



BUU
BURAPHA UNIVERSITY
WISDOM OF THE EAST

NURSE
FACULTY OF NURSING
คณะพยาบาลศาสตร์

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing Burapha University

Vol. 31 No. 4

October – December 2023

ISSN 0858- 4338 (Print)

ISSN 2774 - 1214 (Online)



งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
169 ถนนลาดพร้าว แขวง ด.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

รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการผู้ช่วย

รองศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิดาคุณธิ์ พูลศิริ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปันตา

ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต

ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร พุ่มดวง

รองศาสตราจารย์ ดร.วารุณี พองแก้ว

รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์

รองศาสตราจารย์ ดร.ภรภัทร เสงี่ยมทรัพย์

รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พูลพงศ์ สุขสว่าง

รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงฤดี ลาสุขะ

รองศาสตราจารย์ ดร.ประทุม สร้อยวงศ์

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์

รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญพัฒนา

รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล

รองศาสตราจารย์ ดร.ซัจจนต์ แพรวขาว

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

The University of Louisville, 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 โดยผ่านการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิ (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 หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่นๆ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน ต่ฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

วิสัยทัศน์

“สถาบันแห่งการพลิกโฉมทางการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาล เพื่อรับมือสภาวะสุขภาพที่ท้าทายอย่างยั่งยืนและเป็นสากล”

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 : สู่วิทยายุคใหม่



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY

ปีที่ 31 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2566 Vol. 31 No. 4 October - December 2023

สารบัญ

	หน้า
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม	กัญญ์ภรณ์ เหล็กดำ นัยนา พิพัฒน์วณิชชา 1-12
• ผลของการพอกยาสมุนไพรต่อความรุนแรง ความเจ็บปวด และองศาข้อเข่า ในผู้ป่วยโรคลมข้อเข่าเข้าแห่ง โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา	วรัญญา บุญประเสริฐ กิตติพร เนาว์สุวรรณ นภชา สิงห์วีระธรรม 13-23
• ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมจำหน่ายในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ	อรรณวิทย์ จันทรศิริ ปณิชา พลพินิจ ชุตินา ฉันทมิตรโอภาส 24-34
• การพัฒนาหลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของพระบรมราชภานุรักษ์ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช	จามจุรี แซ่หลู่ อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง สุทัศน์ เหมทานนท์ 35-47
• ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอปลูกถ่ายไต	นิคม คำเหลือง และคณะ 48-60
• การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง	ศศิธร เย็นแยม อรนุช ประดับทอง พุ่มพวง ทะเรรัมย์ 61-75
• ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ตำบลวังเหนือ อำเภอบางบาล จังหวัดลพบุรี	ณิชา สอาดจิตต์ สกวเดือน เนตรทิพย์ ณัฐรดา อานนท์ 76-90
• การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี	ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ ภคพร กลิ่นหอม จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์ 91-106
• ประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อ <i>Acinetobacter baumannii</i> ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ	นารี ศรชัย และคณะ 107-123
• ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีของเกษตรกรสวนทุเรียน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร	ปิยาพัชร นาคมุสิก 124-138

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม

กัญญ์ภรณ์ เหล็กดำ, พย.ม.^{1*} นัยนา พิพัฒน์วิชชา, Ph.D.²

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม โรงพยาบาลพระปกเกล้า 97 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ แบบประเมินอาการปวด และ แบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหพันธ์พอยไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.29) มีการรับรู้ความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง $M = 3.50$, $SD = 0.52$ อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.522$, $p < .01$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_s = .353$, $p < .01$, $r_{pb} = .252$, $p < .01$ ตามลำดับ) และอาการปวด มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำ ($r_{pb} = -.234$, $p < .01$) กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม

จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรด้านสุขภาพควรให้ความสำคัญกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ไม่ดี มีการรักษามะเร็งด้วยวิธีต่าง ๆ ผู้ที่มีอาการปวด และยังสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็ง

คำสำคัญ: การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ภาวะสุขภาพ ผู้สูงอายุ มะเร็งเต้านม

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: kanyabhorn@gmail.com

Factors Related to Falls Efficacy Among Older Adults with Breast Cancer

Kanyabhorn Lekdum, M.N.S.^{1*}, Naiyana Piphatvanitcha, Ph.D.²

Abstract

This descriptive correlational research aimed to investigate factors related to falls efficacy among older adults coping with breast cancer. The sample, consisting of 97 older adults with breast cancer under the care of Phrapokkloa Hospital, was selected using simple random sampling. Data were collected through questionnaires covering demographic information, perceived health status scale, numerical rating scales (NRS) for pain assessment, and the modified fall efficacy scale (MFES). Descriptive statistics, Point biserial correlation, and Spearman rank-order correlation coefficient were employed for data analysis.

The results revealed that a significant proportion of the sample (76.29%) exhibited a high level of falls efficacy ($M = 3.50$, $SD = 0.52$). Age demonstrated a moderate negative correlation with falls efficacy ($r_s = -.522$, $p < .01$), while perceived health status and breast cancer treatment displayed a low positive correlation ($r_s = .353$, $p < .01$, $r_{pb} = .252$, $p < .01$), and pain showed a low negative correlation ($r_{pb} = .234$, $p < .01$) with falls efficacy among older adults with breast cancer at a significance level of .05.

These findings suggest that healthcare providers should prioritize factors associated with falls efficacy among older adults dealing with breast cancer, particularly those with poorer perceived health status, undergoing specific cancer treatment modalities, and experiencing pain. The research outcomes can inform the development of clinical nursing guidelines tailored to the unique needs of older adults coping with cancer.

