วย พบว่า ผู้ป่วยมีการกลับเข้ารับรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำ มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคกำเริบ ได้แก่ การรับประทานอาหารเค็มเนื่องจากรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกในครอบครัวปกติ การไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา ไม่กล้าออกกำลังกาย และบางครั้งขาดนัด ได้รับข้อมูลการปฏิบัติตัวบ้าง ไม่เคยได้รับคู่มือความรู้สำหรับการปฏิบัติตัว ไม่เคยออกกำลังกาย ต้องการผู้ให้คำปรึกษาไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ และเมื่อมีข้อข้องใจ โดยผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัวรับรู้ สนับสนุน

จากการสนทนากลุ่มพยาบาล พบว่า พยาบาลไม่มีความรู้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว การปฏิบัติพยาบาลผู้ป่วยจะเน้นการพยาบาลแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต เพื่อให้พ้นภาวะวิกฤตเท่านั้น ไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การสอน การให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติเป็นแบบสอนทั่วไป ไม่มีคู่มือประกอบการสอน ไม่ครอบคลุมความต่อเนื่อง การประเมินปัญหาของผู้ป่วยไม่ครอบคลุม และไม่ต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจะติดตามดูแลต่อเนื่องจากที่คลินิกโรคหัวใจล้มเหลวแผนกผู้ป่วยนอกเท่านั้น

2. การพัฒนาแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี โดยนำผลการทบทวนเวชระเบียน ผลการสนทนากับผู้ป่วยรายบุคคล และผลการสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพ ร่วมกับประยุกต์ความรู้และกระบวนการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์องค์ประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจและการพยาบาลตามระยะเปลี่ยนผ่าน (AACVPR, 2020; Pimtara & Rongmuang, 2020; The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, Cardiac Rehabilitation Society, 2010; Watradul, 2015) มาร่างเป็นแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ที่มีความเชื่อมโยงกับผลลัพธ์ ได้แก่ การกลับเข้ารับรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำภายใน 28 วัน ระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที (6 MWT) และความรู้การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวหรือผู้ดูแลหลัก โดยมีกิจกรรมการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวเป็น 3 ระยะ ดังนี้

2.1 การพยาบาลระยะเฉียบพลัน (24-48 ชั่วโมงแรกรับในโรงพยาบาล) ประกอบด้วย กิจกรรม การซักประวัติอาการ อาการบ่งชี้ถึงอาการกำเริบของภาวะหัวใจล้มเหลว การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การติดตามผลการตรวจพิเศษทางโรคหัวใจ และผลตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ การประเมินพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อความรุนแรงของภาวะ

หัวใจล้มเหลว และการบำบัดรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาและกิจกรรมการพยาบาลอื่น ๆ เช่น การประเมินการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ การจัดให้ผู้ป่วยพักบนเตียงเท่านั้น การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการฝึกกิจกรรมทางกายโดยเริ่มที่ระดับการใช้พลังงาน <2 METs

2.2 ระยะเวลาในโรงพยาบาล-ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ประกอบด้วย การสอน สาธิต และให้คำปรึกษาการปรับพฤติกรรมและจัดการตนเองเกี่ยวกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง ในวันที่ 3-4 ระยะอาการสงบ จะให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะโรคหัวใจล้มเหลว การควบคุมอาหารรสหวาน มัน และการจำกัดเกลือโซเดียมในสารอาหาร และควบคุมปริมาณน้ำดื่ม การเลิกสูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การฝึกกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกาย การเฝ้าระวังและจัดการอาการที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน การจัดการความเครียด/ความวิตกกังวล โดยใช้ คลิป VDO ประกอบเป็นคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวผ่าน QR Code “Scan Me” พร้อมทั้งจัดกิจกรรมบริหารร่างกาย Warm up ร่างกายบนเตียง วันที่ 5-10 สอนและฝึกกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกายแบบเดิน ตามปัญหาเฉพาะบุคคล และ 1-2 วันก่อนกลับบ้านจะประเมินความพร้อมก่อนจำหน่าย เช่น การประเมินสมรรถภาพของร่างกายโดยการทดสอบ 6 MWT และการประเมินความรู้การปฏิบัติตัวก่อน-หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.3 การพยาบาลระยะหลังจำหน่าย (วันที่ 2- 30 วันหลังจำหน่าย) ประกอบด้วย กิจกรรมการติดตามการปฏิบัติตัวและการออกกำลังกายแบบการเดิน เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่องที่บ้านระยะเวลา 4 สัปดาห์หลังจำหน่าย โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหัวใจล้มเหลวจะติดตามอย่างใกล้ชิดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง และให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบเน้นการดูแลตนเองและการสนับสนุนจากผู้ดูแลหลักและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งจะติดตามเยี่ยมผ่านทางโทรศัพท์ หรือโซเชียลมีเดีย เช่น ไลน์กลุ่ม “HF pt/ญาติ” และนัดผู้ป่วยมาพบแพทย์สัปดาห์ที่ 4 หลังจำหน่ายกลับบ้านเพื่อประเมินระดับอาการ ระดับความรุนแรง และประเมินความสามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที (6 MWT) โดยพยาบาลผู้จัดการรายกรณี และนักกายภาพบำบัด กรณีผลการทดสอบ 6 MWT <100 เมตร จะส่งดูแลต่อเนื่องที่บ้านผ่านระบบ Continuity of Care

3. การเตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพ เพื่อใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวที่พัฒนาขึ้น โดยกระบวนการพัฒนาความสามารถของพยาบาล ประกอบด้วย 1) การจัดประชุมวิชาการ 1 ครั้ง สอนโดยวิธีการบรรยาย แก่พยาบาลวิชาชีพจำนวน 56 คน ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และคลินิกหัวใจล้มเหลว แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลปัตตานี 2) การ Conference ร่วมกันระหว่างหัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลผู้ประสานงาน แลกเปลี่ยนประเด็นที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย และยังการปฏิบัติการพยาบาลที่ไม่สอดคล้องกับรูปแบบ 3) การร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยนิเทศหน้างานและร่วมวางแผนให้การพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวกับพยาบาลเจ้าของไข้ประจำวัน และติดตามผลการปฏิบัติจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลผู้ร่วมวิจัย โดยประชุมปรึกษารายกลุ่มเพื่อรับทราบปัญหา ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และแนะนำทุกสัปดาห์ ซึ่งผลการประเมินความเป็นไปได้ในการใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟู โดยการสัมภาษณ์ความคิดเห็นพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม จำนวน 56 คน คือ ความสามารถใช้ได้จริงในการพยาบาลผู้ป่วย ระดับมาก ($M = 3.66, SD = 0.586$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการพยาบาลฯ ระดับมาก ($M = 3.62, SD = 0.562$)

ผลลัพธ์การใช้รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพฯ โรงพยาบาลปัตตานี ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว จำนวน 25 คน พบเป็นเพศชายมากที่สุด ร้อยละ 72 ส่วนใหญ่อายุ 50-60 ปี ร้อยละ 32 (8 คน) และอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 32 (8 คน) โดยมีอายุเฉลี่ย 63 ปี ศาสนาอิสลาม ร้อยละ 68 ระดับความรุนแรงโรค NYHA Class II ร้อยละ 56 และ NYHA Class III ร้อยละ 44 ระยะเวลาที่ได้รับ การวินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 1 ปี ร้อยละ 72 (18 คน) วินิจฉัยว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 2-5 ปี ร้อยละ 24 (6 คน) และ 11 ปี ร้อยละ 4 (1 คน) โดยกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายในรอบปีที่ผ่านมา 1 ครั้ง ร้อยละ 60

(15 คน) และกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายในรอบปีที่ผ่านมามากที่สุด 13 ครั้ง ร้อยละ 4 (1 คน)

2. การเปรียบเทียบค่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวสูงกว่าก่อนพัฒนา และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ (N= 25 คน)

ตัวแปร	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		t	p-value
	M	SD	M	SD		
ความรู้ของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว	32.88	5.310	37.76	1.809	-4.623	< .001

3. ผลทดสอบระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที หลังพัฒนาแบบแผน ค่าคะแนนเฉลี่ยระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที สูงกว่าก่อนพัฒนา และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 คือ ระดับความเหนื่อย อัตราการเต้นหัวใจ ความดันซิสโตลิก และความดันไดเอสโตลิก ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลทดสอบความสามารถในการออกกำลังกายโดยการทดสอบการเดินภายใน 6 นาที (N = 25 ราย)

	ก่อนใช้รูปแบบ		หลังใช้รูปแบบ		ผลต่าง (t)	p-value
	ต่ำ/สูง	ค่าเฉลี่ย (SD)	ต่ำ/สูง	ค่าเฉลี่ย (SD)		
ระยะทาง (เมตร)	10/180	68.6 (45.0)	80/280	174.2 (53.8)	12.403	< .001
ระดับความเหนื่อย	10/14	11.5 (1.1)	9/12	11.1 (0.9)	1.282	.059
อัตราการเต้นหัวใจ	82/113	96.9 (8.8)	72/112	91.8 (9.2)	2.463	.021
ความดันซิสโตลิก (มม.ปรอท)	98/163	138.1 (17.5)	91/154	131.1 (13.9)	3.344	.003
ความดันไดเอสโตลิก (มม.ปรอท)	60/100	80.4 (10.3)	53/100	78.4 (12.0)	1.007	.001

4. การกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวของผู้ป่วยภายใน 28 วัน หลังได้รับการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ไม่พบการกลับเข้ารับรักษาซ้ำด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 100

อภิปรายผล

การวิจัยและพัฒนา (Research and development) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาแบบแผนการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานี และประเมินผลการใช้รูปแบบฯ

สาระสำคัญของแบบแผนการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลปัตตานีที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย การพยาบาลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน ระยะก่อนจำหน่าย และระยะการดูแลต่อเนื่องหลังการจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลหลักสามารถดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมกับโรค และมีความเหมาะสมกับผู้ป่วยเฉพาะราย โดยในระยะเฉียบพลัน ผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไขภาวะคุกคามต่อชีวิต ในระยะอาการคงที่ ผู้ป่วยควรได้รับความรู้เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองและการฟื้นฟูสมรรถภาพ และในระยะหลังการจำหน่ายผู้ป่วยควรได้รับการติดตามต่อเนื่อง (Chaikitamnuaychok & Unburee, 2016)

โดยมีองค์ประกอบรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟู ดังนี้ 1) การประเมินความพร้อมร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ สภาพร่างกาย ความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และค้นหาผู้ดูแลหลัก เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย 2) การให้คำปรึกษาด้านอาหารและโภชนาการ จากการศึกษาของ Leung Yinko et al. (2015) พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับโรคในระดับต่ำเพียง ร้อยละ 21 มีปัญหาในการควบคุมอาหาร ร้อยละ 27.8 โดยมีความเคยชินในพฤติกรรมการบริโภคอาหารแบบเดิม และยึดติดในรสชาติอาหาร เช่น มีการเติมน้ำปลา น้ำตาล ผงชูรส เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของ Teeoutid, Kunsongkeit, & Dungpaeng, (2019) พบว่า พฤติกรรมการจัดการตนเองในการจำกัดโซเดียมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเพียงร้อยละ 17.60 3) การจัดการกับปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การเลิกสูบบุหรี่ การมีเพศสัมพันธ์ การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานยา การเฝ้าระวังและจัดการอาการและอาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน และการพบแพทย์ตามนัด ซึ่งวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว ได้แก่ การใช้รูปแบบการสอนอย่างง่ายร่วมกับการให้คำปรึกษารายบุคคล การให้ความรู้โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การฝึกอบรมการดูแลตนเองและการปรับขนาดยาขับปัสสาวะด้วยตนเอง การดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยการเยี่ยมบ้านและการติดตามทางโทรศัพท์ (Khitka, Sittisombut, & Chaiard, 2017) 4) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางด้านจิตสังคม หรือการจัดการความเครียดและปัญหาหรือความต้องการในชีวิตประจำวัน โรงพยาบาลผู้จัดการรายกรณีจะให้คำปรึกษาในการจัดการกับความเครียดและความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย โดยให้ข้อมูลในเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยฝึกทักษะในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล พร้อมทั้งประเมินแหล่งเอื้อประโยชน์รวมถึงแรงสนับสนุนทางสังคมเช่น ญาติผู้ดูแล และบุคคลใกล้ชิด สร้างความมั่นใจและแรงจูงใจในการดูแลตนเอง และ 5) การให้คำปรึกษาออกกำลังกาย และการฝึกการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ถูกวิธี สม่ำเสมอและเหมาะสม จะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของหัวใจและหลอดเลือด ลดการหลังสารก่อการอักเสบไซโตไคน์ในเนื้อเยื่อและเลือด จึงลดการอักเสบและอาการกล้ามเนื้ออ่อนล้า และลดการกระตุ้นระบบประสาทและฮอร์โมน จึงลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำเกิน เพิ่มความจุของปอดทำให้ความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น ลดอาการกำเริบของโรค และลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Vatanasin & Chupan, 2017; Piepoli et al., 2011)

ผลการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูฯ ที่พัฒนาขึ้น

1. ผลคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวพบว่า สูงกว่าก่อนพัฒนา มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 โดยด้านที่มีคะแนนความรู้ระดับดี ได้แก่ 1) ด้านภาวะโรค 2) ด้านการควบคุมอาหารหวาน มัน การจำกัดเกลือ และควบคุมปริมาณน้ำ 3) การเลิกสูบบุหรี่ 4) ด้านการมีเพศสัมพันธ์ 5) ด้านการรับประทานยา 6) ด้านการเฝ้าระวังและจัดการอาการ/อาการแสดงที่เกิดจากภาวะโซเดียมและน้ำเกิน 7) การจัดการความเครียด/ความวิตกกังวล และ ด้านที่มีคะแนนความรู้ระดับปานกลาง ได้แก่ การมาพบแพทย์ตามนัด ด้านที่มีคะแนนความรู้ระดับน้อย ได้แก่ ด้านการควบคุมน้ำหนัก และการออกกำลังกาย ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้และสนับสนุนทั้งการสอน สาธิต และฝึกทักษะ ทำให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) โดยการวิจัยในครั้งนี้ได้ดำเนินการสอน สาธิต ฝึกทักษะ และสนับสนุน คลิป VDO ในการทบทวนความรู้การปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยเพิ่มความสามารถให้แก่ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ให้มีความรู้และมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองดีขึ้น

2. ผลทดสอบระยะทางที่สามารถเดินบนทางราบในเวลา 6 นาที พบว่า สูงกว่าก่อนพัฒนา และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 โดยระยะเวลาที่นอนโรงพยาบาล 5 - 17 วัน พบว่าระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาทีระดับต่ำสุดที่ 10 เมตร ระดับสูงสุดที่ 180 เมตร และหลังการพัฒนาพบว่าระยะทางที่สามารถเดินบนพื้นราบในเวลา 6 นาทีระดับต่ำสุดที่ 80 เมตร ระดับสูงสุดที่ 280 เมตร ได้ระยะทางเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 105.6 เมตร

อธิบายได้ว่า การออกกำลังกายในผู้ป่วยโรคหัวใจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้น มีผลเพิ่มการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจสามารถสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงส่วนต่าง ๆ หรือรับเลือดกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น (The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, Cardiac Rehabilitation Society, 2010) ซึ่งสอดคล้องผลการศึกษาคั้งนี้พบว่า ระดับความเหนื่อย อัตราการเต้นหัวใจ ความดันซิสโตลิก และความดันไดแอสโตลิก หลังพัฒนาลดลง มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความคงทนของร่างกายเพิ่มขึ้น

3. ผลการกลับเข้ารับการรักษาด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวภายใน 28 วัน พบว่า หลังการพัฒนาไม่พบการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ๆ ร้อยละ 100 อธิบายได้ว่าการให้ความรู้ การฝึกทักษะในการดูแลตนเอง ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ และการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพ เป็นองค์ประกอบสำคัญในการจัดการนำไปพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อลดการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Sumhiran, Mankong, & Kuwawatanasamrit, 2009)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถนำรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล และการจัดการวางแผนการดูแล (Care map) ผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวร่วมกับทีมสหสาขา
2. ด้านการบริหารจัดการ สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ/ความต้องการของผู้ป่วย โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคหัวใจล้มเหลวรับผิดชอบประสานความร่วมมือของทีมสุขภาพภายในและภายนอกโรงพยาบาล ได้แก่ รพช/รพ.สต และอสม เป็นต้น ทำให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านบริหารการพยาบาล ควรมีนโยบายให้นำรูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจอื่น ๆ ในทุก ๆ พื้นที่รวมถึงโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรู้และดูแลตนเองได้ดีลดการกลับมารักษาซ้ำซาก (Re-admitted) และลดค่าใช้จ่าย
2. ด้านบริการพยาบาล ควรพัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลและสำรวจตนเองประจำวันของผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว ตามหลักอาการอันตราย ได้แก่ น้ำหนัก นอนราบ เหนื่อย และบวม โดยใช้สัญญาณสีช่วยให้เกิดความตระหนักในภาวะของโรค และกระตุ้นเตือนเรื่องการดูแลตนเอง
3. ด้านการวิจัย ควรติดตามผลลัพธ์รูปแบบการพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวในระยะเปลี่ยนผ่านต่อเนื่องที่บ้านในระยะยาว จนครบ 12 สัปดาห์ โดยการมีส่วนร่วมของทีมเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ช่วยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการไปปฏิบัติ ขอขอบคุณสภาการพยาบาลที่จัดโครงการพัฒนาสมรรถนะผู้นำเพื่อการพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพสำหรับพยาบาล ขอขอบคุณอาจารย์พยาบาลที่ปรึกษา ขอขอบคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 3 แห่ง ทีมสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลและผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ จนกระทั่งสำเร็จลุล่วงได้

References

American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation (AACVPR). (2020). *Guidelines for cardiac rehabilitation programs* (6th ed., pp. 15-29). Champaign, IL: Human Kinetics.

- American Thoracic Society (ATS) Committee on Proficiency Standard for Clinical Pulmonary Function Laboratories. (2002). ATS Statement: Guidelines for the six-minute walk test. *American Journal Respiratory and Critical Care Medicine*, 166(1), 111-117.
- Bakker, M. D., Uijl, I. D., Hoeve, N. T., Domburg, R. T., Geleijnse, M. L., Berge-Emons, R. J., Boersma, E., & Sunamura, M. (2020). Association between exercise capacity and health related quality of life during and after cardiac rehabilitation in ACS patients: A sub-study of the OPTICARE randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 101(4), 650-657.
- Chaikitamnuaychok, S., & Unburee, J. (2016). Development of a transitional care program for heart failure patients at Kamphaengphet hospital. *Thai Journal of Nursing Council*, 30(4), 45-56. (In Thai)
- Kanchanavanich, R. (2013). *Handbook of cardiac patient care integrated chronic failure*. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital Faculty of Medicine Chiang Mai University. (In Thai)
- Khitka, P., Sittisombut, S., & Chaiard, J. (2017). Interventions for promoting self-care behaviors among persons with heart failure: A systematic review. *Nursing Journal*, 44(4), 71-80. (In Thai)
- Laothavorn, P., Hengrussamee, K., Kanjanavanit, R., Moleerergpoom, W., Laorakpongse, D., Pachirat, O., ... Sritara, P. (2010). Thai acute decompensated heart failure registry: (Thai ADHERE). *Global Heart*, 5(3), 89-95. (In Thai)
- Leung Yinko, S. S. L., Pelletier, R., Behloul, H., Bacon, S. L., Karp, L., Thanassoulis, G., ... Pilote, L. (2015). Potential factor associated with fruit and vegetable intake after premature acute coronary syndrome: A prospective cohort study. *International Journal of Food Sciences and Nutrition*, 66(8), 943-949.
- Maharak, C. (2019). Mortality and readmission rate of heart failure patients in Phang Nga hospital. *Region 11 Medical Journal*, 33(2), 331-326. (In Thai)
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- Pattani Hospital, Information Center. (2020). *Registration statistics and heart failure indicators Pattani hospital*. Retrieved from HOS-xP reporting system.
- Piepoli, M. F., Conraads, V., Corra, U., Dickstein, K., Darre, P. F., Jaarsma, T., ... Ponikowski, P. P. (2011). Exercise training in heart failure: From theory to practice: A consensus document of the Heart Failure Association and the Europea Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *European Journal of Heart Failure*, 13(4), 347-357.
- Pimtara, P., & Rongmuang, D. (2020). Transitional care for patients with congestive heart failure to reduce readmission rate. *Journal of Health Science Research*, 14(1), 128-138. (In Thai)
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2013). *Health statistics A.D. 2013*. Bangkok: House of the War Veterans Organization. (In Thai)
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2015). *Health statistics A.D. 2015*. Bangkok: House of the War Veterans Organization. (In Thai)

- Sumhiran, R., Mankong, S., & Khuwawatanasamrit, K. (2009). A literature review related to the management for reducing readmission in patients with heart failure. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 20*(1), 17-32. (In Thai)
- Teeoutid, W., Kunsongkeit, W., & Dungpaeng, S. (2019). Factor influencing self-management behaviors of sodium restriction among congestive heart failure patients. *Journal of Boromrajonani College of Nursing, Bangkok, 35*(1), 120-129. (In Thai).
- The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, Cardiac Rehabilitation Society. (2010). *Cardiac rehabilitation guideline*. Retrieved from <http://www.thaiheart.org/cares thai/rehabguide.htm>
- Vatanasin, S., & Chupan, S. (2017). Exercise for cardiac rehabilitation. *Journal of Health Education, 40*(1), 1-10. (in Thai).
- Watradul, D. (2015). Cardiac rehabilitation: Transitional care from hospital to home. *Thai Journal of Cardio- Thoracic Nurses, 26*(1), 89-103. (In Thai)
- Wiratsetthasin, K. (2018). Research and development. *Journal of Research and Curriculum Development, 8*(1), 30-41. (In Thai)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ศิริณภา แก้วพวง, พย.บ.^{1*} วรณิ เตียววิเศษ, Ph.D.² อารียา สมรูป, พย.บ.¹ ชนาภา งามฉาย, พย.บ.³

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการจดทะเบียนสมรส ณ ที่ว่าการอำเภอในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 397 ราย ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ แบบสอบถามอิทธิพลจากสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบสอบถามความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .89, .80, .79, 75, .85 และ .80 ตามลำดับ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการศึกษาพบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ อิทธิพลจากสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 54.9 ($R^2 = .549, p < .001$) โดยปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .642, p < .001$) อิทธิพลจากสังคม ($\beta = .106, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ($\beta = -.076, p < .05$) ส่วน อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรทางสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของสตรีก่อนตั้งครรภ์ ส่งเสริมอิทธิพลทางสังคม และให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการลดอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความตั้งใจอย่างแรงกล้าในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์

คำสำคัญ: ความตั้งใจ วิถีชีวิต การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ สตรีวัยเจริญพันธุ์

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี

³ พยาบาลวิชาชีพ

* ผู้เขียนหลัก e-mail: sirinapa.kabuu.ac.th

Factors Influencing Intention to Change Preconception Lifestyle Among Reproductive Age Women

Sirinapa Kaewpoung, B.N.S.^{1*}, Wannee Deoisres, Ph.D.², Areeya Somroop, B.N.S.¹,
Chanapa Ngamchay B.N.S.³

Abstract

This predictive correlation study aimed to determine factors influencing intention to change preconception lifestyle among reproductive women. A systematic random sampling technique was used to recruit the sample of 397 women who visited marriage registration District Offices at Mueang Chonburi, Mueang Rayong, and Mueang Chachoengsao. Research instruments were questionnaires to gather data for demographic information, preconception knowledge, preconception belief, perceived barriers regarding preconception care, social influence, perceived self-efficacy, and intention to change preconception lifestyle. Their reliability values were .89, .80, .79, .75, .85, and .80, respectively. Data were collected from October 2021 to January 2022. Descriptive statistics and Standard multiple regression were used to analyze the data.

The results revealed that age, preconception knowledge, preconception belief, perceived barriers regarding preconception care, social influence, perceived self-efficacy together explained 54.9 % of variance in intention to change preconception lifestyle ($R^2 = .549, p < .001$). The significant predictors of intention to change preconception lifestyle were self-efficacy ($\beta = .642, p < .001$), social influence ($\beta = .106, p < .05$), and perceived barrier regarding preconception ($\beta = -.076, p < .05$). The factors such as age, preconception knowledge, and preconception belief did not significantly predict intention to change preconception lifestyle. The findings may aid healthcare personnel to develop activities to assess and encourage women's self-efficacy, promote their social influence, and counsel them to reduce their perception of preconception barriers. In addition, it will foster reproductive women to have a high intention to change their preconception lifestyle.

Key words: Intention, lifestyle, preconception, reproductive women

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University

² Associate professor, Rambhai Barni Rajabhat University

³ Registered nurse

* Corresponding author e-mail: sirinapa.ka@buu.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ส่งผลต่อสุขภาพมารดาและทารก ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ และคลอด ลดการเจ็บป่วยรุนแรง ลดภาวะทุพพลภาพ และอัตราการตายของมารดาและทารก อันจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในระยะยาว (Ramkiattisak & Angsuwathana, 2020; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020) การส่งเสริมสุขภาพก่อนตั้งครรภ์สามารถเพิ่มผลลัพธ์สุขภาพการเจริญพันธุ์และพัฒนาการเด็ก (Floyd et al., 2013) การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรสทั่วโลกยังมีการปฏิบัติค่อนข้างต่ำ ดังเช่นสถิติสตรีตั้งครรภ์ไม่ได้เตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณร้อยละ 50 (CDC, 2020) ประเทศเอธิโอเปียร้อยละ 77.7 (Amaje, Fikrie, & Utura, 2022) และประเทศไทย พบว่า พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีตั้งครรภ์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผน ร้อยละ 47.7 ไม่เคยตรวจสุขภาพก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 81.7 (Kaewpoung, Deoisres, & Suppaseemanont, 2018)

สตรีวัยเจริญพันธุ์ยังขาดการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ที่เหมาะสม ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพมารดาและทารก ในปี พ.ศ. 2563 อัตราการตาย (Maternal mortality rate) เท่ากับ 25.1 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดอัตราส่วนการตายมารดาไทยไม่เกิน 17 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 คน อัตราทารกตาย (Infant mortality rate) เท่ากับ 5.1 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน ซึ่งมากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขกำหนดอัตราตายทารกแรกเกิดไม่เกิน 3.7 ต่อการเกิดมีชีพ 1,000 คน มีทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยเท่ากับร้อยละ 10 การตายของทารกจากความพิการแต่กำเนิด และโครโมโซมผิดปกติจำนวน 1,309 คน (Strategy and planning division, 2020) และยังพบอัตราการติดเชื้อไวรัส เอชไอวี จากแม่สู่ลูกร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2563 (Ministry of Public Health, 2020) ดังนั้น เพื่อให้เกิดการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพและสุขภาพที่ดีของทารก สตรีตั้งครรภ์และคู่สมรสควรมีเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Preconception care) และควรได้รับการดูแลสุขภาพทั้งก่อนและขณะตั้งครรภ์ องค์การอนามัยโลกจึงแนะนำให้ทุกประเทศทั่วโลกมีนโยบายในการจัดบริการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ขึ้นในโรงพยาบาล (World Health Organization [WHO], 2013; CDC, 2020; Ministry of Public Health, 2017)

การเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เป็นขั้นตอนแรกเพื่อเตรียมตัวเป็นพ่อแม่คุณภาพ มีเป้าหมายเพื่อ 1) เพิ่มความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการเตรียมตัวก่อนตั้งครรภ์ของสตรีและคู่สมรส 2) ส่งเสริมสุขภาพสตรีเพื่อให้พร้อมต่อการตั้งครรภ์ 3) ลดความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ทั้งมารดาและทารกในครรภ์ และ 4) ลดผลลัพธ์การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ (Floyd et al., 2013) การจัดบริการให้มีการดูแลส่งเสริมสุขภาพสำหรับสตรีและคู่สมรสทั้งร่างกายและจิตใจตั้งแต่ก่อนการตั้งครรภ์ (CDC, 2020; Ramkiattisak & Angsuwathana, 2020) มีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การมาตรวจสุขภาพเพื่อซักประวัติและประเมินความเสี่ยง ตรวจร่างกายทั่วไป และตรวจทางห้องปฏิบัติการ 2) การมารับคำปรึกษาเพื่อเตรียมพร้อมด้านต่าง ๆ โรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม โรคที่สามารถป้องกันได้ด้วยวัคซีน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ รวมถึงคำแนะนำในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน 3) การได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเยอรมันและวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี (HBV) และ 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การรับประทานกรดโฟลิก 0.4 มก./วัน เป็นเวลา 3 เดือนก่อนตั้งครรภ์ ภาวะโภชนาการที่เหมาะสมก่อนตั้งครรภ์ให้ดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5 - 22.9 (กิโลกรัม/เมตร²) การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพปาก ฟัน การเลิกสูบบุหรี่ และสารเสพติด การไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การหลีกเลี่ยงสัมผัสสารเคมี การจัดการความเครียด (CDC, 2020; Kaewpoung et al., 2018; WHO, 2013)

การที่สตรีวัยเจริญพันธุ์จะมีความพร้อมก่อนตั้งครรภ์นั้น สตรีวัยเจริญพันธุ์ต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของตนเองให้พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ เป็นประโยชน์ทั้งต่อมารดาและทารก เช่น การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการเลิกสูบบุหรี่ก่อนหรือในระหว่างตั้งครรภ์ ช่วยลดการคลอดก่อนกำหนด และการเสียชีวิตของทารกแรกเกิดอย่างฉับพลันได้ถึงร้อยละ 5-7 และ 23-24 (WHO, 2013) การส่งเสริมให้มีภาวะโภชนาการที่ดีโดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

ครบ 5 หมู่ สตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีดัชนีมวลกายมากกว่า 25 (กิโลกรัม/เมตร²) ควรควบคุมน้ำหนักในระยะเวลา 3-4 เดือนก่อนตั้งครรภ์ เพราะถ้าลดน้ำหนักในระยะเวลาที่มีการปฏิสนธิ ทำให้ขาดสารอาหารและพลังงานซึ่งจะมีผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ได้ (Department of Maternal and Child Health, Regional Health Promotion Center 7 Ubon Ratchathani, Department of Health, 2014) นอกจากนี้การรับประทานอาหารสุขภาพ เช่น ธัญพืช ผัก จะช่วยลดการเกิดภาวะอ้วน โรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และโรคความดันโลหิตสูงได้ (Brooks, Suprananiam, & Mittal, 2022)

พฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ทั้งในและต่างประเทศ พบว่า มีสตรีตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 3.7 ที่เคยรับประทานกรดโฟลิกก่อนตั้งครรภ์ 6 สัปดาห์ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนตั้งครรภ์ 87.2 (Kaewpoung et al., 2018) สตรีวัยเจริญพันธุ์เข้ารับการให้คำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 20.6 (You et al., 2015) นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 62.6 พฤติกรรมการสูบบุหรี่ก่อนตั้งครรภ์ร้อยละ 9 (Goossens, 2018) และสตรีวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 77 ไม่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ (Goossens, Beeckman, Hecke, Delbaere, & Verhaeghe, 2018) สะท้อนให้เห็นว่า สตรีตั้งครรภ์จำนวนมากมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และไม่ได้เข้ารับบริการเตรียมความพร้อม การที่บุคคลจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเตรียมพร้อมก่อนการตั้งครรภ์ต้องอาศัยความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ความสำเร็จในการปฏิบัตินี้จะต้องใช้ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ขึ้นอยู่กับบริบทหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากมาย

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ในต่างประเทศ มีดังนี้ Temel et al. (2013) ศึกษาความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และการศึกษาของ Goossens (2018) พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ และอุปสรรคด้านวัฒนธรรมและความเชื่อมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ นอกจากนี้อิทธิพลจากบุคคลใกล้ชิดและอิทธิพลจากบุคลากรทางการแพทย์มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งผลลัพธ์ของความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีการวางแผนปรับเปลี่ยนการปฏิบัติแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนสุขภาพที่ดี มีการสืบค้นข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ รับประทานกรดโฟลิก รับประทานอาหารสุขภาพ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น เลิกสูบบุหรี่ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ควบคุมน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ (Goossens, 2018)

ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตก่อนตั้งครรภ์เป็นสิ่งสำคัญ อันจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมก่อนตั้งครรภ์ และจะก่อให้เกิดผลลัพธ์ต่อการตั้งครรภ์ที่ดี แต่ในประเทศไทยถึงแม้จะมีนโยบายเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ มียุทธศาสตร์การพัฒนามาตรการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560 - 2569) เพื่อส่งเสริมการวางแผนการตั้งครรภ์และการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และได้รับความช่วยเหลือในการมีบุตร ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ยังมีการเข้ารับบริการจำนวนน้อย ตั้งครรภ์โดยไม่ได้อาสาจำนวนมาก ยังมีการศึกษาวิจัยเรื่องนี้้อย่างน้อยมาก ดังนั้นการวิจัยนี้จึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) (Ajzen, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน อธิบายว่าพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากเจตนา (Intention) ซึ่งปัจจัยที่มีผลต่อความตั้งใจ ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ อิทธิพลจากสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Ajzen, 2006; Goossens, 2018; Setegn, 2021) ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูล

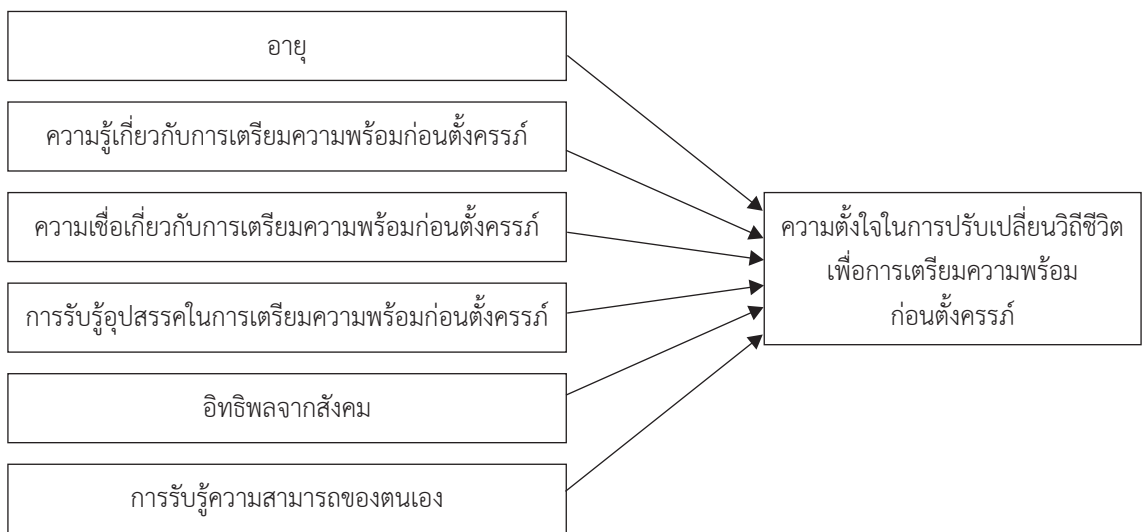
ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เพื่อให้การเกิดทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมที่จะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ และเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของอายุ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ อิทธิพลจากสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) (Ajzen, 2006) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน อธิบายว่าพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลนั้นเป็นผลมาจากเจตนา (Intention) ซึ่งมีปัจจัย 3 ประการ ประกอบด้วย 1) ทศนคติต่อพฤติกรรม 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา 3 ปัจจัย จากทฤษฎีได้แก่ 1) ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เป็นความรู้สึกหรือความคิดเห็นของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ถ้ามีความเชื่อที่ถูกต้องก็จะทำให้มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตก่อนตั้งครรภ์สูง 2) อิทธิพลจากสังคม คือการรับรู้ของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของสังคมซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี เพื่อน ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์หรือโซเชียลมีเดีย อันมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อของสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม หากสตรีวัยเจริญพันธุ์มีการรับรู้ความสามารถสูง จะส่งผลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตก่อนตั้งครรภ์สูงด้วย นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Goossens, 2018; Setegn, 2021) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบบรรยายเชิงทำนาย

ประชากร คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มารับบริการจดทะเบียนสมรส ณ ที่ว่าการอำเภอ

กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีวัยเจริญพันธุ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มารับบริการจดทะเบียนสมรส ณ ที่ว่าการอำเภอ 3 แห่ง ได้แก่ อำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอเมืองชลบุรี และอำเภอเมืองระยอง มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุ 20-49 ปี 2) เป็นคนไทย สามารถสื่อสารโดยการฟัง พูด และอ่านภาษาไทยได้

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ตาราง Krejcie and Morgan (1970) จากประชากร 6,381 คน กำหนดค่าความคาดเคลื่อนเท่ากับ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 361 ราย ในการเก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ เป็นการแจกแบบสอบถามให้สตรีวัยเจริญพันธุ์ตอบด้วยตนเอง ซึ่งมีความเสี่ยงที่จะได้แบบสอบถามที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงพิจารณาเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ จำนวน 36 ราย จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 397 ราย

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง เริ่มต้นด้วยการสุ่มจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วยวิธีการจับฉลากให้ได้ 3 จังหวัด จากจำนวน 7 จังหวัด ซึ่งได้แก่ จังหวัดฉะเชิงเทรา ชลบุรี และระยอง แล้วเลือกอำเภอเมืองของแต่ละจังหวัด ซึ่งมีจำนวนคู่สมรสที่มาจดทะเบียนมากที่สุดที่จะสุ่มได้ แหล่งเก็บข้อมูลคือ หน่วยบริการจดทะเบียนสมรส ณ ที่ว่าการอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอเมืองชลบุรี และอำเภอเมืองระยอง จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบจากลำดับที่ของคู่สมรสที่มารับบริการจดทะเบียนสมรสในวันนั้น ด้วยการเก็บข้อมูลคู่เว้นคู่ให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนผู้มารับบริการจดทะเบียนสมรสในแต่ละจังหวัด อ้างอิงจากปี พ.ศ. 2562 จำนวนผู้รับบริการจดทะเบียนสมรส ณ ที่ว่าการอำเภอเมืองฉะเชิงเทรา อำเภอเมืองชลบุรี และอำเภอเมืองระยองในปี พ.ศ. 2562 เท่ากับ 1,060, 3,089 และ 2,232 ราย คัดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างได้เท่ากับ 66, 192, และ 139 ราย ตามลำดับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสตรีวัยเจริญพันธุ์ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับอายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติโรคทางพันธุกรรมของคนในครอบครัว การคุมกำเนิด และการได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือของ Kaewpoung et al. (2018) มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ เกี่ยวกับความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ระยะเวลาที่เหมาะสม และประโยชน์ของการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ แบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก ให้เลือกตอบข้อที่คิดว่าถูกเพียงข้อเดียว และมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ถูก = 1, ผิด หรือ ไม่ทราบ = 0 คะแนนรวม 0-11 คะแนน การแปลผล คะแนนรวมมาก หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับความจำเป็นและความสำคัญของการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ คะแนนรวม 5-25 คะแนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนสำหรับข้อคำถามเชิงบวก ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5, เห็นด้วย = 4, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 2, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 และสำหรับข้อคำถามเชิงลบ ประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1, เห็นด้วย = 2, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 4, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5 การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ว่ามีผลดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ เกี่ยวกับอุปสรรคทำให้ไม่สามารถปฏิบัติเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลา ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความกังวล คะแนนรวม 9-45 คะแนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5,

เห็นด้วย = 4, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 2, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้
อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์สูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามอิทธิพลจากสังคม ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม
จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับการรับรู้ของสตรีวัยเจริญพันธุ์เกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของสังคมซึ่งเป็นบุคคล
ใกล้ชิด ได้แก่ สามี เพื่อน ครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์หรือโซเชียลมีเดีย อันมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียม
ความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ คะแนนรวม 7-35 คะแนน ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ
โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5, เห็นด้วย = 4, ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 2,
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง สังคมมีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์มาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย
ข้อคำถามจำนวน 14 ข้อเกี่ยวกับความสามารถในการมาตรวจสุขภาพ การมารับคำปรึกษา การได้รับวัคซีน และพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ คะแนนรวม 14-70 คะแนน ลักษณะของแบบสอบถาม
เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5, เห็นด้วย = 4, ไม่แน่ใจ
= 3, ไม่เห็นด้วย = 2, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
ในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์สูง

ส่วนที่ 7 แบบสอบถามความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ผู้วิจัย
สร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ เกี่ยวกับความตั้งใจในการมาตรวจสุขภาพ การมา
รับคำปรึกษา การได้รับวัคซีน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คะแนนรวม 14-70 คะแนน ลักษณะของแบบสอบถาม
เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 5, เห็นด้วย = 4,
ไม่แน่ใจ = 3, ไม่เห็นด้วย = 2, ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง = 1 การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยน
วิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์สูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประกอบด้วย สูติแพทย์
1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา
จากนั้นผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity
Index [CVI]) ของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เท่ากับ 1 แบบสอบถามการรับรู้
อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เท่ากับ .93 แบบสอบถามอิทธิพลจากสังคม แบบสอบถามการรับรู้
ความสามารถของตนเอง แบบสอบถามความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์
เท่ากับ .97

ความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่หาความตรงเชิงเนื้อหาเรียบร้อยแล้ว ไปทดสอบความเชื่อมั่น
โดยทดลองใช้กับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 ราย ซึ่งไม่ใช่สตรี
วัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคได้ค่าความเชื่อมั่น
ของแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการเตรียม
ความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ แบบสอบถามอิทธิพลจากสังคม แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแบบ
สอบถามความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ได้เท่ากับ .80, .79, .75, .85, .80
ตามลำดับ และใช้สูตร KR-20 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เท่ากับ .89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของ
มหาวิทยาลัยบูรพา (รหัส HS051/2564 รับรองวันที่ 2 สิงหาคม พ.ศ. 2564) และได้รับอนุญาตจากนายอำเภอเมือง
ฉะเชิงเทรา อำเภอเมืองชลบุรี และอำเภอเมืองระยองเรียบร้อยแล้ว จึงทำการเก็บข้อมูล กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจง

วัตถุประสงค์ ขึ้นตอนการเก็บข้อมูล และเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง พร้อมทั้งลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการใช้บริการจดทะเบียนสมรส ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ การวิเคราะห์และเผยแพร่ข้อมูลทำในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อหรือแหล่งที่มาของข้อมูล ผู้วิจัยจะทำลายเอกสารหรือข้อมูลทั้งหมดหลังจากงานวิจัยได้รับการเผยแพร่ 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 - มกราคม พ.ศ. 2565 ดังนี้

1. ภายหลังจากที่โครงการวิจัยผ่านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยบูรพาแล้ว ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นเสนอต่อนายอำเภอทั้ง 3 จังหวัด ให้ดำเนินการวิจัย และประสานกับนายอำเภอเพื่อขอความร่วมมืออำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. อบรมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์การวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งทำหน้าที่เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างเช่นเดียวกับผู้วิจัย ในวันที่ผู้วิจัยไม่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลได้
3. ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยขอความร่วมมือสตรีวัยเจริญพันธุ์ หลังการจดทะเบียนสมรสเรียบร้อยแล้ว โดยแนะนำตนเอง อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล แจ้งการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นเชิญเข้าร่วมการวิจัย ให้ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมวิจัยลงชื่อในหนังสือยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และแจกแบบสอบถามรวมถึงชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จัดสถานที่นั่งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอิสระและความเป็นส่วนตัวให้เป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะไม่นั่งใกล้ ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในกรณีที่ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่เข้าใจในข้อคำถามใด ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยจะอธิบายซ้ำเป็นรายบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS ลิขสิทธิ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา กำหนดค่าความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ อิทธิพลจากสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี (ร้อยละ 68.5) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 43.1) และมีมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 17.4) ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 42.8) และไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 11.8) กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีรายได้รวมของครอบครัว 20,000-30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 39.3) เฉลี่ยรายได้รวมต่อเดือน 39,987.48 บาท ($SD = 71429.30$) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 89.9) ไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมของคนในครอบครัว (ร้อยละ 94.2) ไม่ได้คุมกำเนิด (ร้อยละ 58.2) และส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (ร้อยละ 76.6)

2. ปัจจัยที่ศึกษา พบว่า 1) อายุเฉลี่ย 28.7 ปี ($SD = 4.6$) 2) คะแนนรวมความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เท่ากับ 6.8 ($SD = 1.8$) จากคะแนนเต็ม 11 คะแนน 3) คะแนนรวมความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 20.1 ($SD = 2.8$) จากคะแนนเต็ม 25 คะแนน 4) คะแนนรวมการรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์เฉลี่ยเท่ากับ 25.7 ($SD = 8.1$) จากคะแนนเต็ม 45 คะแนน 5) คะแนน

รวมอิทธิพลจากสังคมเฉลี่ยเท่ากับ 29.1 ($SD = 4.0$) จากคะแนนเต็ม 35 คะแนน 6) คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองเฉลี่ยเท่ากับ 60.7 ($SD = 6.8$) จากคะแนนเต็ม 70 คะแนน 7) ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ 61.2 ($SD = 7.2$) จากคะแนนเต็ม 70 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของปัจจัยที่ศึกษา (N = 397)

ตัวแปร	Possible range	Actual range	M	SD
1. อายุ	20-49	20-43	28.7	4.6
2. ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	0-11	0-10	6.8	1.8
3. ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	5-25	15-25	20.1	2.8
4. การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	9-45	9-45	25.7	8.1
5. อิทธิพลจากสังคม	7-35	11-35	29.1	4.0
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	14-70	28-70	60.7	6.8
7. ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	14-70	28-70	61.2	7.2

3. การวิเคราะห์อำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์

3.1 ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน พบว่า 1) ตัวแปรต้นแต่ละตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม (ค่า p ของ F test สำหรับ Linearity อยู่ระหว่าง $<.001$ ถึง $.018$) 2) ตัวแปรต้นไม่มีความสัมพันธ์กันเอง (ค่า r ของตัวแปรต้นแต่ละคู่ อยู่ระหว่าง $-.453$ ถึง $.747$ ดังแสดงในตารางที่ 2) 3) ความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนจากการพยากรณ์ที่ทุกจุดบนเส้นถดถอยมีค่าเท่ากัน (จาก Scatter plots พบว่า ความแปรปรวนของ Residuals ที่ทุกจุดบนเส้นถดถอยมีค่าเท่ากัน), 4) ตัวแปรทั้งหมดมีการแจกแจงแบบปกติ (p values ของตัวแปรทุกตัวจาก Kolmogorov-Smirnov มีค่า $>.05$) 5) ไม่มี Outliers (ค่ามาตรฐานของตัวแปรแต่ละตัวอยู่ระหว่าง -3 ถึง $+3$) 6) ค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงแบบปกติ (p values ของ Standardized errors มีค่า $>.05$) และ 7) ไม่มี Autocorrelation ของ residuals (Durbin-Watson = 2.225)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษา (N = 397)

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. อายุ	1.000						
2. ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	.124**	1.000					
3. ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	.036	.360***	1.000				
4. การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	-.105*	-.303***	-.453***	1.000			
5. อิทธิพลจากสังคม	.072	.173***	.184***	-.053	1.000		
6. การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.125**	.224***	.347***	-.183***	.621***	1.000	
7. ความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	.120**	.207***	.321***	-.224***	.509***	.747***	1.000

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3.2 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ พบว่า ปัจจัยที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ อิทธิพลจากสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง สามารถร่วมกันทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ได้ร้อยละ 54.9 ($R^2 = .549, p < .001$) โดยปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($\beta = .642, p < .001$) อิทธิพลจากสังคม ($\beta = .106, p < .05$) และการรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ($\beta = -.076, p < .05$) ส่วน อายุ ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ได้ อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐานของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ($N = 397$)

ปัจจัย	B	SE	β	t	p-value
อายุ	.033	.055	.021	0.604	.546
ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	.009	.149	.002	0.062	.951
ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	.074	.105	.029	0.705	.481
การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์	-.068	.035	-.076	-1.968	.049
อิทธิพลจากสังคม	.190	.078	.106	2.445	.015
การรับรู้ความสามารถของตนเอง	.679	.048	.642	14.246	<.001

Constant = 13.86, $R^2 = .549$, Adjusted $R^2 = .542$, $F_{6,390} = 79.201, p < .001$

การอภิปรายผล

การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.068, p < .05$) และสตรีวัยเจริญพันธุ์มีการรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ($M = 25.7, SD = 8.1$) อธิบายได้ว่า การรับรู้อุปสรรคมีผลต่อความเป็นไปได้ในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้ร่างกายมีความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ หากไม่มีอุปสรรค หรือมีอุปสรรคน้อยจะทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมเพิ่มโอกาสมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Goossens (2018) ที่พบว่า อุปสรรคด้านวัฒนธรรมและความเชื่อมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และประสบการณ์ในการมีอุปสรรคที่ผ่านมา มีผลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Temel et al., 2013) ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า การรับรู้อุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์

อิทธิพลจากสังคมของสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .106, p < .05$) และพบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนเฉลี่ยของอิทธิพลจากสังคมในระดับสูง ($M = 29.1, SD = 4.0$) อธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ระดับสูงเกี่ยวกับความต้องการหรือความคาดหวังของสังคมซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สามี เพื่อน ครอบครัว

หรือบุคลากรทางการแพทย์ อันมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ จึงส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ที่สูงขึ้นตามมา สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่อธิบายว่าการที่บุคคลอื่นในสังคมเชื่อและยอมรับว่าการกระทำนั้นเป็นสิ่งที่ดี จะทำให้บุคคลคล้อยตามบรรทัดฐานของคนในสังคมและมีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (Ajzen, 2006) ดังนั้นในการศึกษานี้จึงพบว่า อิทธิพลจากสังคมมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อิทธิพลจากบุคคลใกล้ชิด มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Goossens, 2018) และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง เช่น ครอบครัว สามี เพื่อน หรือบุคลากรทางการแพทย์ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ (Setegn, 2021)

การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์และสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .642, p < .001$) และพบว่า สตรีวัยเจริญพันธุ์มีคะแนนรวมเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูง ($M = 60.7, SD = 6.8$) อธิบายได้ว่า หากสตรีวัยเจริญพันธุ์มีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอันประกอบด้วย ความสามารถในการมาตรวจสุขภาพ การมารับคำปรึกษา การได้รับวัคซีน และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ สตรีวัยเจริญพันธุ์ก็จะมีความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้น ๆ โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์สูงขึ้น ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน ที่อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมมีผลต่อความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรม (Ajzen, 2006) และผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Goossens, 2018) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในกลุ่มสตรีวัยเจริญพันธุ์ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Setegn, 2021)

อายุสามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ถึงแม้ว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับต่ำ จึงทำให้อายุสามารถร่วมทำนายได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มารับบริการจดทะเบียนสมรส ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี (ร้อยละ 68.5) ซึ่งเป็นวัยที่เหมาะสมที่จะมีบุตร เป็นคู่สมรสที่แต่งงานใหม่ เริ่มต้นชีวิตคู่ ซึ่งมีความต้องการมีบุตรเพื่อสร้างครอบครัวอันเป็นความคาดหวังของสตรีและคู่สมรส จึงมีความตั้งใจอย่างสูงที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อเตรียมตนเองให้พร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ ($M = 61.2, SD = 7.2$) ดังนั้นอายุของสตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จึงไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อายุ ไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ (Goossens, 2018) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาในประเทศเนเธอร์แลนด์ที่พบว่า อายุของสตรีวัยเจริญพันธุ์มีอิทธิพลทางบวกต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ (Temel et al., 2013)

ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์สามารถร่วมทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจากความรู้มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในระดับต่ำ และสตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มนี้มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ในระดับปานกลาง ($M = 6.8, SD = 1.8$) แม้ว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์จะมีความรู้ไม่มาก แต่ถ้าสตรีและสามีมีความคาดหวังที่จะมีบุตร อาจจะทำให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความตั้งใจเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ค่อนข้างสูง ดังนั้น ความรู้จึงไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ Setegn (2021) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งขัดแย้งกับ

การศึกษาของ Goossens (2018) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และการศึกษาของ Ong et al. (2018) พบว่า ผู้ที่มีความรู้ทางพันธุกรรมที่ดีมีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการตรวจคัดกรองโรคทางพันธุกรรมเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ มากถึง 7 เท่า

ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์สามารถทำนายความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ได้ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า ถึงแม้สตรีวัยเจริญพันธุ์กลุ่มนี้ จะมีความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ค่อนข้างสูง ($M = 20.1, SD = 2.8$) และมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ แต่เป็นความสัมพันธ์ในระดับค่อนข้างต่ำ จึงทำให้ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์สามารถร่วมทำนายได้อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากสตรีวัยเจริญพันธุ์ร้อยละ 89.9 สุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว และร้อยละ 94.2 ไม่มีประวัติโรคทางพันธุกรรมของคนในครอบครัว จึงเชื่อว่าไม่จำเป็นต้องมาตรวจและรับคำปรึกษาก่อนตั้งครรภ์ ไม่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ดังนั้นความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ จึงไม่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนที่อธิบายว่า ความเชื่อในผลของการกระทำพฤติกรรมมีอิทธิพลต่อทัศนคติที่ดีในการกระทำพฤติกรรมท้ายที่สุดจะส่งผลต่อความตั้งใจและการกระทำพฤติกรรมนั้น (Ajzen, 2006) และผลวิจัยนี้ขัดแย้งกับการศึกษาของ Goossens (2018) ที่พบว่า ความเชื่อเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์

ข้อจำกัดในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างบางรายมีการวางแผนการตั้งครรภ์อีกหลายปีข้างหน้า จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่ได้ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งอาจจะมีผลต่อการตอบแบบสอบถาม และการวิจัยนี้ศึกษาเฉพาะกลุ่มที่มาจากทะเบียนสมรส ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความพร้อมการเริ่มต้นครอบครัว ผลการศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มที่ไม่ได้จดทะเบียนได้

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสุขภาพควรให้ความสำคัญกับการประเมินและพัฒนาการรับรู้ความสามารถของสตรีก่อนตั้งครรภ์ ให้การปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการลดอุปสรรคในการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ และส่งเสริมอิทธิพลทางสังคม ซึ่งจะช่วยให้สตรีวัยเจริญพันธุ์มีความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก ประเด็นปัญหาในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างนโยบายของสถานบริการให้มีการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์ได้อย่างครอบคลุม
3. การศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลหรือโปรแกรมการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนตั้งครรภ์สำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์และคู่สมรส

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพาผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย รศ.ดร.จินตนา วัชรสินธุ์ และ ผศ.ดร.วรรณทนา ศุภสีมานนท์ ที่ให้การปรึกษาการทำวิจัยนี้ และขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่กรุณาตอบแบบสอบถาม ทำให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

- Ajzen, I. (2006). *Constructing a theory of planned behavior questionnaire*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/235913732_Constructing_a_Theory_of_Planned_Behavior_Questionnaire
- Amaje, E., Fikrie, A., & Utura, T. (2022). Utilization of preconception care and its associated factors among pregnant women of West Guji zone, Oromia, Ethiopia, 2021: A community-based cross-sectional study. *Health Services Research and Managerial Epidemiology*, 9, 1-10. doi:10.1177/23333928221088720
- Brooks, C., Supramaniam, P. R., & Mittal, M. (2022). Preconception health in the well woman. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 24, 58-66.
- Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2020). *Planning for pregnancy*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/preconception/planning.html>
- Department of Maternal and Child Health, Regional Health Promotion Center 7 Ubon Ratchathani, Department of Health. (2014). *Training guide prenatal preparation course for quality parents (preconception care) for spouses*. Ubon Ratchathani: We can service express. [In Thai]
- Floyd, R. L., Johnson, A. K., Owens, R. J., Verbiest, S., Moore, A. C., & Boyle, C. (2013). A national action plan for promoting preconception health and health care in the United States (2012-2014). *Journal of Women's Health*, 22(10), 797-802. doi: 10.1089/jwh.2013.4505
- Goossens, J. (2018). *Preconception health and care: Perspectives from the reproductive-aged population in Flanders [Unpublished dissertation]*. Doctoral degree in Health Sciences, Ghent University.
- Goossens, J., Beeckman, D., Hecke, A. V., Delbaere, I., & Verhaeghe, S. (2018). Preconception lifestyle changes in women with planned pregnancies. *Midwifery*, 56, 112-120.
- Kaewpoung, S., Deoisres, W., & Suppaseemanont, W. (2018). Influencing of perception of pregnancy risk, knowledge, and attitude on preconception health behavior among pregnant women. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 26(2), 57-66. [In Thai]
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Ministry of Public Health. (2017). *The 2nd national reproductive health development policy and strategy (2017-2026) on the promotion of quality birth and growth*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [In Thai]
- Ministry of Public Health. (2020). *Department of health to reduce HIV infection from mother to child*. Retrieved from <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/301163/> [In Thai]
- Ong, R., Howting, D., Rea, A., Christian, H., Charman, P., Molster, C., Ravenscroft, G., & Laing, N. G. (2018). Measuring the impact of genetic knowledge on intentions and attitudes of the community towards expanded preconception carrier screening. *Journal of Medical Genetics*, 55(11), 744-752. <https://doi.org/10.1136/jmedgenet-2018-105362>

- Ramkiattisak, M., & Angsuwathana, S. (Ed.). (2020). *Guidelines for premarital and preconception care*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [In Thai]
- Setegn, M., (2021). Intention to use and Its predictors towards preconception care use among reproductive age women in Southwest Ethiopia, 2020: Application of theory of planned behavior (TPB). *International Journal of General Medicine*, 14, 4567-4577. <https://doi.org/10.2147/IJGM.S324242>
- Strategy and Planning Division. (2020). *Public health statistics 2020*. Retrieved from <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8900> [In Thai]
- Temel, S., Birnie, E., Sonneveld, H. M., Voorham, A. J. J., Bonsel, G. J., Steegers, E. A. P., & Denktas, S. (2013). Determinants of the intention of preconception care use: Lessons from a multi-ethnic urban population in the Netherlands. *International Journal of Public Health*, 58, 295-304. doi:10.1007/s00038-012-0396-3.
- You, X., Tan, H., Hu, S., Wu, J., Jiang, H., Peng, A., Dai, Y., Wang, L., Guo, S., & Qian, X. (2015). Effects of preconception counseling on maternal health care of migrant women in China: A community-based, cross-sectional survey. *Biological Medicine Central Pregnancy and Childbirth*, 15(55), 1-10.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Preconception care: Maximizing the gains for maternal and child health*. Retrieved from http://www.who.int/maternal_child_adolescent

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

รัศมีสุนันท์ จันทระภักดี, พย.ม^{1*} พิชามณูชู่ อินทะพุดม, ปร.ด.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขในการเรียนออนไลน์และปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ในสถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา จำนวน 152 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ความเครียดในการเรียนออนไลน์ ความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด และความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .84, .75, .84, .72 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นต้น

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 124.11$, $SD = 16.15$) และปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ ได้แก่ กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด ($\beta = .44$) ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ($\beta = .28$) และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ($\beta = -.13$) โดยสามารถร่วมกันทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ได้ร้อยละ 39 (Adjusted $R^2 = .39$, $p < .001$) ผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารในสถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมการเรียนการสอนแบบออนไลน์ที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสุขแก่นักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

คำสำคัญ: ความสุขในการเรียนออนไลน์ นักศึกษาพยาบาล สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

¹ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: russunan@gmail.com

Factors affecting Happiness in Online Learning among Nursing Students during the COVID-19 Pandemic Situation

Russunan Jantarapakdee, M.N.S.^{1*}, Pichamon Intaput, Ph.D.²

Abstract

This study aimed to describe the happiness in online learning and examine factors affecting happiness in online learning among nursing students during the COVID-19 pandemic situation. A stratified random sampling technique was used to recruit 152 undergraduate nursing students. Research instruments included self-report questionnaires comprising demographic information, the stress of online learning, the anxiety about COVID-19, Connor-Davidson Resilience Scale [CD-RISC (Thai version)], the Brief COPE inventory (Thai version), and happiness learning of nursing students. Their Cronbach's alpha coefficients were .84, .75, .84, .72, and .88, respectively. Descriptive statistics and Stepwise multiple regression were used to analyze the data.

The results revealed that nursing students had a high level of happiness in online learning ($\bar{x} = 124.11$, $SD = 16.15$). Factors such as the strategies for coping with stress ($\beta = .44$), resilience ($\beta = .28$), and anxiety about COVID-19 ($\beta = -.13$) were the significant predictors of happiness in online learning among nursing students. These predictors explained 39% of the variance in happiness in online learning among nursing students ($R^2 = .39$, $p < .001$). The findings could aid administrators in the educational institutions in developing activities for online learning that enhance happiness in nursing students during the COVID-19 pandemic.

Key words: Happiness in online learning, nursing students, COVID-19 pandemic situation.

¹ Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

* Corresponding author e-mail: russunan@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

สถานการณ์การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ ที่เกิดขึ้นเมื่อ ปี พ.ศ. 2562 จนถึงปัจจุบัน ส่งผลกระทบด้านสุขภาพอย่างแพร่หลายต่อประชากรทั่วโลก ทั้งภาวะสุขภาพองค์รวมของบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ สังคม และประเทศชาติ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern [PHEIC]) ทั้งนี้ในประเทศไทย ได้มีมาตรการทางสังคมที่สำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดเป็นระยะตามสถานการณ์ จนกระทั่งรัฐบาลไทยได้มีการประกาศใช้พระราชกำหนด (พ.ร.ก.) การบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน เพื่อควบคุมสถานการณ์แพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และมีมาตรการปิดเมือง (Lockdown) ในหลายพื้นที่พร้อมกับให้ทุกคนเว้นระยะห่างทางสังคม (Social distancing) และกักตัวเอง (Self- quarantine) จนกว่าจะมีเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น (Department of Mental Health, 2020) นอกจากนี้การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ยังกระทบต่อรูปแบบการจัดการเรียนการสอนของสถาบันการศึกษาในทุกระดับ จากมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 จำเป็นต้องงดการจัดการเรียนการสอนในที่ตั้ง และปรับเปลี่ยนรูปแบบการเรียนการสอนในระบบออนไลน์แทน โดยการเรียนการสอนออนไลน์ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 นั้นถือเป็นเรื่องใหม่ที่สถาบันการศึกษาต้องมีการปรับตัวแทบทุกสถาบัน ส่งผลให้สถาบันศึกษานำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้เพื่อจัดการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์ด้วยการใช้เครื่องมือสื่อสารด้านเทคโนโลยีที่ทันสมัยและโปรแกรมต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงเข้าสู่ห้องเรียนออนไลน์อย่างมีประสิทธิภาพ หรือมีการใช้การเรียนการสอนเสมือนจริง (Virtual education) เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเรียนได้จากทางไกล ติดต่อสื่อสารให้การปรึกษา ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำเสนอผลงานในชั้นเรียนออนไลน์เสมือนห้องเรียนจริง และสามารถเรียนได้ทุกที่ทุกเวลา (Prasertong, Sanghirunrutana, & Kladdkaew, 2021) นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยังนำไปสู่การปรับเปลี่ยนที่รวดเร็วของสถาบันศึกษาพยาบาลด้วย อาทิเช่น การไม่อนุญาตให้นักศึกษาชั้นฝึกปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 การลดจำนวนวันฝึกปฏิบัติในคลินิกหรือในชุมชนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสผู้ติดเชื้อ ผู้ที่มีความเสี่ยงสูง และเพิ่มความปลอดภัยทั้งต่อผู้รับบริการ นักศึกษาและอาจารย์นิเทศ

รูปแบบการเรียนการสอนในระบบออนไลน์นั้น อาจจะมีรูปแบบการถ่ายทอดความรู้ที่แตกต่างกัน การใช้สื่อและเทคโนโลยีมากขึ้น แต่กระบวนการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนยังคงต้องกำหนดตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแต่ละรายวิชาที่ระบุในหลักสูตรของแต่ละสถาบันการศึกษา ในขณะที่เดียวกันนักศึกษาจำเป็นต้องมีความรับผิดชอบในการเรียนมากกว่าปกติ (Anekpunyakul, 2020) เช่น การปรับตัว การมีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมในการเรียน ความไม่เท่าเทียมกันของทักษะด้านดิจิทัลและการเข้าถึงอุปกรณ์เพื่อใช้สนับสนุนการเรียนการสอนออนไลน์ที่อาจมีข้อจำกัดบางประการ อีกทั้งการใช้เวลาผ่านหน้าจออิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลานาน อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตสังคม ทำให้เกิดความเมื่อยล้าทางสายตาหรือร่างกาย การปรับตัวต่อการเรียนการสอนรูปแบบใหม่ที่แตกต่างไปจากเดิม การสร้างสัมพันธ์ภาพกับคณาจารย์และเพื่อนผ่านช่องทางออนไลน์ สิ่งเหล่านี้อาจก่อให้เกิดภาวะเครียดและวิตกกังวลได้ (Jantarapakdee, Hengudomsab, & Vatanasin, 2022) นอกจากนี้ สถานการณ์ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา-19 นักศึกษาพยาบาลอาจเผชิญปัญหาในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย ได้แก่ ความเครียดในสถานการณ์ที่ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม ค่าใช้จ่ายในการศึกษา (Samathakul, 2020) มาตรการรับมือในสถานการณ์การแพร่ระบาด รวมถึงข้อจำกัดในการใช้แหล่งทรัพยากร หรือการสนับสนุนทางสังคมที่ตามปกติสามารถเข้าถึงได้ง่าย ส่งผลให้การเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพที่เพียงพอ กระทบความสนใจไปสู่อารมณ์ซึมเศร้าได้มากขึ้น (Thailand Nursing Honor Society, 2021; Moawad, 2020) ซึ่งความสุขในการเรียนรู้นั้นถือเป็นความรู้สึกที่ดีที่ผู้เรียนมีต่อการเรียน ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านการเรียน ประกอบด้วย ความต้องการที่จะเรียนรู้ ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในการเรียน การทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อนและอาจารย์ผู้สอน มีความสนุกสนานเพลิดเพลินในการเรียน มีความสุขในการเรียน รู้สึกผ่อนคลายขณะทำกิจกรรม และมีความรู้สึกที่ดีที่ได้อยู่กับเพื่อน และอาจารย์ผู้สอน (Julrat, 2010)

รูปแบบการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 แม้จะเปลี่ยนมาเป็นรูปแบบออนไลน์ แต่สถาบันการศึกษาจะต้องมุ่งเน้นความสุขของผู้เรียน เพราะความสุขเป็นพลังสำคัญในการเกิดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี และช่วยให้ผู้เรียนสามารถทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ในชีวิต พร้อมทั้งจะก้าวเข้าสู่วิชาชีพพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม อย่างไรก็ดี ความสุขในการเรียนออนไลน์นั้นไม่แตกต่างจากความสุขในการเรียนรู้ เพราะเป็นความรู้สึกที่ดีที่ผู้เรียนมีต่อการเรียน เพื่อน และอาจารย์ผู้สอน ถึงแม้ว่าการเรียนออนไลน์จะมีความแตกต่างในรูปแบบการถ่ายทอดความรู้โดยใช้สื่อและเทคโนโลยีมากขึ้นก็ตาม การเรียนออนไลน์นั้นถ้าส่งผลให้ผู้เรียนเกิดอารมณ์ทางบวกมีความสุขสนุกสนานเพลิดเพลินในการเรียน มีความสุข มีความรู้สึกผ่อนคลายย่อมก่อให้เกิดความสุขในการเรียนได้ และก่อให้เกิดการเรียนรู้หรือผลลัพธ์จากการเรียนที่ไม่แตกต่างจากการเรียนการสอนในรูปแบบเดิม แต่การปรับรูปแบบการเรียนการสอนมาเป็นแบบออนไลน์อย่างกะทันหันจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ย่อมส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลาย มีความเครียดในการเรียน (Prasertsong et al., 2021) และความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น (Srisoem, Chitrak, Jaimun, & Chuakan, 2021; Luo, Gheshlagh, Dalvand, Saedmoucheshi, & Li, 2021) ทั้งนี้หากนักศึกษาพยาบาลไม่สามารถปรับตัวกับสิ่งเหล่านี้ได้ ย่อมมีผลกระทบต่อนักศึกษาพยาบาลเอง เช่น ความสุขในการเรียนลดลง พักการเรียน ลาออกจากการเรียน หรือส่งผลต่อการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งหากนักศึกษาเกิดปัญหาสุขภาพจิตขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ครอบครัว สังคม และประเทศชาติได้ (Jantarapakdee et al., 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาเชิงสำรวจความสุขของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์ทั่วไป โดยมีทั้งเลือกศึกษาบางชั้นปี และศึกษาเปรียบเทียบทั้ง 4 ชั้นปี โดยพบผลการศึกษาที่หลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบทของการศึกษา เช่น การศึกษาของ Saito, Voraham, and Senarak (2011) พบว่า นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 มีคะแนนเฉลี่ยความสุขมากที่สุด รองลงมาคือชั้นปีที่ 4 ชั้นปีที่ 2 และชั้นปีที่ 3 ตามลำดับ ส่วนการศึกษาของ Poonnotok and Napkasorn (2016) ที่ศึกษาความสุขของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ถึง ชั้นปีที่ 4 พบว่าความสุขของนักศึกษาพยาบาลทั้ง 3 ชั้นปีไม่แตกต่างกัน โดยชั้นปีที่ 2 และ 3 มีระดับคะแนนเฉลี่ยความสุขใกล้เคียงกัน และนักศึกษาชั้นปีที่ 4 มีระดับคะแนนเฉลี่ยความสุขมากที่สุด มีบางการศึกษาที่ให้ความสนใจต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 แต่มุ่งเน้นไปที่การสำรวจความเครียดในการเรียนออนไลน์ (Prasertsong et al., 2021) และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่พบทั้งในและต่างประเทศ (Srisoem et al., 2021; Luo et al., 2021) นอกจากนี้ ยังมีบางการศึกษาที่มุ่งหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่า มีปัจจัยภายใน ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง ความรู้สึกเชื่อมั่นในคุณค่าที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของตนเอง ส่วนปัจจัยภายนอก ได้แก่ สัมพันธภาพกับเพื่อน สัมพันธภาพกับครอบครัว สัมพันธภาพกับอาจารย์ และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับกลางกับความสุข (Poonnotok & Napkasorn, 2016) นอกจากนี้ ยังมีอีกการศึกษาที่พบตัวแปรอื่นที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ ทักษะคิดต่อวิชาชีพที่ดี มีความพึงพอใจต่อการเรียน มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และความวิตกกังวล (Bundasak, Nabkasorn, & Vatanasin, 2017)

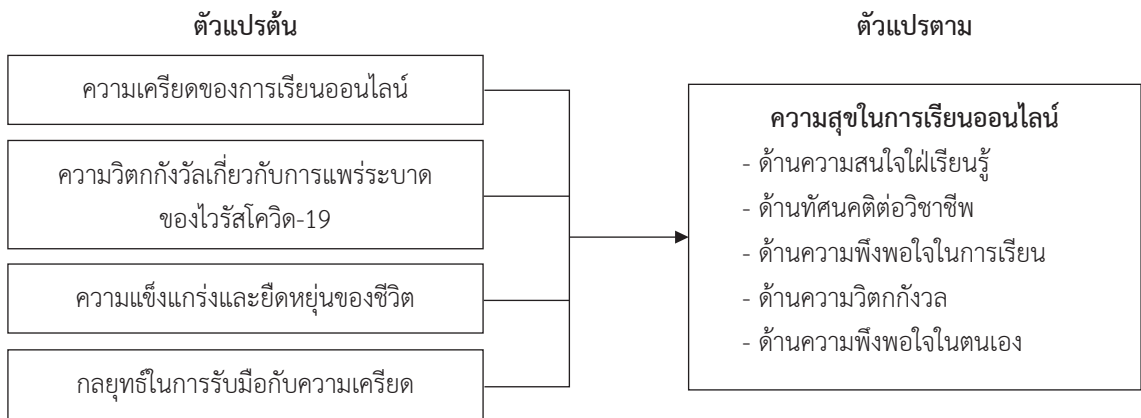
อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมา ยังไม่ค่อยมีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาอิทธิพลของปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ความเครียดของการเรียนออนไลน์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดต่อความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งสถาบันการศึกษาพยาบาลและอื่น ๆ สามารถนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ประกอบในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสุขแก่นักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ ความเครียดของการเรียนออนไลน์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดต่อความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ (Wellness model) ของ Hettler ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยกรอบแนวคิดทฤษฎีของ Hettler (1984) กล่าวว่า สุขภาวะที่สมบูรณ์ต้องประกอบด้วยด้วยสุขภาวะทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตวิญญาณ ปัญญา และการรู้จักอารมณ์ สังคม และอาชีพ ซึ่ง Thongsom (2011) ได้นำกรอบแนวคิดทฤษฎีดังกล่าว มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาดัชนีชี้วัดความสุขในการเรียนรู้ให้กับนักศึกษาพยาบาล โดยแบ่งองค์ประกอบความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้ ด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ ด้านความพึงพอใจในการเรียน ด้านความวิตกกังวล และด้านความพึงพอใจในตนเอง โดยพบว่าหากนักศึกษาพยาบาลมีความสนใจใฝ่เรียนรู้ในวิชาที่ตนเรียน มีทัศนคติต่อวิชาชีพที่ดี มีความพึงพอใจต่อการเรียน มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และไม่มีความวิตกกังวลต่อการเรียนและการฝึกปฏิบัติงาน จะส่งผลให้นักศึกษามีความสุขในการเรียนได้ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาพยาบาลในการเรียนแบ่งได้ 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยภายใน ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพ ความฉลาดทางอารมณ์และความแข็งแกร่งในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเอง อีกทั้งปัจจัยภายนอก ประกอบด้วย สัมพันธภาพกับเพื่อน ครอบครัว อาจารย์ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการเรียนการสอน เป็นต้น มีความเกี่ยวข้องกับความสุขของนักศึกษาพยาบาล โดยพบว่า ความฉลาดทางอารมณ์ และการเห็นคุณค่าในตนเองจะส่งผลให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจและมีความสุขในชีวิต รวมถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีย่อมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข (Poonnotok, & Napkasorn, 2016) นอกจากนี้ยังพบว่าความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต ทัศนคติต่อวิชาชีพ และความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับความสุขของนักศึกษาพยาบาลเช่นกัน (Grotberg, 1995; Bundasak et al., 2017) จากสถานการณ์ในปัจจุบันเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่ส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิตและการศึกษาของนักศึกษาพยาบาลอย่างกะทันหัน และมีการนำเทคโนโลยีต่าง ๆ มาใช้ในการจัดการเรียนการสอนผ่านระบบออนไลน์เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ ก่อให้เกิดปัจจัยที่มีความสำคัญกับความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล แต่ทั้งนี้หากนักศึกษาพยาบาลมีวิธีในการรับมือกับความเครียด ความอดทน หรือลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากเหตุการณ์ที่เปลี่ยนแปลงกะทันหันหรือภาวะอันตรายที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ ย่อมส่งผลกับความสุขในการเรียนออนไลน์ ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมุติฐานการวิจัย

ความเครียดของการเรียนออนไลน์ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดสามารถร่วมกันทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ในการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Descriptive predictive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1-4 ที่ศึกษาอยู่ในปีการศึกษา 2564 และมีประสบการณ์การเรียนออนไลน์ 2) มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 3) ยินดีเข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ 4) สามารถเข้าถึงการใช้สัญญาณ internet 5) สามารถใช้โทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์ส่วนตัว หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ในการตอบแบบสอบถามได้

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*power 3.1.2 โดยมีจำนวนตัวแปร (Predictors) เท่ากับ 4 ตัวแปร กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.15 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (Medium) ค่าความคลาดเคลื่อนจากการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 และค่าอำนาจทดสอบ (Power of test) เท่ากับ 0.95 (Srisathainarakul, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 129 ราย เพื่อเป็นการป้องกันการได้รับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ จึงได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก ร้อยละ 20 ดังนั้นงานวิจัยนี้จะทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นนักศึกษาพยาบาลรวมทั้งสิ้น 155 ราย หลังจากที่เก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยตรวจสอบพบว่ากลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งหมดเพียง 152 ราย คิดเป็นร้อยละ 98.06 ที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) โดยจะทำการสุ่มเพื่อคัดเลือกนักศึกษาที่เป็นตัวแทนในระดับชั้นจากนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ถึง 4 ตามสัดส่วนของนักศึกษาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ชั้นปี เกรตเฉลี่ยในปีการศึกษาล่าสุด ภูมิภาค ค่าใช้จ่ายช่วงระหว่างเรียน ที่พักอาศัย ขณะเรียน และอุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความเครียดในการเรียนออนไลน์ เป็นแบบประเมินที่พัฒนามาจาก Prasertsong et al. (2021) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 1.00-4.00 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์มาก แบ่งคะแนนเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.99 หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับน้อย ค่าเฉลี่ย 2.00 -2.99 หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.00-4.00 หมายถึง มีความเครียดในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับมาก แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลโดยในงานวิจัยของ Prasertsong et al. (2021) ได้ค่าความความเที่ยงเท่ากับ 0.91 และมีค่าความเที่ยงในงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Department of Mental Health (2020) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 5-15 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความกังวลต่อไวรัสโควิด-19 มาก โดยแบ่งค่าคะแนน 1-5 คะแนน ไม่มีความกังวล ค่าคะแนน 6-10 คะแนน มีความกังวลระดับปานกลาง และค่าคะแนน 11-15 คะแนน มีความกังวลระดับมาก/ประจำ แบบประเมินนี้เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่นำไปใช้ประเมินความวิตกกังวลต่อไวรัสโควิด-19 ของกรมสุขภาพจิต และนำไปใช้ศึกษาในนักศึกษาพยาบาลโดยในงานวิจัยของ Srisoem et al. (2021) ได้ค่าความความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และมีค่าความเที่ยงในงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต (Connor-Davidson Resilience Scale [CD-RISC]) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดย Connor and Davidson (2003) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดย Vongsirimas, Thanoi, and Klainin-Yobas (2017) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดยมีคะแนนอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตมาก โดยแบ่งค่าคะแนน 10 -29 คะแนน มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับต่ำ และค่าคะแนนมากกว่า 30 คะแนนขึ้นไป มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตในระดับสูง แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย โดยในงานวิจัยของ Jirathikrengkrai, Vongsirimas, Thanoi, and Phetrasuwan (2021) ได้ค่าความความเที่ยงเท่ากับ 0.77 และมีค่าความเที่ยงในงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.84

ส่วนที่ 5 แบบประเมินกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด แบบสั้นฉบับภาษาไทย (the Brief COPE inventory) พัฒนาโดย Carver (1997) ซึ่งแบบประเมินถูกพัฒนามาจาก พื้นฐานแนวคิดการจัดการความเครียดของ Lazarus and Folkman (1984) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (Back-translation) โดย Numsang, and Tantrungroj (2018) ซึ่งแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขปัญหา และการจัดการความเครียดแบบมุ่งจัดการอารมณ์ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 28 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) และการศึกษาคำนี้แปลผลในภาพรวมไม่ได้หาความสัมพันธ์รายด้าน โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 28-112 คะแนน การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดมาก แบ่งเป็น ค่าคะแนน 28-69 คะแนน มีการเลือกใช้กลยุทธ์ด้านนั้นในการรับมือกับความเครียดระดับต่ำ และค่าคะแนนมากกว่า 69 คะแนนขึ้นไป มีการเลือกใช้กลยุทธ์ด้านนั้นในการรับมือกับความเครียดระดับสูง แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในวัยรุ่นตอนปลาย โดยในงานวิจัยของ Jirathikrengkrai et al. (2021) ได้ค่าความความเที่ยงเท่ากับ 0.80 และมีค่าความเที่ยงในงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.72

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล เป็นแบบสอบถามความสุขในการเรียนรู้ที่พัฒนามาจาก Thongsom (2011) ประกอบด้วยข้อคำถาม 32 ข้อ แบ่งเป็นองค์ประกอบของความสุขในการเรียนรู้ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านความสนใจใฝ่เรียนรู้ ด้านความพึงพอใจในการเรียน ด้านความพึงพอใจในตนเอง ด้านทัศนคติต่อวิชาชีพ ด้านความวิตกกังวล คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 32-160 คะแนน แบ่งเป็น ค่าคะแนน 32 -95 คะแนน มีความสุขในการเรียนออนไลน์ต่ำ และค่าคะแนนมากกว่า 96 คะแนนขึ้นไป มีการมีความสุขในการเรียนออนไลน์สูง แบบประเมินนี้มีการนำไปใช้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างนักศึกษาพยาบาล โดยในงานวิจัยของ Bundasak, Nabkasorn, and Vatanasin (2017) ได้ค่าความความเที่ยงเท่ากับ 0.85 และมีค่าความเที่ยงในงานวิจัยนี้เท่ากับ 0.88

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่การได้รับรองจริยธรรมการวิจัย คือ IRB1-036/2565 เพื่อป้องกันอิทธิพลของผู้วิจัยที่เป็นอาจารย์ผู้สอนในคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจเข้าร่วมงานวิจัย ผู้วิจัยจะมอบหมายผู้ช่วยวิจัยซึ่งมิใช่อาจารย์ที่สอนนักศึกษา ซึ่งเป็นนักวิชาการการศึกษาด้านการบริหารงานวิจัย ทำการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับงานวิจัย ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ ความเสี่ยง และประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนการรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าถึงและขั้นตอนในการตอบแบบสอบถามออนไลน์ก่อนดำเนินการทำแบบสอบถามเพื่อให้เกิดความอิสระในการตอบแบบสอบถาม รวมถึงย้ำถึงการไม่ระบุชื่อนามสกุล และรหัสนักศึกษาที่จะทราบข้อมูลที่จะระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามออนไลน์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจได้ว่าจะไม่สามารถระบุตัวตนได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การตอบแบบสอบถามออนไลน์ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถตอบแบบสอบถามออนไลน์ ซึ่งในการตอบแบบสอบถามนี้จะไม่มีการให้นักศึกษาระบุชื่อและนามสกุลหรือข้อมูลที่จะระบุตัวตนได้ ในการตอบแบบสอบถามออนไลน์นี้ นักศึกษาสามารถเข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้หลายช่องทาง ทั้งนี้ในช่วงเวลาการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะอำนวยความสะดวกโดยจัด Notebook ไว้ที่ห้องวิจัยซึ่งนักศึกษาสามารถมาใช้ในการตอบคำถาม และการตอบคำถามออนไลน์นี้นักศึกษาสามารถตอบได้ผ่านทางโทรศัพท์มือถือเช่นกัน งานวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างไม่จำเป็นต้องลงนามในใบยินยอม การที่กลุ่มตัวอย่างคลิกที่ปุ่มตอบแบบสอบถาม จากนั้นทำการตอบแบบสอบถาม แล้วทำการคลิกที่ปุ่ม (ส่ง) เป็นการแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างยินยอมและอนุญาตให้ผู้วิจัยทำการศึกษาข้อมูลตามที่ได้ถามในแบบสอบถาม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์การพยากรณ์ตัวแปรด้วย Stepwise multiple regression analysis

ผลการวิจัย

1. นักศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คิดเป็นร้อยละ 35.5 มีค่าเฉลี่ยผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนอยู่ที่ 3.30 มีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยช่วงระหว่างเรียน 5,000 - 10,000 บาท (ต่อเดือน) คิดเป็นร้อยละ 65.1 นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่ได้หารายได้เสริม คิดเป็นร้อยละ 81.6 ที่พักขณะเรียนอยู่นอกมหาวิทยาลัยคิดเป็นร้อยละ 63.8 อุปกรณ์ที่ใช้ในการเรียนออนไลน์ส่วนใหญ่มักใช้ Smartphone, iPad และ Notebook คิดเป็นร้อยละ 42.8

2. กลุ่มตัวอย่างมีความเครียดของการเรียนออนไลน์และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.53, SD = 0.42; \bar{x} = 9.39, SD = 1.77$ ตามลำดับ) มีความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดอยู่ระดับ และความสุขในการเรียนออนไลน์อยู่ในระดับสูง ($\bar{x} = 43.66, SD = 5.85; \bar{x} = 79.13, SD = 4.94; \bar{x} = 124.11, SD = 16.15$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และช่วงคะแนนของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสุขในการเรียนออนไลน์ (n=152)

ตัวแปรที่ศึกษา	Possible Range	Actual Range	Mean	SD	ระดับ
- ความเครียดของการเรียนออนไลน์	1-4	2-3.89	2.53	0.42	ปานกลาง
- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19	5-15	5-13	9.39	1.77	ปานกลาง
- ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต	10-50	23-50	43.66	5.85	สูง
- กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด	28-112	63-87	79.13	4.94	สูง
- ความสุขในการเรียนออนไลน์	32-160	76-160	124.11	16.15	สูง

3. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลมีทั้งหมด 3 ปัจจัย ได้แก่ กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 โดยสามารถร่วมกันทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ได้ร้อยละ 39 (Adjusted R² = .39, p < .001) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล มากที่สุดคือ กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด (β = .44) รองลงมาคือ ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต (β = .28) และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (β = -.13) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล (n=152)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t	p-value
Constant	-10.84	17.68		-.61	.541
- กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด	1.43	.23	.44	6.27	<.001
- ความแข็งแรงและยืดหยุ่นของชีวิต	.77	.20	.28	3.94	<.001
- ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19	-1.22	.59	-.13	-2.07	.040

R² = .40; Adjust R² = .39; F_{3, 148} = 33.26; p < .001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาศิลสามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 มีค่าคะแนนโดยรวมอยู่ในระดับสูง (x̄ = 124.11, SD = 16.15) จากงานวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าการศึกษาที่มีความพึงพอใจในตนเอง รวมถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการพยาบาลนั้นเป็นปัจจัยภายในที่ก่อให้เกิดความสุขในการเรียนรู้ โดยเป็นตัวกระตุ้นให้นักศึกษาพยาบาลมีความสนใจใฝ่เรียนรู้เพื่อพัฒนาตนเอง อีกทั้งทัศนคติที่ดีจะแสดงออกในด้านความรักต่อวิชาชีพ ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในด้านบวก ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีความรับผิดชอบในหน้าที่ มีความพอใจในชีวิตการเรียน ตั้งใจเรียน มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่ดี แม้การเรียนพยาบาลจะมีความยุ่งยากซับซ้อนก็ตาม

(Vichitvatee, 2018; Saito et al., 2011) อีกทั้งนักศึกษาส่วนใหญ่จะอยู่ในวัย Generation Z เติบโตท่ามกลางสังคมแบบดิจิทัลที่ทันสมัย สามารถสืบค้นความรู้ผ่านอินเทอร์เน็ตได้ง่ายและรวดเร็วกว่าการเปิดตำรา คู่กันเคยกับการดำเนินชีวิตด้วยการติดต่อผ่านเทคโนโลยี การเรียนการสอนผ่านรูปแบบออนไลน์จึงอาจส่งผลกระทบต่อความสุขในการเรียนได้น้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wanna, Chaimongkol, and Poonnotok (2017) ที่พบว่า ความสุขของนักศึกษาพยาบาลในมหาวิทยาลัยเอกชนอยู่ในระดับสูง โดยพบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของนักศึกษาพยาบาล ทั้งนี้ความสุขในการเรียนรู้ของนักศึกษานั้น มีปัจจัยหลากหลายเข้ามาเกี่ยวข้อง ประกอบด้วยปัจจัยทางภายใน ได้แก่ ความฉลาดทางอารมณ์ การเห็นคุณค่าในตนเอง ทักษะคิดต่อวิชาชีพ วิธีการจัดการปัญหา เป็นต้น รวมถึงปัจจัยภายนอก ได้แก่ รายรับที่เพียงพอในแต่ละเดือน สัมพันธภาพกับเพื่อน ครอบครัวและอาจารย์ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความพึงพอใจและความสุขในชีวิต ซึ่งตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสุข (Saito et al., 2011) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Thongsom (2011) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยของความสุขในการเรียนอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นการเก็บข้อมูลความสุขของนักศึกษาพยาบาลที่ไม่ได้มาจากการเรียนออนไลน์

2. ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาล ในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ได้แก่ กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต และความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งเอาไว้ และสามารถอภิปรายได้ ดังนี้

2.1 กลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวก และสามารถทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลได้มากที่สุด ($\beta = .44$) ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดและมีความสุขในการเรียนออนไลน์ระดับสูงด้วย อธิบายได้ว่า การมีกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียดที่สูงนั้น ทำให้นักศึกษาผ่อนคลายและมีความสุขกับการเรียนออนไลน์ (Prasertsong et al., 2021) ซึ่งกลยุทธ์ในการจัดการกับความเครียด (Coping strategies) เป็นความพยายามของบุคคลทั้งทางพฤติกรรมและจิตใจเพื่อลดความเครียดที่เกิดขึ้น Carver (1997) แบ่งออกเป็น 2 แบบ คือ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ โดยผู้ที่มีวิธีการจัดการความเครียดที่เหมาะสมจะมีความสุขและสุขภาพจิตดี (Jirathkengkrai et al., 2021) นอกจากนี้ ช่วงระยะเวลาในการเก็บข้อมูลวิจัยเป็นช่วงที่นักศึกษาทุกชั้นปีเคยผ่านการเรียนในรูปแบบออนไลน์มาก่อนแล้ว ส่งผลให้มีการเตรียมความพร้อมล่วงหน้าและมีการปรับตัวต่อความเครียดในการเรียนที่ปรับเปลี่ยนตลอดเวลา สอดคล้องกับการศึกษาของ Mayordomo-Rodriguez, Melendez, Viguier, and Sales-Galan (2015) ที่พบว่าวัยรุ่นที่ใช้วิธีการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะทางจิตใจ

2.2 ความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางบวก และสามารถทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลรองจากกลยุทธ์ในการรับมือกับความเครียด โดยความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต เป็นความสามารถของบุคคลในการจัดการกับปัญหาในช่วงวิกฤตของชีวิต แม้ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างกะทันหันทั้งรูปแบบการใช้ชีวิตและการศึกษา (Grotberg, 1995) ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่านักศึกษาพยาบาลมีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิตอยู่ระดับสูง ($\bar{X} = 43.66, SD = 5.85$) อธิบายได้ว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งและยืดหยุ่นของชีวิต หรือมีความสามารถในการเผชิญปัญหาที่วิกฤตจะสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ และมีความสุขในการเรียนออนไลน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bundasak et al. (2017) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตมักพร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งต่าง ๆ ได้อย่างมีความสุข

2.3 ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบ และสามารถทำนายความสุขในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลได้ นั่นหมายถึงว่าหากนักศึกษาพยาบาลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จะส่งผลให้ความสุขในการเรียนออนไลน์ลดลง จากผลการวิจัยครั้งนี้

พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 อยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x} = 9.39$, $SD = 1.77$) ซึ่งมีผลการศึกษาที่ผ่านมาคล้ายกันของ Srisoem et al. (2021) ที่พบว่า นักศึกษาพยาบาลส่วนใหญ่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์ดังกล่าวในระดับปานกลาง และความวิตกกังวลดังกล่าวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะบีบคั้นทางจิตใจ นอกจากนี้จากการศึกษาของ Luo et al. (2021) พบว่าจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่กระจายอย่างรวดเร็ว อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มสูงขึ้น การปรับรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบใหม่ (New normal) นำไปสู่ความกลัวและความวิตกกังวลในระดับที่สูงขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทางลบ กล่าวคือ หากนักศึกษาพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ย่อมสามารถจัดการกับความวิตกกังวลและปรับตัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคได้ อีกทั้งยังยอมเข้าใจสถานการณ์การเรียนการสอนที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ พร้อมปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลง ส่งผลให้เกิดความสุขในการเรียนรู้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำผลการวิจัยไปใช้ประยุกต์ใช้ในการออกแบบจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งความสุขในระหว่างเรียนออนไลน์ และศึกษาผลของกิจกรรมหรือโปรแกรมในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง
2. ควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลติดตามกลุ่มนักศึกษาที่มีความสุขในระดับน้อยกว่าเกณฑ์มาตรฐานสากลที่กำหนดของสถาบันการศึกษาพยาบาล
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการเรียนออนไลน์ในนักเรียนกลุ่มอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยบูรพาที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัย งบประมาณเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

References

- Anekpunyakul, U. (2020). *Happiness in online learning during COVID-19 of master's degree students in master of business administration, Ramkhamhang University*. Master's Thesis, Business Administration Management, Ramkhamhaeng University, 1-12. (In Thai)
- Bundasak, T., Nabkasorn, C., & Vatanasin, D. (2017). The effects of the resilience enhancement program on happy learning among nursing students. *Journal of MCU Peace Studies*, 5(3), 195-208. (In Thai)
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CDRISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Department of Mental Health. (2020). *A manual for the operation of mental health support team for people in crisis in the situation Coronavirus disease (COVID-19)*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/covid19/qa/>
- Grotberg, E. (1995). *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*. Den Haag: Bernard van Leer Foundation.

- Hettler, B. (1984). Wellness: Encouraging a lifetime pursuit of excellence. *Health Values*, 8(4), 13-17.
- Jantarapakdee, R., Hengudomsab, P., & Vatanasin, D. (2022). Psychosocial factors affecting learning behaviors among nursing students. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 49(1) 43-59. (In Thai)
- Jirathikrengkrai, C., Vongsirimas, N., Thanoi, W., & Phetrasuwan, S. (2021). Factor in predicting psychological well-being in late adolescents. *Journal of Nursing Science*, 39(2), 77-89. (In Thai)
- Julrat, P. (2010). *The effect of contemplation learning process on learning achievement and happiness in study of graduate student's faculty of education Srinakharinwirot University* (Research report). Bangkok: Srinakharinwirot University. (In Thai)
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing.
- Luo, F., Gheshlagh, G. R., Dalvand, S., Saedmoucheshi, S., & Li, Q. (2021). Systematic review and meta-analysis of fear of COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-11.
- Moawad, R. A. (2020). Online learning during the COVID-19 pandemic and academic stress in university students. *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*, 12(1), 100-107.
- Mayordomo-Rodriguez, T., Melendez, J., Viguer, P., & Sales-Galan, A. (2015). Coping strategies as predictors of well-being in youth adult. *Social Indicators Research*, 122, 479-89.
- Numsang, T., & Tantrunroj, T. (2018). Validity and reliability of the brief COPE inventory: Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(2), 189-198. (In Thai)
- Poonnotok, P., & Napkasorn, C. (2016). Factors related to happiness of undergraduate nursing students, faculty of nursing, Burapha University. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(3), 118-129. (In Thai)
- Prasertsong, C., Sanghirunruttana, J., & Kladkaew, P. (2021). The factor related to stress of online learning due to the COVID-19 situation among nursing students. *Journal of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry*, 15(1), 14-28. (In Thai)
- Saito, S. A., Voraham, W., & Senarak, W. (2011). Happiness of undergraduate nursing students, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. *Journal of Nursing Science & Health*, 34(2), 70-79. (In Thai)
- Samathakul, R. (2020). *Covid-19: Impacts on nursing students' mental health in Buriram Rajabhat University* (Research report). Retrieved from <http://dspace.bru.ac.th/xmlui/bitstream/handle/123456789/7067/.pdf>
- Srisathainarakul, B. (2010). *The methodology in nursing research*. Bangkok: U and I Inter media.
- Srisoem, C., Chitrak, W., Jaimun, B., & Chuakan, P. (2021). Factors related to psychological distress among nursing students during the coronavirus 2019 disease outbreak. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(1), 75-90. (In Thai)
- Thailand Nursing Honor Society. (2021). *Clinical nursing experiential learning to enhance the nursing education and practice in the face of COVID-19 pandemic*. Bangkok: Thailand Nursing Honor Society.
- Thongsom, P. (2011). The development of indications of happiness in learning of students in nursing science undergraduate programs under the ministry of public health, *Journal of Nursing and Education*, 4(1), 88-111. (In Thai)

- Vichitvatee, S, (2018). Selected factors affecting academic achievement in nursing professional of students at Mission Faculty of Nursing, Asia-Pacific International University. *Journal of Nursing and Education, 11*(1), 81-97. [in Thai].
- Vongsirimas, N., Thanoi, W., & Klainin-Yobas, P. (2017). Evaluating psychometric properties of the Connor-Davidson resilience scale (10-item CDRISC) among university students in Thailand. *Journal of Nursing Science, 35*(3), 25-35. (In Thai)
- Wanna, K., Chaimongkol, N., & Poonnotok, P. (2017). Factor influencing happiness among nursing students in private universities. *Journal of Nursing Siam University, 18*(34), 97-108. (In Thai)

ผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง

ณัชดา ศิริมาสกุล, พย.บ.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่เข้ารับการรักษาในคลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติที

ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ไปใช้ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ อาการปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง

¹ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: napachadasiri@gmail.com

The Effects of the Educative-supportive Nursing program on Self-care Behaviors and Pain among Patients with Lower back pain

Napachada Sirimasakul, B.N.S.^{1*}

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effects of the supportive and educational nursing program on self-care behaviors and pain among lower back pain patients. A simple random sampling technique was used to recruit 60 patients with lower back pain visiting the orthopedic clinic. They were randomly assigned to either the experimental (n = 30) or the control (n = 30) group. The experimental group received the educative-supportive nursing program, whereas the control group received a routine service from the hospital. Data was collected using demographic questionnaires, knowledge about lower back pain, self-care behavior assessment, lower back pain assessment, and daily activities restricted back pain assessment. Data were analyzed using descriptive statistics and a t-test.

The results revealed that after receiving the program, the experimental group had higher mean scores on lower back pain knowledge and self-care behaviors than before and those of the control group at the significant level of .05 ($p < .001$). Furthermore, the experimental group had a lower mean score of daily activities, restricted back pain and lower back pain than before, and those of the control group at a significant level of .05 ($p < .001$). The findings suggest that nurses can use this educative-supportive nursing program to enhance the self-care behaviors of patients to reduce lower back pain.