Key words: Breast Cancer, Fall Efficacy, Health Status, Older Adults

¹ Student of master degree of Nursing science in Gerontological Nursing, Faculty of Nursing Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

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

ความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประชากรไทย ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2543 จนถึงปัจจุบัน พบมากถึงร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป โดยพบว่าผู้สูงอายุโรคมะเร็งมีความเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคมะเร็ง โดยพบมากในผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบอัตราการหกล้มเพิ่มเป็นสองเท่าหรือพบในอัตราถึง 9.15 ต่อ 1,000 คน ต่อเดือน (Ward, Wong, Moore, & Naeim, 2014) เนื่องจากโรคมะเร็งหรือความเป็นพิษของการรักษา (Sattar, Spoelstra, Alibhai, & Puts, 2019) และจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เสื่อมถอยทำให้การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้าลง ทำให้ความสามารถในการทรงตัวบกพร่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเด็นามอาจได้รับผลกระทบจากการหกล้มที่รุนแรง เช่น เกิดภาวะกระดูกหักได้มากกว่าปกติ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงอาจส่งผลต่อแผนการรักษาโรคมะเร็ง หากมีอาการรุนแรงมากอาจถึงขั้นพิการหรือเสียชีวิตได้ โดยพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยพบอัตราการหกล้มเพิ่มเป็นสองเท่าหรือพบในอัตราถึง 9.15 ต่อ 1,000 คน ต่อเดือน (Ward et al., 2014)

หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง ผู้สูงอายุจะสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง แต่หากผู้สูงอายุรู้สึกมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่ปลอดภัยและไม่มั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่าง ๆ การรับรู้ความมั่นใจในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม สามารถประเมินโดยใช้เครื่องมือในการวัดความกลัวการหกล้ม (Fall efficacy scale: FES) โดยบุคคลที่กลัวการหกล้มคือบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ หรือไม่เชื่อในความสามารถของตนในการหลีกเลี่ยงการหกล้มขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันปกติ และกิจกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม (Hill, Schwarz, Kalogeropoulos, & Gibson, 1996) จนเกิดการจำกัดการเคลื่อนไหว หลีกเลี่ยงการทำกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น เกิดความวิตกกังวล แยกตัว ปฏิบัติกิจกรรมลดลง จนทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง เกิดภาวะซึมเศร้า อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุตัดสินใจไม่รักษาโรคมะเร็งเด็นามที่เป็นอยู่ ทำให้การดำเนินของโรคมะเร็งแพร่กระจายไปสู่อวัยวะอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับความทุกข์ทรมาน และเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร (Aburub, Phillips, Curcio, Guerra, & Auais, 2020) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมตามมา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งทั้งในและต่างประเทศ พบว่ามีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการรักษา และอาการที่เกี่ยวข้อง (Sattar et al., 2019; Thanakun, Jitpanya, & Pudtong, 2020) การศึกษาที่ผ่านมาในต่างประเทศ พบว่าปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเด็นาม ประกอบด้วย อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการรักษาโรคมะเร็งเด็นาม และอาการปวด (Aburub et al., 2020; Sattar et al., 2019) แต่ในประเทศไทยยังมีการศึกษาในวงจำกัดเกี่ยวกับปัจจัยดังกล่าว

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเด็นาม เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างอิสระ ลดการพึ่งพาผู้อื่น สามารถเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้อย่างครบถ้วน เพื่อส่งเสริมการหายของโรค และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมะเร็งเด็นามมีอายุยืนยาวอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเด็นาม
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้าน อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการรักษาโรคมะเร็งเด็นาม และอาการปวด กับ การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเด็นาม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการทำวิจัยครั้งนี้มาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการประยุกต์กรอบแนวคิดทฤษฎีตามบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (International Classification of Functioning, disability and health [ICF]) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization [WHO], 2001) โดยได้มีการอธิบายถึงความพิการและสุขภาพ กับปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการทำงานหรือโครงสร้างของร่างกาย ด้านกิจกรรมและการมีส่วนร่วม และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ร่วมกับการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ของ Pohl, Ahlgren, Nordin, Lundquist, and Lundin-Olsson (2015) มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยในครั้งนี้

วิธีการศึกษา

การวิจัยเชิงบรรยายความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านมและมาได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 594 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุเพศหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2565 โดยกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ดังนี้ สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยได้ ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม และเริ่มทำการรักษาอย่างน้อย 2 เดือนขึ้นไป ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่ไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีอาการรุนแรงในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ มีอาการหอบเหนื่อยเป็นต้น และสามารถลุก ยืน เดิน ได้ด้วยตนเอง มีการรับรู้บุคคล วัน เวลา สถานที่ในระดับปกติ ประเมินโดยใช้แบบทดสอบความผิดปกติ ทางารรับรู้ Six Item Cognitive Impairment Test (6 CIT-Kingshill Version 2000) โดยมีคะแนนระหว่าง 0-7 ถือว่าไม่มีความผิดปกติของการรับรู้ และผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างมีความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ โดยผู้สูงอายุสามารถขอยุติการให้สัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.7 โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัว (Bivariate normal model) ในการทดสอบความสัมพันธ์ของตัวแปรศึกษาแบบทางเดียว (One-tail) เนื่องจาก งานวิจัยที่ผ่านมาของ Piphatvanitcha, Piphatvanitcha, and Jullamate (2018) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการก้าวเดินและการทรงตัวกับความกลัวการหกล้มของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน มีค่าเท่ากับ -.25 จึงได้กำหนดค่าความสัมพันธ์ (Correlation pH1) มีค่าเท่ากับ .25 ($r = .25$) กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ 0.5 และกำหนดอำนาจ การทดสอบ (Power of test) ที่ .80 โดยได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 97 คน

ผู้วิจัยนำรายชื่อของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก คลินิกอายุรกรรมมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ในวันที่เก็บข้อมูลทั้งหมดใส่กล่อง และทำการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน จำนวนวันละ 5 คน ผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ตามรายชื่อที่จับฉลากได้ จำนวนวันละ 5 คน จนครบ 97 คน ตามที่กำหนดไว้

เครื่องมือในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบทดสอบความผิดปกติ ทางารรับรู้ (Six Item Cognitive Impairment Test [6CIT]) เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นของ Brooke

and Bullock (1999) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย Udonsat, Piphatvanitch, and Jullamate. (2018) เป็นวิธีการแปลย้อนกลับ (Back translation) ตามแบบวิธี Sperber (2004) เครื่องมือได้ผ่านการทดสอบความตรงของเครื่องมือในผู้สูงอายุ จำนวน 287 ราย เปรียบเทียบกับแบบทดสอบ MMSE แบบประเมิน 6 CIT มีความตรงตามสภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ทางลบ ($r = -.91$) มีข้อคำถามทั้งสิ้น 6 ข้อ เป็นคำถามเกี่ยวกับการรับรู้สภาวะรอบตัว ความตั้งใจและความจำ โดยมีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0–28 คะแนน โดยคะแนน 0–7 หมายถึง ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์จำนวน 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วย อายุ ศาสนา วิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านม

ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) เป็นแบบสัมภาษณ์ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองโดยรวมของตนเองพัฒนาโดย Yamchanchai. (1995) โดยผ่านการนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุ ในชุมชนจังหวัดกาญจนบุรีจำนวน 30 คน โดยการสัมภาษณ์ซ้ำห่างกัน 1 สัปดาห์ แล้วนำไปหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนแรงค่อเคอร์ (Spearman rank-order correlation coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .94 (Wongpanitkul, Piphatvanitch, & Jullamate, 2012) ลักษณะคำถาม เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนมีค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่ดี พอใช้ ดี และดีมาก โดยมีการแปลคะแนน (Punakallio, Lusa, & Luukkonen, 2004) ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี 2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพพอใช้ 3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี และ 4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีมาก

ชุดที่ 3 แบบประเมินอาการปวด (Categorical Numerical Rating Scales [NRS] for Pain Assessment) เป็นแบบประเมินอาการปวดที่เป็นมาตรฐานของราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย และสมาคมการศึกษาเรื่องความปวดแห่งประเทศไทย (2554) ได้จัดทำแนวทางพัฒนาการระงับปวดเฉียบพลันหลังผ่าตัด ได้มีการนำไปใช้ในการประเมินอาการปวดอย่างแพร่หลายในประเทศไทย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลัง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการวัดซ้ำ (Inter-rater reliability) โดยการประเมินความเจ็บปวดซ้ำ 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที และนำมาหาความสัมพันธ์ (Pearson correlation coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ $r = .86$ ถือได้ว่าแบบสอบถามมีค่าความเที่ยงสูง โดยให้ผู้ป่วยประเมินอาการปวดเป็นตัวเลขความรุนแรงของอาการปวด จาก 0–10 โดย 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย และ 10 หมายถึง ปวดมากที่สุด จนทนไม่ได้ การแปลผลคะแนนแบบประเมินอาการปวด มีดังนี้ คะแนน 0 หมายถึง ไม่ปวดเลย คะแนน 1–3 หมายถึง ปวดเล็กน้อย คะแนน 4–6 หมายถึง ปวดปานกลาง และคะแนน 7–10 หมายถึง ปวดมากที่สุด

ชุดที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) (The Thai Modified Fall Efficacy Scale [TMFES]) เป็นแบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นโดย Hill et al. (1996) และแปลเป็นภาษาไทยโดย Piphatvanitcha et al. (2018) ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น ของเครื่องมือกับผู้สูงอายุโรคเบาหวาน จำนวน 30 คน พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .92 (Piphatvanitcha et al. 2018) โดยมีคำถามรวมทั้งสิ้นเป็น 14 ข้อ เพื่อครอบคลุมกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การใช้บริการขนส่งสาธารณะ การข้ามถนน การทำสวนเล็ก ๆ น้อย ๆ และการใช้บันไดภายในบริเวณบ้าน โดยคำตอบเป็นมาตรวัดเป็นเส้นตรงตัวเลข (Visual analogue) โดยมีระดับการวัดทั้งหมด 11 ระดับ ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ทำการดัดแปลงคำตอบให้เป็นมาตราส่วน (Likert scale) 4 ระดับคะแนน และนำคะแนนรวมที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย เพื่อให้ผู้สะดวกต่อการตอบคำถามของผู้สูงอายุ โดยมีคำตอบ 1–4 คะแนน ดังนี้ 1 คะแนน หมายถึง ไม่มั่นใจเลย 2 คะแนน หมายถึง มั่นใจเล็กน้อย 3 คะแนน หมายถึง มั่นใจปานกลาง 4 คะแนน หมายถึง มั่นใจมาก โดย 1–2 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ

- 2.1-3 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยไม่หกล้มอยู่ในระดับปานกลาง และ
3.1-4 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล นำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่าความเที่ยง โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบบประเมินการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ฉบับภาษาไทย (ฉบับปรับปรุง) และแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้เท่ากับ .88