Key words: Educative-supportive nursing program, lower back pain, self-care behavior, patient

¹ Nursing Department, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital

* Corresponding author e-mail: napachadasiri@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ภาวะปวดหลังเป็นกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในกลุ่มโรคระบบกล้ามเนื้อและกระดูก โดยเฉพาะประเทศไทย ในปี 2559 พบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ เฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน จำนวน 81,226 คน ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 35.26 โดยกลุ่มอายุ 15-59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานพบผู้ป่วยมากที่สุด จำนวน 58,493 คน คิดเป็นร้อยละ 72.01 (Bureau of Occupational and Environmental Disease, 2017) หากแบ่งตามตำแหน่งพยาธิสภาพของกระดูกสันหลัง พบว่าเป็นกลุ่มอาการปวดหลังส่วนล่างมากที่สุด คือ ร้อยละ 33.29 ของผู้ป่วยโรคปวดหลังทุกชนิด (Untimanon et al., 2016) โดยอาการปวดหลัง แบ่งเป็น 3 ระยะเวลา คือ อาการปวดหลังระยะเฉียบพลัน (Acute back pain) อาการปวดหลังระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute back pain) และอาการปวดหลังระยะเรื้อรัง (Chronic back pain) และถ้าแบ่งตามสาเหตุของการเกิดอาการได้ 2 สาเหตุ คือ อาการปวดหลังแบบทราบสาเหตุ (Specific back pain) และอาการปวดหลังแบบไม่ทราบสาเหตุ (Nonspecific back pain) (Kongsomchom, Sudachom, & Janwantanakul, 2020) สำหรับสถานการณ์โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา พบผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างมีอัตราเพิ่มขึ้น โดย พ.ศ. 2561 เพิ่มจาก พ.ศ. 2560 ถึงร้อยละ 26.78 และจากสถิติจำนวนผู้ป่วยนอก คลินิกศัลยกรรมกระดูกปีงบประมาณ 2563 มีผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 33.33 และกลับมาเป็นซ้ำถึงร้อยละ 20.20 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ประกันตนประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม จากลักษณะอาชีพ ที่มีท่าทางในการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน ที่คล้ายคลึงกัน คือ ต้องก้ม ๆ เงย ๆ เป็นหลัก หรือลักษณะการทำงานที่อยู่ยืนนาน ๆ การเคลื่อนไหวร่างกายน้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ (Queen Savang Vadhana Memorial Hospital, 2020) ส่วนปัจจัยเสริม คือ อายุ ความอ้วน น้ำหนักเกิน เพศ และความเครียด การออกกำลังกายน้อยหรือไม่ออกกำลังกายเลย สัมพันธ์ต่อโอกาสปวดหลังได้ การรักษามักจะแสวงหการรักษาแบบต่าง ๆ ซึ่งมีทั้งไม่ใช้ยาและใช้ยา โดยอาการปวดระยะแรกในกรณีปวดไม่มาก จะรักษาแบบไม่ใช้ยา เช่น การบีบ นวด การนอนพัก หรือปล่อยให้หายเอง ส่วนกรณีอาการปวดระดับมากจะรักษาทางยา ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาสแตียรอยด์จากยาชุด ยาสมุนไพรแบบชุด การฉีดยา เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Supapvanich, Supapvanich, and Pongkasert (2019) พบว่า แรงงานส่วนมากรักษาอาการปวดหลังด้วยการนวด คิดเป็นร้อยละ 47.0 ฉีดยาชุดกินเองร้อยละ 43.0 ซึ่งการซื้อยารับประทานเองจนทำให้เกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น โรคแผลกระเพาะอาหาร เกิดเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร ซึ่งถ้ารักษาไม่หายก็จะกลายเป็นปัญหาปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เช่น ปัญหาการลาหยุดงาน การสูญเสียรายได้ การเจ็บป่วยทุพพลภาพ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานหรือดำเนินชีวิตประจำวันได้ และต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล นับเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจที่สำคัญของประเทศ (Supapvanich et al., 2019)

ดังนั้น การมีความรู้ในการจัดการและดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคปวดหลังส่วนล่าง จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทั้งในการปฏิบัติงานหรือดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้น อีกทั้งลดการสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการรักษา แต่ปัจจุบันยังพบว่าผู้ป่วยยังขาดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันหรือดูแลตนเองไม่ให้ปวดหลังส่วนล่าง สอดคล้องกับ Aungsirikul, Pakdevong and Binhosen (2016) พบว่า ผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกายที่อยู่ในระดับต่ำ นอกจากนี้ในประเทศไทยยังมีการศึกษาและนำการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคปวดหลังมาใช้ยังไม่แพร่หลายนัก เนื่องจากบริบทในการทำงานของแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ทั้งในแง่ของจำนวนบุคลากรและปริมาณของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการ (Tiawatpakorn, Wongkiratimethawi, & Sukubol, 2021) ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ได้รับการส่งเสริมให้มีความรู้และพฤติกรรมมารอดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคปวดหลังได้อย่างถูกต้องและหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง โดยได้นำทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1996) มาพัฒนาความสามารถในการดูแลป้องกันตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ด้วยวิธีการช่วยเหลือตามบทบาทของพยาบาล ประกอบด้วย 1) การสอนให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการดูแล

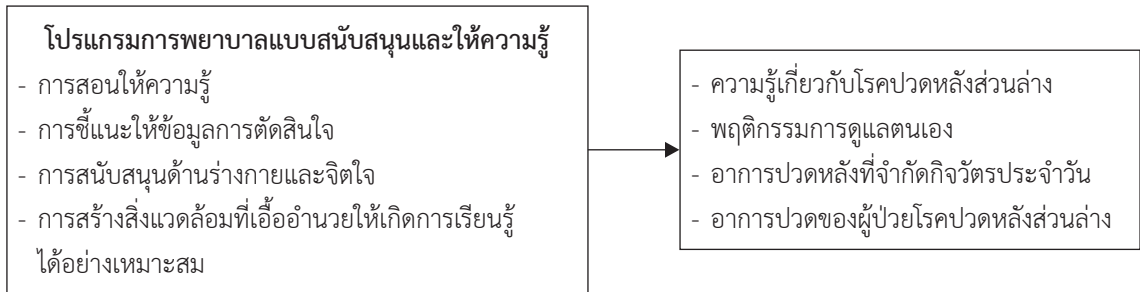
ตนเองเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 2) การชี้แนะให้ข้อมูลการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง 3) การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะตอบสนองการเรียนรู้และความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้ ซึ่งจะเป็นวิธีช่วยให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติในการดูแลตนเอง โดยมีการสนับสนุนด้านจิตใจด้วยการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจ เกิดกำลังใจเกิดความตระหนักในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ควบคุมและชะลอความรุนแรงของโรคเป็นการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน ส่งเสริมช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะที่ดีต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangthong, Kaeodumkoeng, and Therawiwat (2020) ที่พบว่า โปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างของพยาบาลประจำห้องผ่าตัด สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างในกลุ่มบุคลากรที่ต้องปฏิบัติงาน มีความรู้และมีพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างดีขึ้น และ Tiwawatpakorn et al. (2021) พบว่า การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลไกการเกิดโรค การฝึกทักษะการใช้ท่าทางที่ถูกต้องในการทำงานและการใช้ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรง ความยืดหยุ่นและความทนทานของกล้ามเนื้อหลัง ทำให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคงมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ส่งผลต่อตัวชี้วัดระดับความเจ็บปวด ภาวะทุพพลภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองและการป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่างอาการปวดหลังระยะเฉียบพลันและอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน ที่ทำให้เกิดภาวะจำกัดความสามารถของร่างกาย และข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างครั้งนี้ พัฒนามาจากทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem, 1996) ประกอบด้วย 1) การสอนให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 2) การชี้แนะให้ข้อมูลการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง 3) การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ ให้ความช่วยเหลือ ระวัง เป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจกับผู้ป่วย 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนและแนวคิดการออกกำลังกายเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง ประกอบด้วย การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) และการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น (Flexibility training) ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest and posttest design)

ประชากร คือ ผู้ที่มารับบริการที่คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ ซึ่งเข้ารับการรักษา ณ คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เข้ารับการรักษา ณ คลินิกศัลยกรรมกระดูกและข้อ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา โดยกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ วัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี ไม่เคยได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังมาก่อน ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคปวดหลังส่วนล่าง ไม่น้อยกว่า 3 เดือน มีอาการระดับปานกลางขึ้นไป ตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง 20.5 - 24.5 kg/m² ไม่เคยได้รับอุบัติเหตุที่หลัง ไม่เคยเข้าร่วมโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ใด ๆ มาก่อน สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ส่วนเกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรงที่เป็นอุปสรรคระหว่างการเข้าร่วม มีความไม่สบายใจ ไม่สะดวก หรือไม่พึงพอใจต่อกิจกรรม และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ จนครบตามระยะเวลาที่กำหนดได้

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G* power กำหนดระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.80 และอิทธิพลของขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 0.70 อ้างอิงจากผลการศึกษาที่ผ่านมา เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถในผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างไม่ทราบสาเหตุ (Sangsaikaw, Korcharoenyos, Donprapeng, & Sirisawat, 2019) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 52 คน และเพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 15% (Burn & Grove, 2005) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน จากนั้นแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืนตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนธันวาคม 2563 ถึง 31 เดือนกรกฎาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส การศึกษา อาชีพ

1.2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง (Sophonthat, 2005) ถามเกี่ยวกับสาเหตุอาการของโรค การรักษา และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง จำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์ให้คะแนน คือ ใช่ = 1 ไม่ใช่ = 0 และไม่ทราบ = 0 การให้คะแนนการแปลผลโดยแปลงคะแนนเป็นร้อยละ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1970) คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง และคะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 ระดับสูง

1.3 แบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงมาจากแบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Sophonthat, 2005) ถามเกี่ยวกับอิริยาบถที่เหมาะสม การออกกำลังกาย เพื่อลดอาการปวดหลัง จำนวน 10 ข้อ คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติทุกครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ ให้คะแนนเป็น 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลโดยการแปลงคะแนนเป็นร้อยละ และแบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1970) คือ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับต่ำ คะแนนร้อยละ 60-79 ระดับปานกลาง และคะแนนสูงกว่าร้อยละ 80 ระดับสูง

1.4 แบบประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน ผู้วิจัยขออนุญาตใช้ของ Sanjaroenstittikul (2007) มีค่าความไว 0.94 ค่าความจำเพาะ 0.90 ค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's Alpha Coefficient เท่ากับ 0.81 ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 จำนวน 10 ข้อ คะแนนความรุนแรงจากคำถาม ตั้งแต่ 0-5 คะแนน โดยการแปลงคะแนนเป็นร้อยละ และแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ คะแนนร้อยละ 11-20 ระดับไม่รุนแรง คะแนนร้อยละ 21-40 ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 41-60 ระดับมาก คะแนนร้อยละ 61-80 ระดับมากจนทุพพลภาพ และคะแนนร้อยละ 81-100 ระดับไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

1.5 แบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามออสเวสทรีฉบับภาษาไทย (Thai version of Oswestry questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ใช้วัดความบกพร่องในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย Sae-jung, Hunsawong, and Jiratanaphochai (2002) เป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (Numerical Rating Scale [NRS]) เพื่อประเมินอาการปวดหลังส่วนล่างกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ข้อ คะแนนตั้งแต่ 0-10 คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด แบ่งค่าระดับความเจ็บปวดเป็น 4 ระดับ คือ คะแนน 0 ระดับไม่ปวดเลย คะแนน 1-3 ระดับปวดเล็กน้อย คะแนน 4-6 ระดับปวดปานกลาง และคะแนน 7-10 ระดับปวดมากที่สุด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

2.1 โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 1996) มาพัฒนาความสามารถในการดูแลป้องกันตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ด้วยวิธีการช่วยเหลือตามบทบาทของพยาบาล ประกอบด้วย 1) การสอนให้ความรู้เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง 2) การชี้แนะให้ข้อมูลการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง 3) การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ และ 4) การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้เกิดการเรียนรู้ได้อย่างเหมาะสม โดยดำเนินกิจกรรม จำนวน 4 ครั้ง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ฝ่ายศัลยกรรมกระดูกและข้อ พยาบาลศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาการวิจัย และพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามความรู้โรคปวดหลังส่วนล่าง เท่ากับ 0.87 และแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.83

2. การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยทดลองใช้กับผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยแบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง มีการให้คะแนนเป็น 0 และ 1 จึงนำมาคำนวณหาค่า Kuder-richardson - 20 ได้เท่ากับ 0.78 ส่วนแบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง คำตอบเป็นมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จึงนำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.77

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ในมนุษย์ของโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ตามหนังสืออนุมัติรหัสโครงการเลขที่ 012/ ปี 2564 ลงวันที่อนุมัติ วันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2564 หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินยอมตกลงเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอม

เข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ โดยผู้วิจัยไม่มีการระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และผู้วิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดทิ้ง ภายหลังจากสิ้นสุดโครงการวิจัยและได้รับเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการในขั้นตอน ดังนี้

1. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และชี้แจงข้อมูลก่อนการทดลอง เป็นการแจ้งข้อมูลแก่กลุ่มตัวอย่างทราบรายละเอียดการวิจัย ได้แก่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ การถอนตัวออกจากการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ และการนำผลการวิจัยไปใช้ ซึ่งจะถือเป็นความลับ

2. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง แบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินอาการปวดหลังที่มีผลในการดำเนินชีวิตประจำวัน และแบบประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ก่อนดำเนินการวิจัย (Pre-test) ใช้เวลา 30 นาที

ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการจัดโปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ในกลุ่มทดลอง เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ จำนวน 4 ครั้ง โดยแต่ละครั้งห่างกัน 2 สัปดาห์ ดังนี้

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) เป็นกิจกรรมการให้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ครั้งที่ 1 ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 10 นาที จำนวน 2 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 เตรียมความพร้อมด้วยการสนับสนุนด้านจิตใจ โดยกิจกรรมสร้างสุข เวลา 10 นาที

กิจกรรมที่ 2 ดำเนินการสอนให้ความรู้ ด้วยการบรรยาย อภิปรายกลุ่ม เกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่างและท่าทางต่าง ๆ ในกิจวัตรประจำวัน ประโยชน์ของท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง และท่ากายบริหารกล้ามเนื้อหลังและหน้าท้อง เพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยปฏิบัติจริงและสาธิตย้อนกลับ เวลา 3 ชั่วโมง ดังนี้

การออกกำลังกายแบบใช้ออกซิเจน (Aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือดและสารอาหารภายในร่างกาย ส่งเสริมกระบวนการซ่อมแซมเนื้อเยื่อที่บาดเจ็บ ลดการยึดติดของข้อต่อ ลดภาวะกล้ามเนื้อเคลื่อนไหวร่างกายและลดอาการปวดหลัง

การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความยืดหยุ่น (Flexibility training) เป็นการออกกำลังกายที่เน้นการยืดกล้ามเนื้อเพื่อลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อกระดูก สันหลัง เพิ่มการไหลเวียนเลือด เป็นการออกกำลังกายที่สามารถลดอาการปวดหลัง มี 3 ท่า คือ ท่าที่ 1 ยืดกล้ามเนื้อแอ่นหลัง (Lumbar extensor muscle) ท่าที่ 2 ยืดกล้ามเนื้องอสะโพก (Hip flexor muscles) และท่าที่ 3 ยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง (Hamstrings muscle)

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 4) เป็นกิจกรรมให้โปรแกรมฯ ครั้งที่ 2 ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 30 นาที กิจกรรมประกอบด้วย 1. สร้างสัมพันธภาพที่ 2. สอบถามอาการและปัญหาสุขภาพทั่วไป 3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ อาการปวดหลังส่วนล่าง แนวทางการปฏิบัติและการดูแลตนเองที่เหมาะสม 4. ประเมินสภาพการปฏิบัติพฤติกรรม 5. เล่าถึงปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง 6. ร่วมหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบ 7. ให้คำแนะนำและให้กำลังใจ และ 8. ให้กำลังใจ กล่าวชมเชยสมาชิก ที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างได้ถูกต้องเหมาะสม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 7) เป็นกิจกรรมติดตามทางโทรศัพท์ ใช้เวลาเฉลี่ย 15-20 นาทีต่อคน เวลา 3 วัน วันละ 10 คน โดยลำดับการติดตามทางโทรศัพท์ที่ไม่มีผลต่อการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง กิจกรรมเป็นการสนทนาด้วยน้ำเสียงและภาษาที่เป็นกันเอง ใช้ทักษะการฟังอย่างใส่ใจ การถาม การเรียบ การทวนคำ การสะท้อนเนื้อหา และสรุปความให้เกิดความกระจ่างในปัญหาต่าง ๆ ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ประเมินปัญหาที่ยังคงมีอยู่ ร่วมหา

สาเหตุปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ชมเชยและให้กำลังใจ

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 10) เป็นกิจกรรมการติดตามสอบถามการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการดูแลตนเอง แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดแรงจูงใจ โดยร่วมกันทบทวนแล้วคัดเลือกผู้ที่ปฏิบัติการดูแลตนเอง ได้ดีเด่น เป็นตัวอย่างให้กับกลุ่ม (Modeling) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์

กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากพยาบาลประจำแผนกศัลยกรรมกระดูกและข้อผู้ป่วย โรคปวดหลังส่วนล่าง จำนวน 10 สัปดาห์

ระยะหลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการ ดังนี้

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้เครื่องมือเดียวกับก่อนระยะทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล (Post-test) ใช้เวลา 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ด้วยสถิติทดสอบค่า Chi-square
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Paired t-test
4. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง การประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และการประเมินอาการปวดหลังส่วนล่าง ของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง ของกลุ่มทดลอง ระยะก่อนและหลังทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 51 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 43.0 การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย คิดเป็นร้อยละ 33.3 เช่นเดียวกัน โดยกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 66.7 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 73.4 และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 80.0 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 53.3 ส่วนการทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ และการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (n = 60)

	คุณลักษณะ	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)		p
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ	ชาย	9	30.0	12	40.0	0.20
	หญิง	21	70.0	18	60.0	
อายุ	25-30 ปี	0	0.0	5	16.7	0.11
	31-40 ปี	8	26.7	5	16.7	
	41-50 ปี	9	30.0	7	23.3	
	51 ปี ขึ้นไป	13	43.3	13	43.3	
	ประถมศึกษา	0	0.0	1	3.3	
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนต้น	9	30.0	7	23.3	0.79
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	10	33.3	10	33.3	
	อนุปริญญา	7	23.3	6	20.0	
	ปริญญาตรีขึ้นไป	4	13.3	6	20.0	
	สถานภาพ	โสด	6	20.0	6	
สมรส	20	66.7	24	80.0		
หม้าย/ หย่า	3	10.0	0	0.0		
แยกกันอยู่	1	3.3	0	0.0		
อาชีพ	แม่บ้าน	7	23.3	11	36.7	0.30
	รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	1	3.3	2	6.7	
	รับจ้างทั่วไป	22	73.4	16	53.3	
	ค้าขาย	0	0.0	1	3.3	

ผลการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนและหลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง อาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และอาการปวดหลังส่วนล่าง มีคะแนนเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกตัวแปร ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มทดลอง ระหว่างระยะก่อนและหลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง อาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และอาการปวดหลังส่วนล่าง (n = 60)

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	df	t	p
	M (SD)	M (SD)			
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง	3.200 (2.265)	9.330 (0.479)	58	14.064	< .001
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	5.570 (3.256)	26.400 (1.070)	58	38.851	< .001
3. การประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน	20.760 (6.971)	5.830 (2.036)	58	-13.221	< .001
4. อาการปวดหลังส่วนล่าง	7.933 (1.112)	0.870 (0.860)	58	-30.777	< .001

ผลการทดสอบเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง อาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และอาการปวดหลังส่วนล่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในทุกตัวแปร ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง พฤติกรรมการดูแลตนเอง อาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และอาการปวดหลังส่วนล่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะหลังการทดลอง ($n = 60$)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	df	t	p
	M (SD)	M (SD)			
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง	9.330 (0.479)	3.600 (1.567)	58	19.164	< .001
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง	26.400 (1.070)	10.570 (3.181)	58	25.843	< .001
3. การประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน	5.830 (2.036)	9.467 (3.391)	58	-5.032	< .001
4. อาการปวดหลังส่วนล่าง	0.870 (0.860)	2.930 (1.143)	58	-7.914	< .001

การอภิปรายผล

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคปวดหลังส่วนล่าง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างหลังการทดลอง เพิ่มขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ในกลุ่มทดลอง ที่มีการสนับสนุนทางด้านจิตใจด้วยกิจกรรมสร้างสุข ซึ่งเป็นกิจกรรมที่สร้างสมาธิ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายระหว่างการเรียนรู้ และยังสร้างสิ่งแวดล้อม โดยจัดห้องที่มีความเงียบสงบ เป็นส่วนตัวไม่มีสิ่งรบกวนหรือ ชัดขวางการเรียนรู้ มีการเข้ากลุ่มร่วมกัน นอกจากนี้โปรแกรมฯ ประกอบด้วย การสอนให้ความรู้ การบรรยาย การสาธิต การอภิปรายกลุ่มและเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และยังมีคู่มือ แผ่นพับที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาการปวดหลังส่วนล่าง สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง กลไกการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่าง แนวทางการรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง ทำกายบริหารกล้ามเนื้อหลังและหน้าท้องเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง และลักษณะท่าทางที่ถูกต้องในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อกลุ่มทดลองได้รับความรู้ ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจของอาการปวดหลัง ท่าทางการออกกำลังกายเพื่อป้องกันอาการปวดหลังอย่างถูกต้อง ลักษณะท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน อีกทั้งยังมีคู่มือและแผ่นพับในการทบทวนความรู้ที่บ้านได้ และมีการติดตามการสอนทางโทรศัพท์ ทำให้ความรู้ความเข้าใจของกลุ่มทดลองเพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับอาการปวดหลัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Sangthong et al. (2020) ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการให้ความรู้ คำแนะนำรายกลุ่ม มีการฝึกปฏิบัติท่าทางการทำงานที่ถูกต้อง เช่น ลักษณะท่าทางการยืน การนั่ง การยกของ การเคลื่อนย้ายของที่มีน้ำหนักมาก และมีการสอนสาธิตและสาธิตย้อนกลับ มีการฝึกปฏิบัติการบริหารหลังส่วนล่าง โดยใช้สื่อการสอน มีคู่มือปฏิบัติ และมีแผ่นพับแจกให้ผู้ร่วมวิจัย สามารถนำกลับไปทบทวนและปฏิบัติที่บ้าน เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติตัวป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองและมีพฤติกรรมป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Tasai, Pirunsan, Rapipong, and Boontha (2017) พบว่า การบรรยายความรู้ และการสาธิต การออกกำลังกาย มีเนื้อหาเกี่ยวกับ อาการปวดหลังส่วนล่าง โครงสร้างและหน้าที่ของกระดูกสันหลัง สาเหตุของอาการปวดหลังส่วนล่าง กลไกการเกิดอาการปวดหลังส่วนล่าง ผลกระทบของอาการปวดหลังส่วนล่าง แนวทาง

การรักษาอาการปวดหลังส่วนล่าง การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลัง และลักษณะท่าทางที่ถูกต้องในการทำงาน กลุ่มทดลองมีระดับความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันและระดับความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการประเมินอาการปวดหลังที่จำกัดกิจวัตรประจำวัน และอาการปวดหลังส่วนล่างของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง หลังการทดลองลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ มีการสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย ท่ากายบริหารกล้ามเนื้อหลังและหน้าท้องเพื่อป้องกันอาการปวดหลังส่วนล่าง โดยกลุ่มทดลองมีการปฏิบัติจริงอย่างถูกต้องและมีการสาธิตย้อนกลับ เพื่อให้เกิดทักษะที่ถูกต้องเหมาะสมและมีความมั่นใจ นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์อาการปวดหลังส่วนล่างของตนเอง การดูแลตนเอง แนวทางการปฏิบัติที่เหมาะสมกับความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อลดภาวะอาการปวดหลังส่วนล่าง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และติดตามการปฏิบัติพฤติกรรมมารอดูแลตนเองเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง สอดคล้องกับผลการศึกษาของสอดคล้องกับการศึกษาของ Supapvanich et al. (2019) พบว่า การสนับสนุนให้มีการจัดมีการให้ความรู้สร้างความตระหนัก สนับสนุนอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้ายของหนัก และการส่งเสริมให้แรงงานมีการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย ช่วยลดอาการปวดหลังส่วนล่างที่เกิดจากการทำงานได้ สอดคล้องการศึกษาของ Sangsaikaw et al. (2019) พบว่า การบริหารร่างกายจะช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่น ช่วยให้กล้ามเนื้ออสะโพก กล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อท้องแข็งแรงขึ้น และเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อหลังและกล้ามเนื้อขาให้กลับมาแข็งแรง เพิ่มการเคลื่อนไหว จึงทำให้อาการปวดลดลงและการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ดีขึ้น และสอดคล้องกับ Chalermisan et al. (2016) ได้ศึกษานำร่องผลของโปรแกรมการออกกำลังกายในผู้ที่มีอาการปวดหลัง พบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถภาพ ทางกาย ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมือและขา องศาการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ ดีขึ้น ส่งผลให้อาการปวดหลังในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ที่มีต่อพฤติกรรมมารอดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง สามารถนำไปใช้ในการพยาบาล ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนพยาบาลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล เพื่อบรรเทาอาการปวดหลังและส่งเสริมพฤติกรรมมารอดูแลตนเองของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่าง ในแผนกผู้ป่วยนอกบูรณาการร่วมกับหน่วยงานติดตามเยี่ยมบ้าน ด้านการศึกษาพยาบาล ใช้เสริมทักษะด้วยโปรแกรมฯ และอาการปวดของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างในการฝึกประสบการณ์วิชาชีพสำหรับนักศึกษาพยาบาลหรืออบรมเพิ่มเติมให้กับพยาบาลผู้ดูแลประจำคลินิกกระดูกและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยให้มีความรู้และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถดูแลตนเอง ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำ โดยเพิ่มการสนับสนุนด้านจิตใจจากครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม ด้านการบริหารการพยาบาล สามารถนำโปรแกรมฯ ไปใช้ในการกำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่างที่ชัดเจน ในการวางแผน ติดตามเยี่ยม และการส่งต่อ เพื่อการดูแลต่อเนื่อง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการ ด้านปัญหาการกลับเข้ารับรักษา และลดต้นทุนการรักษายาพยาบาลโรคปวดหลังส่วนล่างได้
2. สามารถนำงานวิจัยนี้ไปพัฒนาต่อยอดในการเพิ่มระยะเวลาติดตามผลให้ยาวขึ้นเพื่อประเมินผลการคงอยู่ของการปฏิบัติพฤติกรรมมารอดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคปวดหลังส่วนล่าง
3. ควรศึกษาพัฒนาโปรแกรมเพิ่มประสิทธิผลของโปรแกรมฯ อาจนำวิธีการทางการพยาบาลทางด้านจิตใต้การลดความเครียด หรือการใช้วิธีการแพทย์ทางเลือกอื่น ๆ การประคบด้วยสมุนไพร เพิ่มเติมการเปรียบเทียบการลดการใช้ยาแก้ปวดของผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา ที่สนับสนุนทุนวิจัย และสถานที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของงานวิจัยนี้ให้สำเร็จ และขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่าน และอาสาสมัครที่มารับการรักษาคลินิก ศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชาทุกคน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเข้าโปรแกรมเป็นอย่างดี