แบบสัมภาษณ์การรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status) มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค (Indexes of Item-Objective Congruence [IOC]) ได้เท่ากับ .88

วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยได้รับการรับรองวันที่ 6 ตุลาคม 2564 โครงการวิจัยเลขที่ G-HS073/2564 จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการยื่นขอจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เพื่อใช้ในการพิจารณาขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย โดยได้รับการรับรองวันที่ 20 พฤศจิกายน 2564 โครงการวิจัยเลขที่ 087/64 ผู้วิจัยได้ทำการขอเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้วิจัยขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมมะเร็ง เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุเพศหญิงอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกอายุรกรรมมะเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี จำนวน 97 คน โดยผู้วิจัยนำรายชื่อของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมทั้งหมดใส่กล่อง และทำการสุ่มแบบง่าย ด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่ใส่คืน จำนวนวันละ 5 คน จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ตามรายชื่อที่จับสลากได้ จนครบ 97 คน การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในรายที่ยินดีให้ความร่วมมือ จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม จากนั้นทำการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์จนครบ 97 คน ตามแนวทางปฏิบัติการปรับปรุงแบบบริการการดูแลผู้ป่วยนอก (OPD) ในสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 (Department of Medical Services, 2021)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ทางสถิติข้อมูลที่ได้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติ มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ และศาสนา วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเกี่ยวกับตัวแปรที่ศึกษา ประกอบด้วย อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านม และอาการปวด โดยใช้การวิเคราะห์แบบแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นวิธีการรักษาโรคมะเร็ง อาการปวดและการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม มีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติจึงทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยโดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน แรงค์ ออเดอร์ (Spearman's rank correlation coefficient) และของสถิติสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ วิธีการรักษาโรคมะเร็ง และอาการปวดกับการรับรู้

ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม โดยใช้สถิติวิเคราะห์สหพันธ์พอยไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมโดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient)

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 88.70) มีอายุเฉลี่ย คือ 65.09 ปี ($SD = 3.69$) นับถือศาสนาพุทธเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82.47)
2. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคมะเร็งเต้านมระยะที่ 3 (ร้อยละ 77.32) ได้รับการรักษาโรคมะเร็งเต้านมโดยวิธีให้ยาเคมีบำบัด (ร้อยละ 46.39) และรักษาโดยวิธีรังสีรักษา (ร้อยละ 34.02) ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ไม่เคยหกล้ม (ร้อยละ 78.35) มีการรับรู้ความสามารถในการทรงตัวพอใช้ (ร้อยละ 54.64)
3. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 76.29) และมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับปานกลาง (ร้อยละ 22.68) ($M = 3.50$, $SD = 0.52$)
4. กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมในระดับสูงที่สุด คือ การอาบน้ำ ($M = 3.79$, $SD = .499$) รองลงมา คือ การถอดและสวมเสื้อผ้า ($M = 3.74$, $SD = .564$) และการเตรียมอาหารง่าย ๆ การนั่งและลุกจากเก้าอี้, การเดินภายในบ้านโดยรอบ ($M = 3.73$, $SD = .569$, $.511$, $.445$) ตามลำดับ ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมในระดับต่ำที่สุด แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง คือ การข้ามถนน, การใช้บริการขนส่งสาธารณะ และการใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน ($M = 2.88$, 2.92 , 3.26 , $SD = 1.148$, 1.017 , 1.023)
5. อายุมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r_s = -.522$, $p < .001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ($r_s = .353$, $p < .001$) วิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ ($r_{pb} = .252$, $p < .001$) อาการปวด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r_s = -.234$, $p < .001$) ดังรายละเอียดแสดงในตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยศึกษากับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ($n = 97$ คน)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ค่า P -value
อายุ	$-.522^{***}(r_s)$	$<.001$
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	$.353^{***}(r_s)$	$<.001$
วิธีการรักษาโรคมะเร็งเต้านม	$.252^{***}(r_{pb})$	$<.001$
อาการปวด	$-.234^{**}(r_{pb})$	.011

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 79.4) กิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มมากที่สุด คือ การอาบน้ำ ($M = 3.79$, $SD = .499$) รองลงมา คือ การถอดและสวมเสื้อผ้า ($M = 3.74$, $SD = .564$) และการเตรียมอาหารง่าย ๆ การนั่งและลุกจากเก้าอี้และการเดินภายในบ้านโดยรอบ ($M = 3.73$, 3.73 , 3.73 , $SD = .569$, $.511$, $.445$) และการใช้บันไดหน้าบ้านหรือหลังบ้าน ($M = 3.26$, $SD = 1.023$) ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 86.66) มีอายุเฉลี่ย คือ 65.09 ปี ($SD = 3.69$) จัดเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยไม่มาก อีกทั้งคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถลุก ยืน เดินได้ด้วยตนเองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีภาวะพึ่งพิงน้อย (ร้อยละ 100) นอกจากนี้จากประวัติการหกล้มภายใน 1 ปี พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยมีประวัติการหกล้มภายใน 1 ปี (ร้อยละ 78.35) และศูนย์แห่งความเป็นเลิศด้านโรคเมเร็ง โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ยังมีชมรมผู้รอดชีวิตจากโรคเมเร็งที่จะเข้ามาพูดคุยให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองให้แก่ผู้ป่วยเมเร็งรายใหม่ ที่ทำการรักษาอยู่ได้ปรึกษา และมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมดนตรีบำบัดเพื่อผู้ป่วยเมเร็ง ทำให้ผู้สูงอายุโรคเมเร็งมีกำลังใจที่จะทำการรักษา จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง ส่วนกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มน้อยที่สุด 2 อันดับสุดท้าย แต่ยังคงอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การข้ามถนน รองลงมาคือ การใช้บริการขนส่งสาธารณะ ($M = 2.88$, 2.92 , $SD = 1.148$, 1.017) ตามลำดับ ซึ่งพบว่า ทั้ง 2 กิจกรรม เป็นกิจกรรมที่ค่อนข้างมีความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มได้ง่าย เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังในการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวค่อนข้างมาก ผู้สูงอายุไม่ได้ทำบ่อย และบางกิจกรรมต้องใช้ความเร็ว เช่น การข้ามถนน จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านมเป็นกลุ่มเปราะบางเนื่องจากโรคเมเร็ง และผลข้างเคียงจากการรักษาโรคเมเร็ง ซึ่งส่งผลต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะทำให้เกิดอาการชาปลายมือปลายเท้า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการมือและหรือเท้าชา (ร้อยละ 68.04) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อความมั่นใจในการทำกิจกรรมเป็นอย่างมาก

2. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านม อภิปรายตามลำดับดังนี้

อายุ มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.522$, $p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านมที่มีอายุน้อย จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับสูง และหากผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านมที่มีอายุมากจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มในระดับต่ำเช่นกัน โดยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุตอนต้นจะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุตอนปลาย ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน ความพิการและสุขภาพ (ICF) และการศึกษาที่ผ่านมา (Pohl et al., 2015) ที่กล่าวว่า อายุเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านม การวิจัยนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 86.70) มีอายุเฉลี่ย คือ 65.09 ปี ($SD = 3.69$) โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ทำให้ผู้สูงอายุวัยนี้เป็นวัยที่เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตามวัยของสรีรวิทยาไปในทางเสื่อมลงของระบบต่าง ๆ เล็กน้อย จากความเสื่อมถอยที่เริ่มเกิดกับทุกระบบของร่างกายโดยเฉพาะระบบกระดูก กล้ามเนื้อ ระบบประสาท ระบบรับรู้ความรู้สึก เป็นต้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเมเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษามะเร็งโดยวิธีการต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสมรรถนะการทำงานของร่างกายลดลงเล็กน้อย ทำให้ผู้สูงอายุเริ่มมีปัญหาด้านการทรงตัว และการก้าวเดินที่เกิดจากความอ่อนแอทางด้านกายภาพ ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวร่างกาย (Miller, 2009) สอดคล้องกับ Bandura (1997) ที่เชื่อว่าสภาวะด้านร่างกายของผู้สูงอายุมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา

ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้หวั่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน และผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chang, Chen, & Chou, 2016; Hoang, Jullamate, Piphatvanitcha, & Rosenberg, 2017; Janthasri et al., 2019) เมื่อมีอายุมากจะมีการรับรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ($r_s = .353, p < .001$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีทำให้มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี โดยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน การทำงานความพิการและสุขภาพ (ICF) ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์ตามแนวคิดของ WHO (2001) ที่กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยทางด้านบุคคลส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม โดยผู้สูงอายุจะปฏิบัติกิจกรรมใดขึ้นอยู่กับความสามารถของตนเองว่าจะสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ถ้าหากผู้สูงอายุรับรู้สิ่งที่ตนเองจะปฏิบัติกิจกรรมนั้นเกินความสามารถของตนเองผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมจะการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำ ผู้สูงอายุก็จะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรม หรือเกิดภาวะพึ่งพิง ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่กล่าวว่าผู้บุคคลจะมีการรับรู้ความสามารถของตนเองอย่างไรขึ้นอยู่กับสภาวะทางด้านร่างกาย กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี จะมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนได้หวั่น (Chang et al., 2016; Piphatvanitch et al., 2018; Treekham, Piphatvanitcha, & Jullamate, 2019; Wongpanitkul et al., 2012)

อาการปวด มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_s = -.234, p = .011$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมที่มีอาการปวดน้อยหรือไม่มีอาการปวด จะมีการรับรู้ความมั่นใจ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีอาการปวด เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้สามารถอธิบายได้ว่าอาการปวดเป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุ ตามแนวคิดบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงาน การทำงานความพิการและสุขภาพ (ICF) ที่ Pohl et al. (2015) ได้ประยุกต์ตามแนวคิดของ WHO (2001) สามารถอธิบายได้ว่า อาการปวดในผู้สูงอายุโรคมะเร็งสามารถพบได้ทุกระยะตั้งแต่ก่อนการวินิจฉัย ระหว่างการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จนกระทั่งระยะสุดท้ายของชีวิต อาการปวดเกิดได้ทั้งแบบเฉียบพลันและแบบเรื้อรัง หรืออาจเกิดได้ทั้ง 2 แบบ โดยสาเหตุอาจเกิดได้จากก้อนมะเร็งโดยตรงหรือเกิดจากก้อนมะเร็งแพร่กระจายไปโดนเส้นประสาทหรือเกิดจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด จากสาเหตุดังกล่าว ส่งผลให้เส้นประสาทส่วนปลายได้รับอาการบาดเจ็บหรือถูกทำลาย จนเกิดการขัดขวางของเซลล์ประสาทรับรู้ความรู้สึก เมื่อระบบประสาทมีการรับรู้ความรู้สึกผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงไปจะทำให้เกิดอาการปวดได้ (Thanakun et al., 2020) ทั้งนี้ อาการปวดส่งผลต่อการรับรู้ความมั่นใจของผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านม โดยผู้สูงอายุจะปฏิบัติกิจกรรมใดขึ้นอยู่กับอาการปวดว่าจะสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ ถ้าหากผู้สูงอายุไม่มีอาการปวดก็จะสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้อย่างมีความมั่นใจ แต่หากผู้สูงอายุโรคมะเร็งเต้านมมีอาการปวด จะทำให้ผู้สูงอายุไม่มั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมทำให้ผู้สูงอายุจำกัดกิจกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า อาการปวดมีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

โดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเมเร็ง (Sattar et al., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าอาการปวดยังสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ (Pukemayung, Piphatvanitcha, & Jullamate, 2019)

วิธีการรักษาโรคเมเร็งด้านมมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเมเร็งด้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r_{pb} = .252, p < .001$) กล่าวคือ วิธีการรักษาโรคเมเร็งด้านมทำให้ผู้สูงอายุโรคเมเร็งด้านมมีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มอยู่ในระดับต่ำกว่าผู้สูงอายุโรคเมเร็งที่ไม่ได้รับการรักษา ซึ่งการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ วิธีการรักษาโรคเมเร็งด้านมเป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมตามกรอบแนวคิด ICF ซึ่งส่งผลกระทบต่อความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเมเร็งด้านม สอดคล้องกับแนวคิดบัญชีสากลเพื่อการจำแนกการทำงานการทำงานความพิการและสุขภาพ (ICF) ที่ Pohl et al. (2015) กล่าวคือปัจจุบันเทคโนโลยีทางการแพทย์มีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทำให้เมเร็งด้านมมีวิธีการรักษาที่หลากหลายแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระยะของโรคเมเร็ง ตัวรับฮอร์โมนของแต่ละบุคคล แต่ไม่ว่าการรักษาด้วยวิธีการใดแล้วแต่มีผลต่อการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุทั้งสิ้น แต่ที่จะเห็นได้ชัดเจนคือ การรักษาด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากยาเคมีบำบัดนอกจากทำลายเซลล์มะเร็งแล้วยังทำลายเซลล์ปกติอีกด้วย และนอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังมีผลทำให้เกิดอาการข้างเคียงไม่พึงประสงค์สูง โดยเฉพาะผู้สูงอายุโรคเมเร็งด้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (Dorsey et al., 2019) และเนื่องจากผู้สูงอายุตอนต้นเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตามวัย ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรศาสตร์ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสแพ้ง่าย และรุนแรงกว่าวัยอื่น ๆ (Wangnoom, Thanarojanawanich, Jamprasert, Na Bangxang, & Maneejavakajorn, 2016) นอกจากนี้การรักษาโรคเมเร็งจะทำให้ผู้สูงอายุโรคเมเร็งด้านมมีจำนวนเม็ดเลือดต่าง ๆ ลดลงจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด และรังสีรักษาที่ปกติการทำงานของไขกระดูก (Chuatrakul, Panuthai, & Khampolsiri, 2013) ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกอ่อนเพลียไม่มีแรงเหนื่อยง่าย มีการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้มของผู้สูงอายุโรคเมเร็งด้านมลดลง

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการส่งเสริมการรับรู้ความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่หกล้ม ในผู้สูงอายุโรคเมเร็งด้านมที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ และการพัฒนาแนวทางในการจัดการอาการปวดเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และไม่เกิดภาวะพึ่งพิงต่อไป ทั้งนี้ ควรมีการวิจัยเชิงทำนายเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อความมั่นใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา และสำนักวิจัยและพัฒนา โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ที่มอบทุนในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

References

- Aburub, A., Phillips, S. P., Curcio, C.-L., Guerra, R. O., & Auais, M. (2020). Fear of falling in community-dwelling older adults diagnosed with cancer: A report from the international mobility in aging study (IMIAS). *Journal of Geriatric Oncology* 11(4), 603-609.
- Bandura, A. (1997). *Self efficacy the exercise of control* (4th ed.). New York: W.H. Freeman.
- Chang, H. T., Chen, H. C., & Chou, P. (2016). Factors associated with fear of falling among community-dwelling older adults in the Shih-Pai study in Taiwan. *PloS one*, 11(3), 1-12.