References

- Aungsirikul, S., Pakdevong, N., & Binhosen, V. (2016). Factors related to health promotion behaviors in patients with low back pain. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*, 24(1), 39-50. (In Thai)
- Bloom, B. H. (1970). Space/ time trade-offs in hash coding with allowable errors. *Communications of the ACM*, 13(7), 422-426.
- Bureau of Occupational and Environmental Disease. (2017). *Situation of occupational and environmental diseases*. Nonthaburi: Ministry of Public Health.
- Burns, N. A., & Grove, S. K. (2005). *Study guide for the practice of nursing research: Conduct, critique, and utilization*. Missouri: WB Saunders.
- Chalermisan, R., Puntumetakul, R., Dornpunha, W., Kamolrat, T., Chatchawan, U., Pitak, R., & Kaladee, P. (2016). Effects of core stabilization exercise in subacute non-specific low back pain: Pilot study. *Journal of Nursing Science and Health*, 39(1), 48-60. (In Thai)
- Kongsomchom, A., Sudachom, W., & Janwantanakul, P. (2020). What to do for chronic back pain?. *Siriraj Med Bull*, 13(1), 69-77. (In Thai)
- Queen Savang Vadhana Memorial hospital. (2020). *Statistics 2020*. Chon Buri: Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. (In Thai)
- Orem, D. E. (1996). The world of the nurse. *International Orem Society Newsletter*, 4(1), 2-7.
- Sae-jung, S., Hunsawong, T., & Jiratanaphochai, K. (2002). The Oswestry low back pain disability questionnaire (Version 1.0) Thai version. *Srinagarind Medical Journal*, 17(4), 247-253. (In Thai)
- Sangsaikaew, A., Korcharoenyos, C., Donprapeng, B., & Sirisawat, M. (2019). The effects of promoting physical activity in daily life program on pain and disability in patients with non-specific low back pain. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 39(1), 93-104. (In Thai)
- Sangthong, N., Kaeodumkoeng, K., & Therawiwat, M. (2020). Effects of health promotion program on low back pain preventive behavior of operative nurses at a university hospital, Bangkok. *Thai Journal of Health Education*, 43(1), 1-11. (In Thai)
- Sanjaroensuttikul, N. (2007). The Oswestry low back pain disability questionnaire (Version 1.0) Thai version. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 90(7), 1417-1422. (In Thai)
- Sophonthat, J. (2005). *The effectiveness of health education programs by applying a model of health behavior change in self-care among low back pain patients Chulalongkorn Hospital, Thai Red Cross society*. Master's Thesis, Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University. (In Thai)

- Supapvanich, C., Supapvanich, A., & Pongkasert, A. (2019). Prevalence of low back pain in informal sectors at a port harbor in pattani province. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 24(1), 39-50. (In Thai)
- Tasai, P., Pirunsan, U., Rapipong, J., & Boontha, N. (2017). Effects of educational and back exercise program in transfer workers with chronic low back pain. *Journal of Associated Medical Sciences*, 50(2), 245-252. (In Thai)
- Tiwatpakorn, J., Wongkiratimethawi, T., & Sukubol, S. (2021). The development and effectiveness of the Hat-Yai back school program in patients with chronic low back pain. *Journal of Physical Therapy*, 44(1), 29-46. (In Thai)
- Untimanon, O., Boonmeepong, K., Saipang, T., Sukanun, K., Promrat, A., Julraung, P., & Pornpiroonrod, S. (2016). Burden of back pain among working populations. *Department of Disease Control*, 42(2), 119-129. (In Thai)

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

เพชรีย์ กุณาละสิริ, ปร.ด.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 130 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตอยู่ระดับดี ($M = 100.31, SD = 0.69$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.08, SD = 0.97; M = 4.12, SD = 0.86$ ตามลำดับ) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .648, p < .01; r = .246, p < .01$ ตามลำดับ) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม

* ผู้เขียนหลัก e-mail: petcharee.k@psru.ac.th

The Study for Relationship of Self Care Behaviors and Social Support with Quality of Life of Elderly

Petcharee Kunalasiri, Ph.D.^{1*}

Abstract

This study aimed to describe the quality of life, self-care behaviors, and social support and identify the factors related to the quality of life in elderly people. A sample of 130 elderly people from Tambon Nawong Mueang district in Phetchaburi province was recruited by a simple random sampling. Research instruments were questionnaires to gather data for demographic information, self-care behavior, social support, and quality of life. The data were analyzed using Descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results revealed that the sample had a good quality of life ($M = 100.31, SD = 0.69$), and a high level of self-care behaviors and social support ($M = 4.08, SD = 0.97$; $M = 4.12, SD = 0.86$, respectively). The correlational analysis revealed that quality of life significantly positively correlated with self-care behaviors and social support ($r = .648, p < .01$; $r = .246, p < .01$, respectively). The findings suggest that nurses and other health care providers can apply these results to develop programs promoting quality of life among the elderly by focusing on self-care behaviors and social support.

Key words: self-care behaviors, social support, quality of life, elderly

¹ Lecturer, Faculty of Nursing, Pibulsongkram Rajabhat University

* Corresponding author e-mail: petcharee.k@psru.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยในปี พ.ศ. 2561 มีผู้สูงอายุประมาณ 11.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.6 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2581 เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมในการทำงานของร่างกายทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าวัยอื่น ๆ ซึ่งปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุสามารถป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนได้ เมื่อมีการปฏิบัติตนที่เหมาะสมและสามารถจัดการกับภาวะเบี่ยงเบนของภาวะสุขภาพเบื้องต้นได้ พฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่ผู้สูงอายุควรมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เพื่อสามารถดูแลตนเองและลดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา

พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเองตามบริบทของบุคคล จากการศึกษาของ Konkaew (2014) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยลดลง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้บทบาทหน้าที่และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวและจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยได้

การสนับสนุนจากสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์กันระหว่างกลุ่มบุคคลในการตระหนักหรือตอบสนองให้ได้ตามความต้องการ ทำให้บุคคลดำรงชีวิตอย่างมีความสุข จากการศึกษาของ Malathum, Kongiem, and Intarasombat (2009) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ และบุคคลที่มีการสนับสนุนทางสังคมมากจะมีอัตราการเสียชีวิตน้อยกว่าบุคคลที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมน้อยถึงร้อยละ 50 และการศึกษาของ Nitananchai and Santithirasak (2010) พบว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพที่ดีต้องมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม และได้รับการสนับสนุนการดูแลตนเองในระดับที่เพียงพอและต่อเนื่อง จะทำให้เกิดการดูแลตนเองอันจะทำให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุก จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากสังคม ต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน จึงจะเกิดการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามมา

คุณภาพชีวิต (Quality of life) เป็นเครื่องชี้วัดความเจริญก้าวหน้าของมิติทางด้านประชากร สังคม สุขภาพจิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และองค์ประกอบอื่นที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ที่ดีของมนุษย์ เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการพัฒนาประชากรของประเทศต่าง ๆ และเป็นปัจจัยหลักที่แสดงว่าบุคคลสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองเนื่องจากการปฏิบัติเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีลดการพึ่งพาผู้อื่น (Suthamchai, Ketpitchayawattana, & Kaewwichian, 2015) นอกจากนั้นแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถยกระดับศักยภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ เนื่องจากเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ซึ่งเป็นผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kandee, Sukwong, & Weiangkham, 2016) จากการศึกษาของ Kunalasiri (2016) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68) พบมีปัญหาทางสุขภาพตามพัฒนาการ (ทางสายตาและการได้ยิน) ปัญหาด้านจิตใจขาดความสุขในการดำเนินชีวิตประจำวัน คิดว่าตนเองเป็นภาระครอบครัว ซึ่งต่อมา Zurick, Choeisombat, Sinthusuwan, and Srenaul (2020) ได้ศึกษาดัชนีสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประสบปัญหาตามพัฒนาการมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุวัยปลายทุกรายมองเห็นไม่ชัด ปัญหาด้านจิตใจมีความสุขน้อย มีความวิตกกังวลเรื่องสุขภาพและเรื่องบุคคลในครอบครัว ซึ่งแม้ว่าการที่ผู้สูงอายุจะอยู่ในสังคมเขตเมืองได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก แต่ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาด้านการพฤติกรรมการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Saeloo, Kaewkrachok, and Samdaengsarn (2021) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสังคมเมือง กิ่งเมืองกิ่งชนบท และชนบท อยู่ในระดับมาก แต่ความความรอบรู้สุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และ

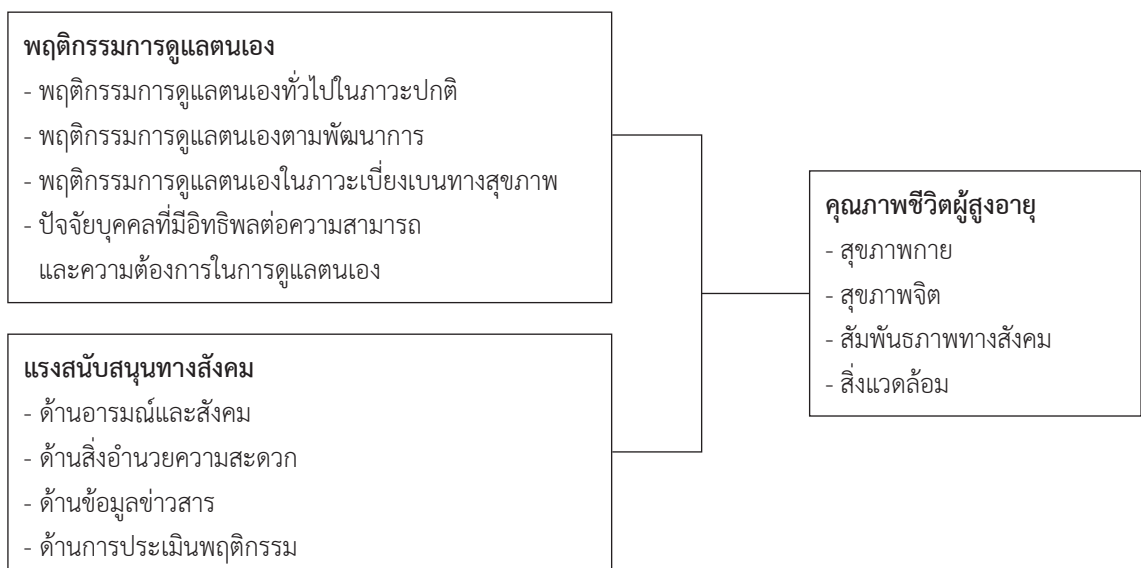
Suksri and Settheetham (2017) พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่อธิบายมโนทัศน์ไว้ว่า การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญและเป็นความจำเป็นในชีวิตของบุคคลเพื่อดำรงรักษาสุขภาพชีวิตตามพัฒนาการและความเป็นปกติสุขของชีวิต (Well being) ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการพฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง สำหรับแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยได้นำแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ที่ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นแนวคิดที่ชัดเจนว่า ระบบการสนับสนุน ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินพฤติกรรม สำหรับคุณภาพชีวิต ผู้วิจัยนำแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahatanirunkul, Tuntinirunkul, Pumpisanchai, Wongsuwan, & Ponmanajirungkul, 1997) ประกอบด้วย สุขภาพกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีและได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี เขียนสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศชาย หรือ เพศหญิงที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป สัญชาติไทย อาศัยในตำบลนาวัง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรีมีชื่อปรากฏในทะเบียนราษฎรในช่วงปี พ.ศ. 2561 จำนวน 232 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อาศัยในตำบลนาวัง อำเภอมือง จังหวัดเพชรบุรี มีชื่อปรากฏในทะเบียนราษฎรในช่วงปี พ.ศ. 2561 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) สนใจเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออก คือ 1) ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วนตามกระบวนการวิจัย 2) ขอลอนตัวจากงานวิจัยด้วยเหตุผลบางประการ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการคำนวณโปรแกรม G*power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) โดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .90 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ไว้ที่ระดับ .30 (Cohen, 1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 112 ราย เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างยุติการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ คือ 134 ราย ซึ่งภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามมีความสมบูรณ์ 130 ราย คิดเป็นร้อยละ 97.01

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ สมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้

2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดของโอเรียม (Orem, 2001) เป็นข้อคำถามเชิงบวก คำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองดี พฤติกรรมการดูแลตนเองปานกลาง พฤติกรรมการดูแลตนเองพอใช้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองควรปรับปรุง จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ จำนวน 9 ข้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ จำนวน 7 ข้อ พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ และปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง จำนวน 6 ข้อ การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองมาก โดยแบ่งระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Srisaard, 2017) คือ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดีที่ดีที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี 2.51-3.00 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับพอใช้ และ 1.00-1.50 หมายถึง พฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต้องปรับปรุง

3. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาแบบสอบถามโดยการประยุกต์แนวคิดของแลงก์ฟอร์ด (Langford, Bowsher, & Maloney, 1997) เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ (เห็นด้วยมากที่สุด = 5, เห็นด้วยมาก = 4, เห็นด้วยปานกลาง = 3, เห็นด้วยน้อย = 2, ไม่เห็นด้วย = 1) จำนวน 21 ข้อ แบ่งเป็น ด้านอารมณ์และสังคม จำนวน 6 ข้อ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก จำนวน 5 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 6 ข้อ และด้านการประเมินพฤติกรรม จำนวน 4 ข้อ การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีแรงสนับสนุนทางสังคม มาก โดยแบ่งระดับแรงสนับสนุนทางสังคม (Srisaard, 2017) คือ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมาก 2.51-3.00 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

4. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL-BREF) ชุดย่อฉบับภาษาไทย (Mahatanirunkul

et al., 1997) เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็น ด้านสุขภาพกาย (7 ข้อ) ด้านจิตใจ (6 ข้อ) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (3 ข้อ) และด้านสิ่งแวดล้อม (8 ข้อ) เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ ทางลบ 3 ข้อ สำหรับการแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีคุณภาพชีวิตดี โดยแบ่งคะแนนออกเป็น คะแนนรวม 96-130 หมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี 61-95 หมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และ 26-60 หมายถึงคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี สำหรับคุณภาพชีวิตรายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย คะแนนรวม 27-35 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับดี 17-16 หมายถึงคุณภาพด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง และ 7-16 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับไม่ดี ด้านจิตใจ คะแนนรวม 23-30 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับดี 15-22 หมายถึงคุณภาพด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และ 6-14 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับไม่ดี ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนรวม 12-15 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี 8-11 หมายถึงคุณภาพด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง และ 3-7 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมอยู่ในระดับไม่ดี ด้านสิ่งแวดล้อม คะแนนรวม 30-40 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับดี 19-29 หมายถึงคุณภาพด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง และ 8-18 หมายถึงคุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหาและความเหมาะสมทางภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 4 คน ประกอบด้วย อาจารย์สาขาการพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน และ อาจารย์สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (CVI) พบว่า แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ ค่า CVI เท่ากับ 0.87 ด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ ค่า CVI เท่ากับ 0.91 พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเป็ยงเบนทางสุขภาพ ค่า CVI เท่ากับ 0.86 และปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง ค่า CVI เท่ากับ 0.88 สำหรับแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย ด้านอารมณ์และสังคม ค่า CVI เท่ากับ 0.85 ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ค่า CVI เท่ากับ 0.90 ด้านข้อมูลข่าวสาร ค่า CVI เท่ากับ 0.84 และด้านการประเมินพฤติกรรม ค่า CVI เท่ากับ 0.87 สำหรับแบบสอบถามคุณภาพชีวิตได้ผ่านการทดสอบแล้วว่า มีความตรงตามเนื้อหา (CVI = 0.65) (Mahatanirunkul et al., 1997)

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นและค่าความเที่ยงของ โดยการทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง (ผู้สูงอายุตำบลโพไร่หวาน อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี) จำนวน 30 คน โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง เท่ากับ 0.91 และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 0.90 สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิต ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 (Mahatanirunkul et al., 1997)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัย จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี หมายเลขจริยธรรมวิจัยที่ NPBRU 08-2561 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2561 ผู้วิจัยตระหนักถึงการเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง เมื่อผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยเข้าแนะนำตัวกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดของการวิจัย การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รวมทั้งสิทธิในการปฏิเสธการไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลใด ๆ ผลการวิจัยจะนำเสนอภาพรวมนำมาใช้ประโยชน์

เพื่อการวิจัยเท่านั้น และแสดงผลการวิจัยในการอภิปราย ตีพิมพ์ เผยแพร่เป็นภาพรวมโดยแสดงค่าทางสถิติเท่านั้น ผู้วิจัยได้ทำลายเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยหลังการวิจัยเสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้วเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยให้ลงนามใบยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่โครงสร้างผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างโดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 31 ธันวาคม 2561 ซึ่งมีขั้นตอนของการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังองค์การบริหารตำบลในเมือง ตำบลนาวัง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยอธิบายนรายละเอียด โครงการวิจัย และชี้แจงวัตถุประสงค์
2. ผู้วิจัยไปพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้
3. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการตัดสินใจกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย กรณีที่อ่านหนังสือไม่ออก เขียนไม่ได้ ผู้วิจัยจะอธิบายรายละเอียดของแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการทำแบบสอบถาม
4. ผู้วิจัยนำผู้สูงอายุไปยังสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลโดยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้เป็นที่เข้าใจ และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง ส่วนผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการอ่านและการเขียนหนังสือ ผู้วิจัยได้อ่านรายละเอียดข้อคำถามให้ผู้สูงอายุฟังทีละข้อ แล้วให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบตามการรับรู้และความรู้สึกของตนเอง ซึ่งในการตอบแบบสอบถามนี้ใช้เวลาประมาณ 10-20 นาที ในการตอบแบบสอบถามนี้ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามเริ่มจาก แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต
5. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลหลังจากการตอบแบบสอบถามเรียบร้อยแล้ว หากพบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยได้ชี้แจงหรืออธิบายซ้ำและขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามอีกครั้ง จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของแบบสอบถามทุกฉบับซ้ำก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพชีวิต พฤติกรรมการดูแลตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิต ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยการแปลความหมายค่าสัมประสิทธิ์ (Hinkle ,1998) คือ 0.81-1.00 ระดับความสัมพันธ์สูงมาก 0.61-0.80 ระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างสูง 0.41-0.60 ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง 0.21-0.40 ระดับความสัมพันธ์ค่อนข้างต่ำ 0.01-0.20 ระดับความสัมพันธ์ต่ำ

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 130 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 78 คน (ร้อยละ 60) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 72 ปี ($M = 72.04, SD = 7.35$) อายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 83.4) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.2) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 61.5) ประกอบอาชีพค้าขาย (ร้อยละ 62) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 70.7) อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 40.8) ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวม อยู่ในระดับดี จำนวน 80 ราย (ร้อยละ

61.54) และระดับปานกลาง จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 38.46)

2. ระดับคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับดี ($M = 100.31, SD = 0.69$) โดยคะแนนเฉลี่ยทุกด้านอยู่ในระดับดี รายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี (n=130)

คุณภาพชีวิต	Min-Max	M	SD	ระดับ
ด้านสุขภาพกาย	27-35	28.14	0.51	ดี
ด้านจิตใจ	23-30	24.76	0.48	ดี
ด้านสัมพันธ์ทางสังคม	12-15	12.93	0.67	ดี
ด้านสิ่งแวดล้อม	30-40	34.48	0.72	ดี
โดยรวม	96-130	100.31	0.69	ดี

3. พฤติกรรมการดูแลตนเองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.08 ($SD = 0.97$) อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.16, SD = 0.79$) รองลงมา คือ ปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง ($M = 4.08, SD = 1.12$) พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ ($M = 4.05, SD = 0.64$) และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ ($M = 4.038, SD = 0.73$) ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน รายละเอียดดังในตารางที่ 2

4. แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.12 ($SD = 0.86$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอารมณ์และสังคม มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด ($M = 4.20, SD = 0.84$) รองลงมา คือ ด้านการประเมินพฤติกรรม ($M = 4.12, SD = 0.97$) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ($M = 4.11, SD = 0.91$) และด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 4.05, SD = 0.68$) ซึ่งอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ด้าน รายละเอียดดังในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี (n=130)

พฤติกรรมการดูแลตนเอง	Mean	SD	ระดับ
พฤติกรรมการดูแลตนเองทั่วไปในภาวะปกติ	4.05	0.64	มาก
พฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ	4.03	0.73	มาก
พฤติกรรมการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ	4.16	0.79	มาก
ปัจจัยบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถและความต้องการในการดูแลตนเอง	4.08	1.12	มาก
พฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม	4.08	0.97	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม	Mean	SD	ระดับ
ด้านอารมณ์และสังคม	4.20	0.84	มาก
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.11	0.91	มาก
ด้านข้อมูลข่าวสาร	4.05	0.68	มาก
ด้านการประเมินพฤติกรรม	4.12	0.97	มาก
แรงสนับสนุนทางสังคม โดยรวม	4.12	0.86	มาก

5. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ซึ่งผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติพบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเป็นเชิงเส้นตรง ดังนี้

5.1 พฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .648$, $p < .01$) โดยเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ 0.648 ซึ่งแสดงว่า พฤติกรรมดูแลตนเองกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน และมีความสัมพันธ์กันในระดับค่อนข้างมาก รายละเอียดดังในตารางที่ 3

5.2 แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .246$, $p < .01$) โดยเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) แล้วพบว่ามีความสัมพันธ์ 0.264 ซึ่งแสดงว่า แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กัน และมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ รายละเอียดดังในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิต (n=130)

ตัวแปร	คุณภาพชีวิต	พฤติกรรมดูแลตนเอง	แรงสนับสนุนทางสังคม
คุณภาพชีวิต	1.000		
พฤติกรรมดูแลตนเอง	.648**	1.000	
แรงสนับสนุนทางสังคม	.264**	.164**	1.000

** $p < .01$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับดี ($M = 100.31$, $SD = 0.69$) ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอในการดำรงชีพ อาศัยอยู่กับคู่สมรส ทำให้การดำเนินชีวิตและมีความสุข และพื้นที่ตำบลนาวังเป็นพื้นที่เขตเมือง การคมนาคมสะดวก ใกล้สถานที่สำคัญ เช่น โรงพยาบาล หรือ ศูนย์บริการสุขภาพต่าง ๆ และสามารถเข้าถึงสถานประกอบกิจการ หรือ พิธีทางศาสนาได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ Saeloo et al. (2020) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในสังคมเมืองส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตดี (ร้อยละ 72.31) ขณะที่ผู้สูงอายุในสังคมกึ่งเมืองและกึ่งชนบท ส่วนใหญ่คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.77, 63.85) และการศึกษาของ Noknoi and Boripan (2017) ที่พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจังหวัดสงขลามีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง ($M = 4.34$, $SD = 0.42$) เนื่องจากการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา การมีความสุขในการดำเนินชีวิต การเข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน และการอาศัยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี สะดวกและปลอดภัยแก่การใช้ชีวิต และ Teerakiatkamjorn (2011) ที่ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเฉลี่ยอยู่ในระดับดี เนื่องจากการได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น ฟังเทศน์ ฟังธรรม ทำบุญ และการได้เข้าร่วมกิจกรรมภายในชุมชน เช่น ออกกำลังกายตอนเย็น เข้าร่วมงานประเพณีสำคัญต่างๆ ส่งผลให้ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสูงขึ้นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบกับนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลในการยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนและจัดให้มีเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันได และแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐในหมวด 5 ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 80 (1) ที่ว่ารัฐบาลมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญกับการยกระดับและการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ได้มีการกำหนดแผนระยะยาวที่เหมาะสมและเป็นรูปธรรมสำหรับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา จึงเป็นที่ตระหนักทั้งของรัฐและประชาคมต่าง ๆ ว่ามีความสำคัญในลำดับต้น (Promotion and Protection of Elderly Office, 2014)

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เนื่องจาก ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่มีโอกาสพบปะบุคคลอื่นๆ ในสังคม และมีการแลกเปลี่ยนทำกิจกรรมในชมรม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ง่ายส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Kerdarunsuksri and Sangtongpanichkul (2020) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก เนื่องจากอาชีพเป็นปัจจัยบ่งชี้สถานะทางเศรษฐกิจของบุคคลและเป็นหนึ่งในองค์ประกอบของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และการศึกษาของ Duongthipsirikul (2010) ที่พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ รวมถึงการศึกษาของ Nakasaenee (2021) ที่ทำการศึกษพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด จากการที่ผู้สูงอายุมีความมั่นคงทางอาชีพ และความภาคภูมิใจในตนเอง และจากทฤษฎีกิจกรรมทางสังคมได้อธิบายว่า ถ้าบุคคลใดมีกิจกรรมมากอย่างจะสามารถปรับตัวได้มากขึ้นเท่านั้น และมีความพึงพอใจในชีวิตสูง ที่ทำให้เกิดความสุขในการดำเนินชีวิตต่อไป

แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้ว่าคุณค่าได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ซึ่งส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจและสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Soomboon, Somanusorn, and Sumgern (2018) ที่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลมีการสนับสนุนทางสังคมสูง ทั้งนี้เนื่องจากแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และการศึกษาของ Saeloo et al. (2020) ที่พบว่า ความเป็นเมือง (Urbanization) นำมาซึ่งความทันสมัย ความเจริญของถนนหนทาง การคมนาคมสะดวก ความเจริญของตึกรามบ้านช่องมีความสุขสบายในการอยู่อาศัย ทำให้คนในครอบครัวสามารถดูแลรับส่งเมื่อผู้สูงอายุต้องไปพบแพทย์หรือเดินทางไปที่ต่าง ๆ และการศึกษาของ Kandeet et al. (2016) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งอำนวยความสะดวก การจัดหาเสื้อผ้า ของใช้และอาหารมาให้ได้สะดวก จัดที่พักให้ตามความเหมาะสมและสะดวกสบาย ด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้เวลาพักผ่อนด้วยการดูโทรทัศน์กับครอบครัว จึงทำให้ได้รับข้อมูลข่าวสารเพิ่มขึ้นจากสื่อโทรทัศน์และคนในครอบครัว ด้านอารมณ์และสังคม และด้านการประเมินพฤติกรรม ทำให้ผู้สูงอายุรับรู้สิ่งที่พึงของตนเองในช่วงของการเป็นผู้สูงอายุ คือ กำลังใจ ความรัก ความเอาใจใส่จากบุตร บุตรเป็นที่พัก คู่ครองอยู่ด้วยแล้วอบอุ่น รู้สึกปลอดภัย และการสนับสนุนด้านอารมณ์จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีที่พึ่งทางใจ มีคนรัก มีคนดูแลเอาใจใส่ และให้ข้อมูลข่าวสาร ให้คำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มทุกเดือน ได้รับการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุที่มีโอกาสพบปะบุคคลอื่น ๆ ในสังคม การได้รับการพัฒนาด้านอารมณ์ สังคม ข้อมูลข่าวสาร และมีการแลกเปลี่ยนทำกิจกรรมในชมรม ทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวได้ง่ายส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายและจิตใจดี ตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเอง การปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การนอนหลับและการพักผ่อน สภาพความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกสุขสบาย ความไม่เจ็บปวด และการรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ และมีความรู้สึกรู้ทางบวกต่อตนเอง เช่น ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความคิด ความจำ สมาธิการตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rattana (2009) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการศึกษาของ Jisabai, Hunnirun, and Tornee, (2011) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุเขตบางกอกน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Duongthipsirikul (2010) การศึกษาของ Tangsurat and Ponghiran (2013) และ

Jintana, Suktan, and Takaew (2018) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยการประเมินระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ให้สามารถดูแลตนเองและลดภาระที่พึงได้
2. พยาบาลควรส่งเสริมแรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารให้มากขึ้นเนื่องจากการศึกษาพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารแม้ว่าจะอยู่ระดับมาก แต่คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ เพื่อเป็นการสนับสนุนข่าวสารทางสุขภาพที่ทันสมัยในการปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลตนเองให้ถูกต้องและทันต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะโรคระบาดอุบัติใหม่
3. พยาบาลควรมีกิจกรรมการออกแบบการดูแลและปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันหรือชะลอความเสื่อมตามวัยของผู้สูงอายุ เนื่องจากคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองตามพัฒนาการ แม้ว่าจะอยู่ระดับมาก ไม่แตกต่างจากพฤติกรรมด้านอื่นมากนัก แต่คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าด้านอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เช่น ลักษณะครอบครัว ผลการตรวจร่างกายประจำปี เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปอภิปรายผลการวิจัยได้ครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรมีการแจ้งกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าก่อนการเก็บข้อมูล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เตรียมตัวและเตรียมเวลาในการตอบแบบสอบถาม เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักไม่ค่อยมีเวลาว่าง เช่น เลี้ยงหลาน ไปวัด หรือ ไปโรงพยาบาล เป็นต้น
3. ควรทำการศึกษาวิจัยในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นและมีความแตกต่างของสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่
4. ควรศึกษาวิจัยเชิงทำนายโดยศึกษาว่าปัจจัยใดสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุด เพื่อเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือศึกษารูปแบบ หรือ โปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และชมรมผู้สูงอายุ ตำบลนาเวียง อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี ที่เอื้อเฟื้อสถานที่ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลวิจัย

References

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Duongthipsirikul, S. (2010). *Factors related to self-health care behavior of elderly at Tambon Charoenmuang Amphoe Phan Chanwat Chaing Rai*. Doctoral Dissertation, Sociology and Anthropology, Kasetsart University. (in Thai)
- 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.

- Hinkle, D. E. (1998). *Applied statistics for the behavioral sciences*. Boston: Houghton Mifflin.
- House, J. S. (1981). *Social work stress and social support*. New Jersey: Prentice Hall.
- Jintana, P., Suktan, S., & Takaew, C. (2018). Correlation and predictive power between social support and quality of life among older adult. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(2), 119-131. (in Thai)
- Jisabai, J., Hunnirun, P., & Tornee, S. (2011). Self-care behavior and quality of life of the elderly people in the elderly people club, Bangkok Noi district, Bangkok. *Journal of Faculty of Physical Education*, 14(1), 214-225. (in Thai)
- Kandee, P., Sukwong, P., & Weiangkham, D. (2016). Perceived social support of community-dwelling rural elderly in Northern Thailand. *Journal Mental Health Thai*, 24(1), 40-51.
- Kerdarunsuksri, A., & Sangtongpanichkul, P. (2020). A study of self care behavior in older adults at the elderly club of Ratchaphiphat hospital, on the foundations of personal and social support factor. *Vajira Medical Journal: Journal of Medicine*, 64(2), 86-96.
- Konkaew, W. (2014). *The health behavior of elderly of Klongtumru sub-district, Amphoe Mueang Chon Buri*. Master's Thesis, Public administration, Burapha University.
- Kunlasiri, P. (2016). *Quality of health care of the elderly in Tambon Nawaunge Muange district Phetchaburi province*. Phetchaburi: Phetchaburi Rajabhat University.
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., & Maloney, J. P. (1997). Social support: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95-100.
- Mahatanirunkul, S., Tuntinirunkul, W., Pumpisanchai, W., Wongsuwan, K., & Ponmanajirungkul, R. (1997). *The comparison of the World Health Organization quality of life questionnaire, 100 indicators and 26 Indicators*. Chiang Mai: Suan Prung Hospital.
- Malathum, P., Kongiem, J., & Intarasombat, P. (2009). Relationships of family support and friend support to life satisfaction of older adults in rural areas. *Ramathibodi Nursing Journal*, 15(3), 431-488.
- Nakasaenee, S. (2021). Self-healthcare behavior of the elderly in Bangkok. *Rajabhat Rambhai Barni Research Journal*, 12(1), 39-48.
- Nitananchai, S., & Santithirasak, M. (2010). Social and environmental support affecting the self care of the elderly in Samut Prakarn province. *Journal of Nursing Division*, 37(2), 64-75.
- Noknoi, J., & Boripan, W. (2017). Quality of life of the elderly in Songkhla province. *Princess of Narathivas University Journal*, 9(3), 94-105.
- Orem, D. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed). St. Louis: Mosby: Missouri.
- Promotion and Protection of Elderly Office. (2014). *Government policy on the Elderly*. Retrieved from http://www.oppo.opp.go.th/pages/law/law_06.html.
- Rattana, V. (2009). *Health care behavior and social support and the quality of life for the elderly, the elderly club, Suratthani Central hospital*. Master's thesis, Development Psychology, Graduate School, Srinakharinwirot University.

- Saeloo, J. Kaewkrachok, T., & Samdaengsarn, D. (2021). How social support and health literacy influence quality of life of elders in Muenge district of Nakorn Si Thammarat. *The Southern College Network Journal and Public Health*, 8(2), 39-52.
- Soomboon, S., Somanusorn, S., & Sumgern, C. (2018). Factors related to healthy aging among elderly. *Kuakarun Journal of Nursing*, 25(1), 141-153.
- Srisaard, B. (2017). *Basic research* (10th ed.). Bangkok: Suweereyasan.
- Suksri, S., & Settheetham, D. (2017). Health literacy and self-care related to quality of life of elderly in Amnatcharoen Municipality Amnatcharoen province. *KKU research Journal*, 17(4), 73-84.
- Suthamchai, B., Ketpitchayawattana, J., & Kaewwichian, N. (2015). Pattern synthesis integrated elderly health care services. *Journal of Public Health*, 24(6), 1017-1029.
- Tangsurat, P., & Ponghiran, W. (2013). Health care behaviors of the elderly in Bang Muang sub-district Municipality, Muang district, Samutprakarn province. *Journal for Disseminating Knowledge Academic and Research*, 20, 57-69.
- Teerakiatkamjorn, A. (2011). *Quality of life of the elderly in Suthep subdistrict Municipality, Muang district, Chiang Mai province*. Master's Thesis, Economics, Graduate School, Chiang Mai University.
- Zurick, P., Choeisombat, P., Sinthusuwan, J., & Srenual P. (2020). Situation of the Thai elderly in Mueang Phetchaburi. *Academic Journal of Phetchaburi Rajabhat University*, 10(3), 16-24.

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก: บทบาทที่ท้าทายของพยาบาล

วรรณพร คำพิลา, พย.ม.^{1*} เบญจพร ฐิติญาณวิโรจน์, พย.ม.¹ สุกัญญา รักศรี, พย.ม.¹ ปวีนตรา มานาดี, พย.ม.¹
ทิพวรรณ ทัพซ่าย, พย.ม.¹ สุธิดา สิงห์ศิริเจริญกุล, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ และสามารถเกิดขึ้นได้กับสตรีตั้งครรภ์ทุกราย สาเหตุของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ที่พบบ่อยในประเทศไทย คือ การขาดธาตุเหล็ก ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาขณะตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอ ร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดา และทารกในครรภ์ โดยผลกระทบมารดา ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด และผลกระทบต่อทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) อาการตัวเหลือง และการติดเชื้อ แนวทางการรักษา คือ การให้ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทาน และการติดตามค่าฮีโมโกลบิน (Hb) หลังการรักษา 4 สัปดาห์ โดยคำแนะนำที่ให้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก จะเน้นการส่งเสริมโภชนาการและยาเสริมธาตุเหล็ก พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษา ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก แนะนำการรับประทานอาหารที่ส่งเสริมการดูดซึมธาตุเหล็ก และแนะนำอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กไม่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก สตรีตั้งครรภ์ บทบาทพยาบาล

¹ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: wannaphonk@gmail.com

Caring for Pregnant Women with Iron Deficiency Anemia: The Challenging Role of Nurses

Wannaphon Khampila, M.N.S.^{1*}, Benjaporn Thitiyarnviroj, M.N.S.¹, Sukanya Raksee, M.N.S.¹,
Pawintra Manadee, M.N.S.¹, Thippawan Tubsai, M.N.S.¹, Suthida Singsiricharoenkul, M.N.S.¹

Abstract

In Thailand, anemia is a common condition among pregnant women. Iron deficiency anemia is caused due to physiological changes in pregnant women and inadequate intake of iron from the nutrients and storage. Anemia in pregnant women affects both the mother and fetus. Maternal effects include miscarriage and postpartum hemorrhage. Effects on infants include increased mortality rates, Respiratory Distress Syndrome (RDS), Low birth weight (less than 2500 g), Jaundice, and Infection. The treatment modalities are oral iron supplements and follow-up blood tests to check Hemoglobin (Hb) values after four weeks. The recommendation for pregnant women with iron deficiency anemia will focus on promotion of nutrition and elemental supplements. Nurses should educate about the treatment guidelines, precautions while taking the drug, iron-rich food sources and multivitamin and mineral supplements to prevent complications that can occur in pregnant women and their infants.

Key words: Anemia, pregnant women, nursing roles

¹ Nurse Instructor, Boromarajonani College of Nursing Khon Kaen, Faculty of Nursing, Praboromarajanok Institute

* Corresponding author e-mail: wannaphonk@gmail.com

บทนำ

ภาวะโลหิตจางเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในสตรีตั้งครรภ์ โดยทั่วโลกพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 15-49 ปี มีภาวะโลหิตจางคิดเป็นร้อยละ 36.5 (World Health Organization [WHO], 2021) ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 พบภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 16.05, 16.44 และ 15.08 ตามลำดับ ทั้งนี้เกณฑ์เป้าหมายในการทำงานด้านอนามัยแม่และเด็ก กำหนดให้สตรีตั้งครรภ์มีอัตราการเกิดภาวะโลหิตจางไม่เกินร้อยละ 10 แสดงให้เห็นว่าการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง และเป็นภาวะที่สตรีตั้งครรภ์จะต้องได้รับการดูแลและคำแนะนำที่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อมารดาและทารกในครรภ์

ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ หมายถึง สตรีตั้งครรภ์ที่มีฮีโมโกลบิน (Hb) ต่ำกว่า 11 g/dl หรือฮีมาโตคริต (Hct) ต่ำกว่า 33 vol% (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2008) หรือมี Hb หรือ Hct ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 5 ของแต่ละอายุครรภ์ คือ ในไตรมาสที่หนึ่งและสาม Hb ต่ำกว่า 11 g/dl Hct ต่ำกว่า 33 vol% และ Hb ต่ำกว่า 10.5 g/dl Hct ต่ำกว่า 32 vol% ในไตรมาสที่สอง (ACOG, 2021) สาเหตุของการเกิดภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ (Tongsong & Wanapirak, 2021) ดังนี้ 1) สาเหตุจากการสร้างไม่พอ ได้แก่ การขาดสารอาหาร ที่สำคัญ คือ ธาตุเหล็ก โฟเลต และวิตามินบี 12 ความผิดปกติของไขกระดูก (Aplastic anemia) กดการทำงานของไขกระดูก ระดับ erythropoietin ต่ำ ภาวะพร่องไทรอยด์ (Hypothyroidism) 2) สาเหตุจากการทำลายเม็ดเลือดมาก ได้แก่ โรคทางพันธุกรรม: ธาลัสซีเมีย sickle cell anemia autoimmune hemolytic anemia, SLE, thrombocytopenic purpura, hemolytic uremic syndrome การติดเชื้อ การตกเลือดก่อนคลอด รวมถึงการเสียเลือดเรื้อรัง

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจากสารอาหารไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายขาดธาตุเหล็กในวัยเจริญพันธุ์ เมื่อตั้งครรภ์ภาวะโลหิตจางก็จะเพิ่มมากขึ้น (Juil, Derman, & Auerbach, 2019) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ และให้ความรู้ในการดูแลตนเองแก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก บทความวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอแนวทางในการให้คำแนะนำในการส่งเสริมสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวกับแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก ร่วมกับการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา และการรับประทานวิตามินรวมและแร่ธาตุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

พยาธิสรีรวิทยาของการเกิดโรคโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

สตรีตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของระบบไหลเวียนโลหิต กล่าวคือ จะมีการสร้างปริมาณของน้ำเลือดในร่างกายเพิ่มขึ้นเพื่อใช้ในการขนส่งอาหารไปเลี้ยงทารกและรก แต่ปริมาณของเม็ดเลือดแดงจะมีการเพิ่มปริมาณไม่มากเท่ากับปริมาณของน้ำเลือด จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะโลหิตจางได้ ธาตุเหล็กเป็นส่วนประกอบหนึ่งของเม็ดเลือดแดง โดยปกติธาตุเหล็กอยู่ในร่างกายได้ 3 รูปแบบ คือ จับกับ Transferrin (Transport form), Ferritin (Storage form) และฮีม (Heme) เหล็กที่จะนำไปสร้างฮีโมโกลบินจะรวมอยู่กับ Transferrin ถ้าจำนวนโมเลกุลของ Transferrin มีปริมาณต่ำกว่าร้อยละ 15 การสร้างเม็ดเลือดแดงในไขกระดูกจะลดลง เม็ดเลือดแดงที่ถูกสร้างขึ้นมาจะมีขนาดเล็ก และมีสีจางลง (Tongsong, & Wanapirak, 2021) จึงทำให้เกิดโรคโลหิตจาง

สาเหตุของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์

การขาดธาตุเหล็กในขณะตั้งครรภ์สามารถแบ่งได้ 3 สาเหตุ ดังนี้

1. ความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มขึ้น ในสตรีตั้งครรภ์พบว่าต้องการธาตุเหล็ก 1,200 มิลลิกรัม ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ทารกในครรภ์และการสร้างเนื้อเยื่อของรกมีความต้องการธาตุเหล็ก 300 - 350 มิลลิกรัม เพื่อใช้

ในการเจริญเติบโต (Juul et al., 2019) จำนวนที่เอาไปสร้างเม็ดเลือดแดงสำหรับสตรีตั้งครรภ์ 500 มิลลิกรัม เลือดที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอดประมาณ 100 มิลลิกรัม และถูกขับถ่ายออกจากร่างกายอีก 200 มิลลิกรัม ภาวะโลหิตจางจะเริ่มแสดงอาการ เมื่อร่างกายมีการเพิ่มปริมาตรของเลือดในไตรมาสที่ 2 ของการตั้งครรภ์ และค่าฮีโมโกลบินจะลดต่ำลงแม้ว่าปริมาตรของเลือดจะไม่เพิ่มขึ้นอีกต่อไปในไตรมาสที่ 3 ของการตั้งครรภ์แต่ความต้องการในการใช้ฮีโมโกลบินในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์เพิ่มขึ้นตามสัปดาห์ของการตั้งครรภ์ ทำให้สตรีตั้งครรภ์มีอาการของภาวะโลหิตจาง

2. การสูญเสียเลือดเป็นระยะเวลานาน เช่น มีพยาธิปากขอในลำไส้ โรคกระเพาะอาหาร และริดสีดวงทวาร และการมีประจำเดือน (Chantanamongkol, 2016)

3. การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อย และการดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ ทำให้ได้ธาตุเหล็กน้อย เนื่องจากการรับประทานอาหารบางชนิด เช่น นม และข้าว ซึ่งด้านการดูดซึมธาตุเหล็กและการดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ ทำให้ได้ธาตุเหล็กน้อยเนื่องจากการรับประทานอาหารบางชนิดที่ด้านการดูดซึมธาตุเหล็ก (Chantanamongkol, 2016)

ผลกระทบของภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ดังนี้

1. ผลกระทบของมารดา สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กมีภาวะคลอดก่อนกำหนดได้มากกว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะโลหิตจาง 3.46 เท่า และเกิดภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยได้มากกว่า 1.99 เท่า (Finkelstein et al., 2020) ปริมาณความเข้มข้นของเม็ดเลือดแดงที่ไหลเวียนในร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มีปริมาณน้อยส่งผลให้หลอดเลือดขาดเลือดไปเลี้ยงจึงทำให้กรเลือด มารดาจึงเกิดภาวะรกลอกตัวก่อนกำหนด ภาวะแท้ง และเกิดภาวะคลอดก่อนกำหนดได้ (Blackburn, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางยังมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำคั่งในช่องท้อง ตกลูกหลังคลอด รกลอกตัวก่อนกำหนด และการติดเชื้ออีกด้วย (Young et al., 2019)

2. ผลกระทบต่อทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) อาการตัวเหลือง และการติดเชื้อ (Pavord et al., 2020) โดยเกิดจากการขาดธาตุเหล็กบนเม็ดเลือดแดง ทำให้เม็ดเลือดแดงมีจำนวนน้อย ส่งผลต่อการจับและลำเลียงออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงทารกในครรภ์ได้ในปริมาณน้อย มีผลต่อการเจริญเติบโตของทารก ส่งผลให้ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Brannon & Taylor, 2017)

จากการศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อมารดาและทารกอย่างมาก เพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะเป็นผู้ให้คำแนะนำในการดูแลตนเองแก่สตรีตั้งครรภ์

แนวทางการตรวจคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์สามารถคัดกรองได้จากการตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้

1. การตรวจร่างกาย พบอาการและอาการแสดง ได้แก่ อ่อนเพลีย หน้ามืด เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ หน้ามืด เหนื่อยง่าย อ่อนแรง เป็ลือกตาศีด ริมีฝีปากซีด ลิ้นลิ้น ลิ้นซีด เล็บซีด แผลมุมปาก และบางรายพบกลิ่นลำบาก (Charoenwit, Uerpairokit, & Manotaya, 2008)

2. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ สตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ตรวจความเข้มข้นของเลือดครั้งพบการเปลี่ยนแปลงของเม็ดเลือดแดง (Cunningham, Leveno, Gilstrap, & Westrom, 2018) ดังนี้

2.1 ฮีโมโกลบิน (Hb) หรือ ฮีมาโตคริต (Hct) ต่ำกว่าเปอร์เซ็นต์ที่ 5 ของแต่ละอายุครรภ์ หรือ Hb ต่ำกว่า 11 g/dl Hct ต่ำกว่า 33%

2.2 ค่า MCV (Mean corpuscular volume) ต่ำกว่า 80 fl.

2.3 serum ferritin ต่ำกว่า 10-15 ไมโครกรัม/ลิตร

2.4 serum iron ต่ำกว่า 30 ไมโครกรัม/ลิตร

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์เกี่ยวข้องกับ 2 ปัจจัยหลัก ดังนี้

1. ปัจจัยก่อนตั้งครรภ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในระยะก่อนตั้งครรภ์ที่พบบ่อยมักมาจากพฤติกรรมและโรคประจำตัวของสตรีตั้งครรภ์ อันเนื่องมาจากพฤติกรรมและหรือความเชื่อในการบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน ซึ่งอาหารที่คนไทยบริโภคทุกวันนี้ มีธาตุเหล็กประมาณเพียง 1-2 มิลลิกรัม ในขณะที่ร่างกายของสตรีตั้งครรภ์มีความต้องการธาตุเหล็กในปริมาณ 6-7 มิลลิกรัม (Chantanamongkol, 2016) นอกจากนั้นยังพบว่า การเสียเลือดอย่างเรื้อรังจากการเป็นโรคพยาธิปากขอ แผลในกระเพาะอาหาร มีประจำเดือนมาก และมีโรคประจำตัวเกี่ยวกับโรคเลือดเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางด้วย (Tongsong & Wanapirak, 2021)

2. ปัจจัยขณะตั้งครรภ์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ ถือว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาในระบบไหลเวียนโลหิตของสตรีตั้งครรภ์ โดยร่างกายของสตรีตั้งครรภ์เกิดการเปลี่ยนแปลงของเลือดและเม็ดเลือดแดง ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของปริมาณเลือดไม่ได้สัดส่วนกับการเพิ่มขึ้นของเม็ดเลือดแดง ทำให้ความเข้มข้นของ Hb และ Hct ของสตรีตั้งครรภ์ลดลง (Blackburn, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่า การตั้งครรภ์แฝด การฝากครรภ์ล่าช้า และไม่รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กในระยะตั้งครรภ์เนื่องจากมีอาการข้างเคียงหลังรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก เป็นต้น

แนวทางการรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

แนวทางการรักษา (Pavord et al., 2020) สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก มีดังนี้

1. ให้ยาเสริมธาตุเหล็กชนิดรับประทาน วันละ 200 mg โดยแบ่งให้วันละ 2-3 ครั้งรับประทานทุกวัน (Zhang et al., 2021)

2. ติดตามค่า Hb หลังการรักษา 4 สัปดาห์ หากการรักษาได้ผล Hb ควรสูงขึ้นเกิน 1 g/dl และให้รับประทานยาเสริมธาตุเหล็กต่ออีก 60 วัน แล้วจึงลดขนาดการให้เป็น 60 mg เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กซ้ำ

3. หากรักษาด้วยยาเสริมธาตุเหล็กแล้วไม่ได้ผล แสดงว่าอาจจะเป็นภาวะโลหิตจางจากสาเหตุอื่นให้หยุดยาเสริมธาตุเหล็ก และค้นหาสาเหตุอื่น เช่น ความถูกต้องของรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และภาวะการเสียเลือดเรื้อรังที่ยังไม่ได้รับการรักษา เป็นต้น

4. การให้เลือด (Blood transfusion)

4.1 ในช่วงตั้งครรภ์ ไม่มีข้อบ่งชี้ในการให้เลือด ยกเว้นมีภาวะซีดรุนแรง Hb < 6 g/dl ซึ่งพบว่าสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนของทารก ทำให้รูปแบบการเต้นของหัวใจทารกไม่พบการเปลี่ยนแปลง (Non reassuring fetal heart rate patterns) น้ำคร่ำน้อย fetal cerebral vasodilatation และเกิดเสียชีวิตในครรภ์ได้ จึงอาจเป็นข้อบ่งชี้ในการให้เลือด

4.2 ในช่วงคลอดหรือหลังคลอดมีการเสียเลือดมาก เพื่อป้องกันการเกิดหัวใจล้มเหลว

5. การให้เหล็กทางเส้นเลือดให้ในกรณีที่ไม่สามารถรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กทางปากได้ (Tolerate oral iron) หรือรับประทานอาหารได้น้อย มีปัญหาการดูดซึม หรือสตรีตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคไตต้องรักษาด้วยการฟอกไต (Dialysis) เป็นต้น ซึ่งมีความปลอดภัยและจะเพิ่มระดับ Hb ได้เร็วกว่ารูปแบบรับประทานในช่วงสัปดาห์แรก แต่หลัง