- Chuatrakul, P., Panuthai, S., & Khampolsiri, T. (2013). Fatigue among older patients with colorectal cancer receiving chemotherapy and related factors. *Nursing Journal*, 40(3), 62-74. [In Thai]
- Department of Medical Services. (2021). *Guidelines outpatient care services (OPD) situation of COVID*. Retrieved from <http://covid19.dms.go.th/>
- Dorsey, S. G., Kleckner, I. R., Barton, D., Mustian, K., O'Mara, A., St. Germain, D., & Hohmann, A. G. (2019). The national cancer institute clinical trials planning meeting for prevention and treatment of chemotherapy-induced peripheral neuropathy. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 111(6), 531-537.
- Hill, K. D., Schwarz, J. A., Kalogeropoulos, A. J., & Gibson, S. J. (1996). Fear of falling revisited. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77(10), 1025-1029.
- Hoang, O. T. T., Jullamate, P., Piphatvanitcha, N., & Rosenberg, E. (2017). Factors related to fear of falling among community-dwelling older adults. *Journal of Clinical Nursing*, 26(1-2), 68-76.
- Janthasri, A., Piphatvanitcha, N., & Jullamate, P. (2019) Factors related to fear of falls in older adult with chronic obstructive pulmonary disease. In *RSU National Research Conference 2019* (pp. 30-42). Pathumthani: Rangsit University. [In Thai]
- Miller, C. A. (2012). *Nursing for wellness in older adults* (6th ed.). Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins.
- Piphatvanitcha, T., Piphatvanitcha, N., & Jullamate, P. (2018). Relationships of walking, balancing, peripheral neuropathy and fall history with fear of falling among older patients with diabetes. In *The 7th Phayao Research Nation Conference* "Entrepreneurial University: Chance, Hope, Future" (pp.194-207). Phayao: University of Phayao. [In Thai]
- Pohl, P., Ahlgren, C., Nordin, E., Lundquist, A., & Lundin-Olsson, L. (2015). Gender perspective on fear of falling using the classification of functioning as the model. *Disability and Rehabilitation*, 37(3), 214-222.
- Pukemayung, L., Piphatvanitcha, N., & Jullamate, P. (2019). Factors related to fear of falls among older adults with osteoarthritis of the knee. *Journal of Health and Nursing Education*. 27(1), 167-181. [In Thai]
- Punakallio, A., Lusa, S., & Luukkonen, R. (2004). Functional, postural and perceived balance for predicting the work ability of firefighters. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 77(7), 482-490.
- Sattar, S., Spoelstra, S. L., Alibhai, S. M., & Puts, M. T. (2019). Circumstances of falls and fear of falling in community-dwelling older adults with cancer: Results from a mixed-methods study. *Journal of Geriatric Oncology*, 10(1), 105-111.
- Sperber, A. D. (2004) Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. *Gastroenterology*, 126(1 Suppl 1), S124-S128. doi: 10.1053/j.gastro.2003.10.016
- Thanakun, P., Jitpanya, C., & Pudtong, N. (2020). Chemotherapy-induced peripheral neuropathy and its correlates in breast cancer patients. *Royal Thai Army Medical Journal*, 73(4), 243-252. [In Thai]

- Treekham, K., Piphatvanitcha, N., & Jullamate, P. (2019) Factors related to fear of falls in older adult patients admitted to the inpatient department in the hospital. In *RSU National Research Conference 2019* (pp. 54-66). Pathumthani: Rangsit University. [In Thai]
- Udonsat, S., Piphatvanitch, N., & Jullamate, P. (2018). Male caregiver burden of elderly with stroke and its related factors. In *The 3rd National Conference "Disruptive Innovation"* (pp. 451-461). Ubonratchatani: Ratchathani University. [In Thai]
- Ward, P. R., Wong, M. D., Moore, R., & Naeim, A. (2014). Fall-related injuries in elderly cancer patients treated with neurotoxic chemotherapy: A retrospective cohort study. *Journal of Geriatric Oncology*, 5(1), 57-64.
- Wongpanitkul, K., Piphatvanitch, N., & Jullamate, P. (2012). Factors related to fear of falls among community-dwelling older adults in Kanchanaburi province. In *National Conference of Research Networks of Higher Education Institutions 2012 "strong communities, vibrant society, sustainable economy according to the sufficiency economy"* (pp. 378-988). Chiang Mai: University of Chiang Mai. [in Thai]
- Wangnoom, K., Thanarojanawanich, T., Jamprasert, L., Na Bangxang, J., & Maneejavakajorn, J. (2016). Development of a multidisciplinary care system in older adult cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 44(2), 32-41. [In Thai]
- World Health Organization [WHO]. (2001). *The World health report: 2001: Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
- Yamchanchai, W. (1995). *The relationship between perceived self-efficacy, perceived health status and health-promoting behaviors in elderly persons*. Master's Thesis, Adult Nursing, Faculty of Graduate School, Mahidol University.

ผลของการพอกยาสมุนไพรต่อความรุนแรง ความเจ็บปวด และองศาข้อเข่า ในผู้ป่วยโรคลมจับโปงเข่าแห่ง โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

วรัญญา บุญประเสริฐ, พท.บ.^{1*} กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ศษ.ด.² นกษา สิงห์วีรธรรม, ปร.ด.³

บทคัดย่อ

การรักษาโรคเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อในทางแพทย์แผนไทยมีหลายวิธี การพอกยาสมุนไพรเป็นหัตถการหนึ่งที่ยอมรับใช้ ซึ่งอาจมีสูตรแตกต่างกันในแต่ละท้องถิ่น การวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการพอกยาสมุนไพร ต่อความรุนแรง ความเจ็บปวด และองศาข้อเข่าในผู้ป่วยโรคลมจับโปงเข่าแห่ง โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การพอกยาสมุนไพรสูตรเย็นบริเวณรอบ ๆ ข้อเข่า ปริมาณน้ำมันยางสมุนไพรผงยา 15 กรัม แป้ง 10 กรัม น้ำ 40 มิลลิลิตร ช่วงเช้าเวลา 8.30-9.30 น. นัดติดตามวันเว้นวัน จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง แบบประเมินความรุนแรง ความปวด และเครื่องมือวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าก่อนและหลังพอกยาสมุนไพร วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired t-test และสถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่พอกยาสมุนไพรสูตรเย็น มีความรุนแรงและระดับความปวดลดลง รวมทั้งมีองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าทำงอเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังนั้น การใช้ยาสมุนไพรพอกเข้าสู่สูตรเย็นช่วยลดความรุนแรง ลดระดับความปวดและเพิ่มองศาการงอของข้อเข่าในผู้ป่วยโรคลมจับโปงเข่าแห่ง โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการรักษาโรคลมจับโปงเข่าตามภูมิปัญญาไทย