40 วันพบว่าผลไม่แตกต่างกัน ในประเทศไทยมี 2 ชนิด คือ Ferrous sucrose และ iron dextran (ร้อยละ 1 เกิดอาการแพ้หลังได้ Iron dextran)

บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจาง

บทบาทพยาบาลตามมาตรฐานการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 ได้มีการกำหนดมาตรฐานในการดูแลก่อนและระหว่างตั้งครรภ์ โดยพยาบาลมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ส่งเสริมสุขภาพ และปฏิบัติการดูแลที่เหมาะสม เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ และส่งต่อเพื่อรับการรักษา ดังนั้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลที่เหมาะสมในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ดังนี้

1. คัดกรองความเสี่ยง จากการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อค้นหาสาเหตุ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะโลหิตจางของสตรีตั้งครรภ์

2. ให้คำแนะนำในการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ได้แก่

2.1 ให้รับประทานยาก่อนอาหารอย่างน้อย 30 นาที ถ้ามีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้รับประทานหลังอาหาร 30 นาที หรือ รับประทานพร้อมอาหาร ถ้าหายจากอาการคลื่นไส้ อาเจียนที่เป็นผลข้างเคียงของการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ให้ปรับเวลาเป็นก่อนอาหารหรือก่อนนอน

2.2 ไม่ควรรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพร้อมกับแคลเซียมคาร์บอเนต เนื่องจากมีความเป็นกรดลดการดูดซึมของธาตุเหล็ก (แยกเข้า-เย็น-ก่อนนอน) ถ้ารับประทาน Ferrous 3 ครั้งก่อนหรือหลังอาหารจำนวน 1 เม็ด และควรกินแคลเซียมคาร์บอเนตก่อนนอน

2.3 หลีกเลี่ยงการรับประทานพร้อมอาหารที่ขัดขวางการดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น นม ผลิตภัณฑ์ของนม น้ำชา กาแฟ ไข่แดง เส้นใยมาก ข้าวโพด ลูกเดือย เม็ดแมงลัก เป็นต้น

2.4 รับประทานยาบำรุงเลือด (Ferrous) ทุกวัน จนกระทั่งคลอดและกินต่อหลังคลอดอีก 6 เดือน

3. ให้คำแนะนำในการรับประทานอาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก เช่น เนื้อสัตว์ เลือด ตับ ปลา กุ้ง หอย ไข่แดง ผักที่มีธาตุเหล็ก เช่น ผักใบเขียว มะเขือพวง ผลไม้ที่มีวิตามินซี เป็นต้น ผลไม้ที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก เช่น ฝรั่ง และส้ม เป็นต้น รับประทานผัก ผลไม้สด โดยเฉพาะที่มีวิตามินซี และเอสูง และการดื่มน้ำชา กาแฟ นมวัว หรือนมถั่วเหลือง ไม่ควรดื่มพร้อมอาหารหรือหลังอาหารทันที ควรดื่มหลังกินยาเสริมธาตุเหล็กอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (Thanyavinichkul, & Phonwattana, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการให้คำแนะนำถึงแหล่งอาหารของธาตุเหล็ก ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ปลา ไข่ ถั่วแห้ง และธัญพืชเสริม ธาตุเหล็กในผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่เรียกว่า Heme สามารถดูดซึมได้ง่ายกว่าธาตุเหล็กในผัก และแหล่งอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น ผลไม้รสเปรี้ยวและผักสดดิบ และอย่ารับประทานยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กร่วมกับผลิตภัณฑ์จากนม หรืออาหารเสริมแคลเซียม (นม ชา และกาแฟ) และพบการศึกษาที่แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความชุกของโรคโลหิตจางกับความรู้ของสตรี ในสตรีตั้งครรภ์ร้อยละ 86.5 ที่รับประทาน อาหารเสริมธาตุเหล็กเป็นประจำ มีเพียงร้อยละ 20.6 เท่านั้นที่รู้ว่าอาหารเสริมธาตุเหล็กควรรับประทานร่วมกับน้ำผลไม้ (Namazi, & Alizadeh, 2016) และแนะนำให้รับประทานอาหารเสริมธาตุเหล็กระหว่างมื้ออาหารและควรรับประทาน วิตามินซีที่เป็นแหล่งที่ดี เช่น น้ำผลไม้เพื่อเพิ่มการดูดซึมธาตุเหล็ก (Milman, 2012)

โดยสรุปบทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กสามารถทำได้ 2 ประเด็น คือ

1. การป้องกันภาวะโลหิตจางตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์การพัฒนานามัยเจริญพันธุ์ แห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) โดยการจัดโครงการส่งเสริมสาวไทยแก้มแดงมีลูกเพื่อชาติ ด้วยวิตามิน แสวนพิเศษ

ที่มีแนวคิดในการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่าง มีคุณภาพ มีการดำเนินกิจกรรมโดยให้หญิงไทยวัยเจริญพันธุ์ อายุ 20-34 ปี ที่พร้อม ตั้งใจ และวางแผนจะมีลูก ได้รับการสนับสนุนให้มีโภชนาการที่ดี ด้วยการเสริมธาตุเหล็กและวิตามินโฟลิก สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (Department of health, 2018)

2. การดูแลขณะตั้งครรภ์ พยาบาลสามารถดูแลได้ ดังนี้ 1) คัดกรองภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ทุกราย 2) ให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก และแนะนำการรับประทานอาหารที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้ไม่ดี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ 3) แนะนำเรื่องสุขวิทยา ในการบริโภคอาหารสุกดิบ 4) แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์นั่งและสังเกตลูกดิ้น เนื่องจากภาวะโลหิตจางจะทำให้ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตล่าช้า และตายในครรภ์ได้ พยาบาลจึงควรเน้นการนับและสังเกตลูกดิ้นโดยเริ่มนับ 1 ชั่วโมง หลังรับประทานอาหารในมือเช้า กลางวัน และเย็น ทารกจะต้องดิ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ครั้ง รวม 24 ชั่วโมงจะต้องดิ้นมากกว่า 10 ครั้งขึ้นไป และมาฝากครรภ์ตามนัด (Seaharattanapatum, Sinsuksai, Phumonsakul, & Chansatitporn, 2021) 5) การติดตามประเมินภาวะโลหิตจางตลอดการตั้งครรภ์โดยประเมินจากผลการตรวจความเข้มข้นของเลือดหลังรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก และเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัด (Seaharattanapatum et al., 2021) 6) การส่งต่อเพื่อการรักษาในรายที่มีภาวะโลหิตจางรุนแรงขณะตั้งครรภ์ 7) การส่งต่อข้อมูลเพื่อการคลอดหรือป้องกันการตกเลือดหลังคลอด หรือป้องกันการภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Seaharattanapatum et al., 2021) 8) การประเมินผลการพยาบาล ติดตามผลของระดับ Hb, Hct หลังการรักษา 4 สัปดาห์ (Pavord et al., 2020)

นอกจากนี้พบการศึกษาในรูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมอาหารสมดุลของยาบำรุงธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ที่ทำการศึกษาในสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กขณะตั้งครรภ์ โดยโปรแกรมประกอบด้วย แบบบันทึกการรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็ก แบบบันทึกการรับประทานอาหาร 3 วัน ซึ่งมีทั้งหมด 3 กระบวนการ คือ 1) ให้ความรู้ด้านโภชนาการ และธาตุเหล็กเสริม 2) ฝึกวางแผนมื้ออาหาร 3) โทรศัพท์ติดตาม ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมอาหารสมดุลของยาบำรุงธาตุเหล็กสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ สามารถอธิบายได้ว่าพยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กต่อสุขภาพมารดาและทารก ส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์มีการควบคุมพฤติกรรมรับประทานอาหาร แนะนำความรู้เรื่องอาหาร 5 หมู่ ได้แก่ ประโยชน์ของการรับประทานอาหารชนิดต่าง ๆ อาหารที่อุดมด้วยธาตุเหล็ก อาหารช่วยการดูดซึมธาตุเหล็ก สารยับยั้งอาหารของการดูดซึมธาตุเหล็ก รายการแลกเปลี่ยนอาหาร พลังงานประจำวัน ความต้องการและการเสริมธาตุเหล็กอาจทำให้เข้าใจวิถีกินอาหารเพื่อสุขภาพและธาตุเหล็กเสริมอย่างสม่ำเสมอและสามารถทำได้อย่างเหมาะสม (Seaharattanapatum et al., 2021) สอดคล้องกับ การศึกษาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางในประเทศจอร์แดน ทำการทดลองกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะโลหิตจางโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐาน และกลุ่มทดลองได้รับการดูแลจากพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมความรู้ผ่านสื่อวิดีโอและสื่อการสอนเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ร่วมกับการติดตามการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็ก ผลการศึกษาพบว่าสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับความรู้และติดตามการรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กมีความรู้ในการเลือกเมนูอาหารประจำวันและระดับค่าฮีโมโกลบิน (Hb) สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Abujilban, Hatamleh, & Al-Shuqerat, 2019)

สรุป

ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์เป็นภาวะที่พบได้บ่อย และสามารถเกิดขึ้นได้กับสตรีตั้งครรภ์ทุกราย จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในสตรีตั้งครรภ์มีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสรีรวิทยาของสตรีตั้งครรภ์ การเก็บสะสมธาตุเหล็กไว้ไม่เพียงพอ และร่วมกับการได้รับธาตุเหล็กจาก

สารอาหารไม่เพียงพอ ภาวะโลหิตจางในสตรีตั้งครรภ์ส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารกในครรภ์ ผลกระทบของมารดา ได้แก่ รกลอกตัวก่อนกำหนด และการคลอดก่อนกำหนด นอกจากนี้ยังมีผลกระทบต่อทารก ได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด กลุ่มอาการหายใจลำบาก (RDS) น้ำหนักแรกเกิดได้แก่ อัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้น ทารกคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกเกิดต่ำ (น้อยกว่า 2,500 กรัม) อาการตัวเหลือง และการติดเชื้อ ภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กส่งผลกระทบต่อทั้งมารดาและทารก แต่สามารถป้องกันได้โดยพยาบาลตรวจประเมิน คัดกรอง ความเสี่ยงของสตรีตั้งครรภ์ และให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์โดยให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษา ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา และแหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก และแนะนำให้รับประทานยาที่ช่วยดูดซึมธาตุเหล็ก หลีกเลี่ยงอาหารที่ทำให้การดูดซึมธาตุเหล็กได้ไม่ดีเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรให้ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการรักษา ข้อควรปฏิบัติขณะรับประทานยา แหล่งอาหารที่มีธาตุเหล็ก การรับประทานวิตามินรวมและแร่ธาตุเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์

กิจกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการ คณะผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น และผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้การสนับสนุน และข้อเสนอแนะในการเขียนบทความวิชาการในครั้งนี้

References

- Abujilban, S., Hatamleh, R., & Al-Shuqerat, S. (2019). The impact of a planned health educational program on the compliance and knowledge of Jordanian pregnant women with anemia. *Women & health, 59*(7), 748-759.
- American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG]. (2021). Anemia in pregnancy: ACOG practice bulletin, number 233. *Obstetrics and Gynecology, 138*(2), e55-e64.
- Blackburn, S. (2017). *Maternal, fetal, & neonatal physiology-e-book: A clinical perspective*. St. Louis: Elsevier Health Sciences.
- Brannon, P. M., & Taylor, C. L. (2017). Iron supplementation during pregnancy and infancy: Uncertainties and implications for research and policy. *Nutrients, 9*(12), 1327.
- Chantanamongkol, K. (2016). *Nursing care for women with congenital diseases*. Pathum Thani: Rangsit University. (In Thai)
- Charoenwit, T., Uerpairojkit, B., & Manotaya, S. (2008). *Obstetrics* (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University. (In Thai)
- Cunningham, F. G., Leveno, K. J., Gilstrap, L. C., & Westrom, K. D. (2018). *Williams's obstetrics* (25th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Department Of Health. (2018). *A guide to Thai girls with red cheeks*. Retrieved from <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Pdfview/1490d5b1-3322-ea11-80e8-00155d09b41f>
- Finkelstein, J. L., Kurpad, A. V., Bose, B., Thomas, T., Srinivasan, K., & Duggan, C. (2020). Anaemia and iron deficiency in pregnancy and adverse perinatal outcomes in Southern India. *European Journal of Clinical Nutrition, 74*(1), 112-125.

- Juul, S. E., Derman, R. J., & Auerbach, M. (2019). Perinatal iron deficiency: Implications for mothers and infants. *Neonatology, 115*(3), 269-274.
- Milman, N. (2012). Oral iron prophylaxis in pregnancy: Not too little and not too much!. *Journal of Pregnancy, 2012*, 1-8.
- Namazi, A., & Alizadeh, S. (2016). Health knowledge of pregnant women on anemia and its complication in pregnancy. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery, 26*(2), 98-106.
- Pavord, S., Daru, J., Prasannan, N., Robinson, S., Stanworth, S., Girling, J., & BSH Committee. (2020). UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *British Journal of Haematology, 188*(6), 819-830.
- Seaharattanapatum, B., Sinsuksai, N., Phumonsakul, S., & Chansatitporn, N. (2021). Effectiveness of balanced diet-iron supplement program among pregnant women with anemia: A quasi-experimental study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 25*(4), 653-665.
- Thanyavinichkul, S., & Phonwattana, T. (2018). Development of preventive and corrective care model for anemic pregnant women at public hospital in Chiang Mai. *Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health, 8*(1), 9-23. (In Thai)
- Tongsong, T., & Wanapirak, C. (2021). *Obstetrics* (6th ed.). Chiang Mai: Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Chiang Mai University.
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Worldwide prevalence of anemia 2016 - 2019, WHO Global database on anemia*. Retrieved from https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/anaemia_in_women_and_children
- Young, M. F., Oaks, B., Tandon, S., Martorell, R., Dewey, K., & Wendt, A. (2019). Maternal hemoglobin concentrations across pregnancy and maternal and child health: A systematic review and meta-analysis (P11-033-19). *Annals of the New York Academy of Sciences, 1450*(1), 47-68.
- Zhang, Q., Lu, X. M., Zhang, M., Yang, C. Y., Lv, S. Y., Li, S. F., Zhong, C. Y., & Geng, S. S. (2021). Adverse effects of iron deficiency anemia on pregnancy outcome and offspring development and intervention of three iron supplements. *Scientific Reports, 11*(1), 1-11.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ อื่น ๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรอง และ ลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
2. บทความปริทัศน์ บทความพิเศษ และปกิณกะ

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. จัดพิมพ์ต้นฉบับด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word ด้วยอักษร TH SarabunPSK หรือ Angsana New ขนาด 16 point บนกระดาษขนาด A4 พิมพ์หน้าเดียวเว้นระยะบรรทัด 1 บรรทัด (single space) เว้นระยะห่างจากขอบกระดาษทั้ง 4 ด้าน ด้านละ 1 นิ้ว พิมพ์เลขหน้ากำกับทุกแผ่น และจำนวนเนื้อหาไม่เกิน 12 หน้า (รวม References)
2. หน้าแรก (ให้เป็นเลขหน้า 0 โดยไม่นับรวม กับเนื้อหา) ให้พิมพ์ชื่อเรื่องภาษาไทย และ ภาษาอังกฤษ ขนาด 20 point และเพิ่มชื่อผู้เขียน คุณวุฒิ ตำแหน่ง และสถานที่ทำงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุผู้เขียนหลัก (Corresponding author) โดยใส่เครื่องหมาย * ไว้ท้ายชื่อ และระบุ e-mail address ไว้ด้วย
3. หน้าถัดมาให้เป็นเลขหน้า 1 ให้พิมพ์ชื่อเรื่องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้ตรงกลางของหน้าแรก ด้วยอักษรขนาด 22 Point และต่อด้วยบทคัดย่อ และ Abstract (ไม่เกิน 250 คำ) และคำสำคัญ (Key words) ไม่เกิน 5 คำทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. ส่วนประกอบในบทคัดย่อ ได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา (ไม่ต้องมีส่วนนำ) รูปแบบและวิธีการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง สถานที่และช่วงเวลาเก็บข้อมูล เครื่องมือวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย สรุป และ ข้อเสนอแนะ
5. บทความวิจัย เรียงลำดับหัวข้อ ดังนี้
 - ความสำคัญของปัญหา
 - วัตถุประสงค์ของการวิจัย
 - กรอบแนวคิดในการวิจัย
 - วิธีดำเนินการวิจัย (ประกอบด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูล)
 - ผลการวิจัย
 - การอภิปรายผล
 - ข้อจำกัดในการวิจัย

- สรุปและข้อเสนอแนะ
- กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
- References

6. การใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น และไม่ใช้คำย่อ นอกจากเป็นคำที่ยอมรับกันโดยทั่วไป การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยหรือการเขียนทับศัพท์ภาษาอังกฤษให้ยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน การใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษในเนื้อเรื่องภาษาไทย ให้ใช้อักษรตัวพิมพ์เล็ก ยกเว้นชื่อเฉพาะให้ขึ้นต้นด้วยอักษรตัวพิมพ์ใหญ่

7. กรณีบทความภาษาอังกฤษ ใช้แบบ American English

8. การอ้างอิงทั้งในเนื้อหา และ References เขียนด้วยภาษาอังกฤษ โดยใช้ APA 6th edition style ไม่เกิน 20 ชื่อ และเอกสารที่ใช้อ้างอิงไม่เกิน 10 ปี ยกเว้นตำรา หรือเอกสารทฤษฎีบางประเภท หากเอกสารอ้างอิงนั้นเขียนเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วต่อท้ายด้วยคำว่า [in Thai]

9. กรณีที่ต้นฉบับเป็นวิทยานิพนธ์หรือดุษฎีนิพนธ์ จะต้องได้รับการรับรองจากอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ร่วมเขียนทุกคนตามแบบฟอร์มของวารสาร

การส่งบทความ

1. การส่งบทความเพื่อลงตีพิมพ์ ต้องเสียค่าธรรมเนียม ตามระเบียบประกาศของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยส่งจ่ายณณัติในนาม “เหรียญกษาปณ์วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131”

2. Submission บทความในระบบ online ทาง : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> โดยจัดทำเป็น 1 zip.file เพื่อ upload ประกอบด้วย 3 ไฟล์ คือ

- 1) หน้า ‘0’ ที่มีแต่ชื่อเรื่องและชื่อผู้เขียน,
 - 2) หน้า ‘1-12’ ที่มีชื่อเรื่อง บทคัดย่อ abstract เนื้อหา และ References, และ
 - 3) หนังสือรับรองที่ผู้เขียนลงนามและกรอกข้อมูลครบถ้วน
(download แบบฟอร์มได้ที่ goo.gl/cisWzA และ goo.gl/rArbPV)
3. ส่งต้นฉบับบทความทั้งหมดทาง E-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

หมายเหตุ

1. หากบทความของท่านไม่ได้รับการพิจารณาตีพิมพ์ ฝ่ายวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่ายดังกล่าว
2. การเขียนอ้างอิง ใช้แบบ APA 6th edition ซึ่งสามารถ download และศึกษาตัวอย่างได้จาก URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

Author Guideline

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University is a peer reviewed journal published 4 issues per year. Researchers in nursing and health related sciences are invited to submit manuscripts to be published in this journal. These manuscripts should not have been published previously in other journals or in other languages. The original manuscript will be reviewed by at least two reviewers and will be finally approved by the Journal editor.

Types of Manuscripts

The Journal of the Faculty of Nursing Burapha University will accept manuscripts of research articles written in English with contents relating to nursing research or health sciences, health services, knowledge in nursing and other sciences which are beneficial to health and the nursing profession.

Preparation of Manuscripts

1. Typing manuscript using Microsoft Word with Times New Roman with the font size of 12 points on A4 size paper, one page printing, single space, margin size should be spaced at 1 inch from each side on 4 edges, page number typed on every page with a maximum of 12 pages (including references)

2. The first page (it should be page “0” and not included the content). In this page should contain the title of manuscript typed with the font size of 12 points, the authors, their qualifications, positions, and work address. Identify the corresponding author by typing * after the name and provide e-mail address

3. The next page should start with page number “1” and the title should be in the middle of this page with the font size of 18 points and then the abstract (which should be a maximum of 250 words) and key words (up to a maximum of 5 words). Abstract and key words must be duplicated and provided in both English and Thai language.

4. A structured abstract should be included as part of the manuscript. The abstract should contain purpose of the study without detailed background, design and methods, including type of study, sample, setting and duration of data collection, measurement, and types of data analysis, results, conclusions and implication.

5. The contents should be ordered as follows:

- Significance of the Problem
- Purpose the Study
- Conceptual Framework

- Methods (including the design, population and sample, research instruments, ethical consideration, data collection procedure, and data analysis)

- Results
- Discussion
- Conclusions and Implication for Nursing
- Acknowledgments (if applicable)
- References

6. Use American English for manuscripts.

7. Writing references in text and in the references' part should be based on the APA 6th edition style with the maximum of 20 citations and these citations should be up to date and should not be older than 10 years except where these citations are from textbooks or classic articles. If the reference was originally written in Thai please amend to be in English, and then put the term 'in Thai' at the end of each citation.

8. If the original manuscript is a thesis or dissertation, it must be endorsed by an advisor and all co-authors according to the journal's form.

Submission of Manuscript

1. Fees are charged according to the regulation and announcement of the Faculty of Nursing, Burapha University. Money orders should be submitted to "Treasurer of Journal of Faculty of Nursing Burapha University, Faculty of Nursing Burapha University, Saensuk, Chon Buri 20131

2. Submission on line via : <https://www.tci-thaijo.org/index.php/Nubuu/author/submit/1> by upload zip.file including at least 3 files;

- 1) page '0' which contains title and author's name and information;
- 2) page '1-12' which consists of abstract (Thai and English), contents and references;
- 3) the cover letter, which all required information and endorsement are completed.
(the cover letter form is available at goo.gl/jfZcpc and goo.gl/wC4p3n)

3. The original manuscript should be submitted to E-mail: jnurse@nurse.buu.ac.th

Note:

1. If your manuscript is not accepted for publication, the journal reserves the right to refund such fee.

2. Write references in accordance with the APA 6th edition style. This style can be previewed and downloaded from: URL: <http://www.edu.buu.ac.th/webnew/jform/journal-ref.pdf>

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการ เพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็กคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา การส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวนับเป็นสิ่งสำคัญในภาวะสังคมปัจจุบัน ซึ่งต้องเริ่มตั้งแต่วัยเด็ก ต้องวางรากฐานในการพัฒนาเด็กทั้งด้านร่างกาย จิตสังคม บุคลิกภาพ และสติปัญญา ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก จึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวจิตสังคม และวิธีเสริมพัฒนาการเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้มองเห็นความสำคัญดังกล่าว จึงได้จัดตั้งโครงการศูนย์พัฒนาเด็กเล็กขึ้นตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540



การรับสมัคร

1. รับเด็กอายุระหว่าง 1½ เดือน ถึง 4 ปี
2. รับเลี้ยงเด็กปกติ คือ เด็กที่ไม่มีความพิการหรือบกพร่องทางด้านร่างกายและจิตใจที่ต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ
3. รับสมัครตามลำดับก่อน - หลังจนครบตามจำนวนที่ทางศูนย์ฯ กำหนดไว้

สนใจสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ :

ศูนย์วิจัยและปฏิบัติการเพื่อการเรียนรู้และพัฒนาเด็กเล็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่ 169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131 โทรศัพท์ 038-102222 ต่อ 2859 โทรสาร 038-393476 และ <http://nurse.buu.ac.th/2017/service-childcenter.php>

สมัครสมาชิก

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

สมาชิกใหม่ ต่ออายุสมาชิก ส่งบทความลงวารสาร

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ชื่อสกุล.....

ชื่อหน่วยงาน.....

อีเมลล์..... เบอร์โทร.....

สถานที่จัดส่งวารสาร

ที่อยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน..... ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

อัตราค่าสมาชิกวารสาร

บุคคลทั่วไป/หน่วยงาน

1 ปี 4 ฉบับ จำนวนเงิน 500 บาท 3 ปี 12 ฉบับ จำนวนเงิน 1,300 บาท

นิสิตนักศึกษา

1 ปี 4 ฉบับ จำนวนเงิน 450 บาท 3 ปี 12 ฉบับ จำนวนเงิน 1,250 บาท

เริ่มรับ ปีที่..... ฉบับที่..... พ.ศ..... สิ้นสุด ปีที่..... ฉบับที่..... พ.ศ.....

อัตราค่าธรรมเนียมการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

บทความละ 2,000 บาท

ชำระเงิน ได้ 2 ช่องทาง

1. ชำระด้วยเงินสด
2. โอนเงินเข้าบัญชี

(386-1-00442-9 ธนาคารกรุงไทย สาขาแหลมทองบางแสน ชื่อบัญชี มหาวิทยาลัยบูรพา)
แจ้งส่งหลักฐานการโอนเงินได้ที่

1. ฝ่ายวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131
2. Scan ส่ง e-mail : jnurse@nurse.buu.ac.th

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร



“สถาบันแห่งการพลิกโฉมทางการศึกษาและวิจัยทางการแพทย์
เพื่อรับมือสภาวะสุขภาพที่ท้าทายอย่างยั่งยืนและเป็นสากล”
Transforming Nursing Education and Research, Responding to
Healthcare Challenges Internationally and Sustainably



40th ANNIVERSARY
Faculty of Nursing
Burapha University