คำสำคัญ: ยาพอกเข่า ลมจับโปงเข่าแห่ง โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

¹ แพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

³ อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Waranya_1111111@hotmail.com

Effects of Herbal Poultice on Oxford Knee Score, Pain Score, and Range of Motion in Patients with Knee Osteoarthritis at Sadao Hospital, Songkhla Province

Waranya Boonprasert, B.TM.^{1*}, Kittiporn Nawsuwan, Ed.D.², Noppcha Singweratham, Ph.D.³

Abstract

Thai traditional medicine offers various approaches to treating musculoskeletal diseases, with herbal poultices being a commonly employed method, each locality having its unique formulations. This one-group quasi-experimental research aimed to investigate the effects of herbal poultices on the severity, pain, and knee joint angle in patients with knee osteoarthritis at Sadao Hospital, Songkhla Province. A purposive random sampling method was used to select 30 participants. The data collection tolls involved the application of a cold herbal poultice to the knee joint area, comprising 15 grams of herbal medicine powder, 10 grams of additional powder, and 40 milliliters of water. The application was conducted in the morning from 8:30-9:30 in the morning, with follow-up appointments every other day, three times, each session lasting one hour. An assessment form was utilized to evaluate the severity, pain, and a tool measured knee joint movement before and after herbal application. Data were analyzed using descriptive statistics, the Paired t-test, and the Wilcoxon matched pairs signed ranks test.

The research outcomes indicated a statistically significant reduction in severity and pain levels among patients using cold herbal poultices, along with a notable increase in the degree of knee joint flexion ($p < 0.001$). Consequently, the application of cold herbal knee wraps emerges as a viable option for mitigating severity, alleviating pain, and enhancing knee flexion in knee osteoarthritis patients. This approach aligns with the principles of Thai traditional wisdom in addressing knee-related conditions.

Key words: Herbal Poultice, Knee Osteoarthritis, Oxford Knee Score, Range of Motion

¹ Traditional Thai Medicine, Sadao Hospital, Sadao District, Songkhla Province

² Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

³ Lecturer, Faculty of Public Health, Chaing Mai University

* Corresponding author e-mail: Waranya_11111111@hotmail.com

บทนำ

การศึกษาขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของโรคเข่าเสื่อมในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และยังประมาณการว่าร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั่วโลกจะมีการของโรคเข่าเสื่อมในปี พ.ศ. 2565 นอกจากนี้ในประเทศไทยสหรัฐอเมริกาพบความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 45 ปีขึ้นไป ร้อยละ 27.8 ในขณะที่ประเทศไทยมีอัตราการเกิดโรคเข่าเสื่อมเท่ากับ 57.10 ต่อประชากรแสนคนโรคเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญของระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยเนื่องจากเป็นโรคข้อที่พบบ่อยที่สุด เป็น 1 ใน 10 โรคที่เป็นสาเหตุสำคัญอันก่อให้เกิดความทุพพลภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งหากปล่อยนานจะเกิดข้อพิการ เข่าผิดรูปชนิดโก่งออก เข่าผิดรูปชนิดขาเก เป็นต้น (Medical Revitalized Canter, 2022)

โรคลมจับโปงเข่าตามทฤษฎีทางการแพทย์แผนไทย หมายถึง โรคลมที่ทำให้ข้อต่อหลวม มีน้ำในข้อ ชัดในข้อ เกิดจากอาหาร อากาศ และน้ำ มักเกิดกับข้อเข่าเท่านั้น โรคลมจับโปงเข่า แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ โรคลมจับโปงน้ำเข่า และโรคลมจับโปงแห้งเข่า ซึ่งโรคลมจับโปงแห้งเข่ามักเป็นลมจับโปงน้ำเข่ามาก่อน เมื่อรักษาไม่หายนานเข้าก็จะเป็นโรคลมจับโปงแห้งเข่า ผู้ป่วยที่เป็นจับโปงแห้งเข่าจะมีการปวด บวม ไม่แดง ไม่ร้อน บางรายอาจมีอาการบวมและความร้อนเล็กน้อย หรือแดง ร้อน เล็กน้อย มีน้ำในข้อเพียงเล็กน้อย มีการติดของข้อเข่า เข่าโก่ง สะบ้าเจ้า (สะบ้าติด) นั่งยอง ๆ คูกเข่าพับเพียบ และนั่งขัดสมาธิไม่ได้ เนื่องจากผิวข้อเข่าเสื่อมและมีรอยขรุขระที่เกิดจากการเสียดสีกัน การวิเคราะห์สมุฏฐาน ตามคัมภีร์ สมุฏฐานวินิจฉัน ผู้สูงอายุอยู่ในปัจฉิมวัย ซึ่งมีวาโยธาตุเป็นธาตุสมุฏฐาน 1. วาโยธาตุ (อังกมังกานุสารีวาทา-ลมพัดทั่วกาย) หย่อน ส่งผลให้ 2. เตโชธาตุ (ชีรณคคี-ไฟเผาให้แก่ ทรุตโทรม) หย่อนตาม ทำให้ 3. อาโปธาตุ (ลลิกาน้ำไขข้อ + โลหิตัง-ระบบไหลเวียนเลือด) หย่อน ส่งผลให้เกิดอาการปวดเข่า 4. ปถวิธาตุ (นหารู-เอ็น) หย่อน (Hongsi, Moontongkam, Duanyai, Rodpo, & Keawnoi, 2022)

แนวทางการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน ประกอบด้วย การรักษาโดยไม่ใช้ยา การรักษาด้วยยา และการรักษาโดยการผ่าตัด นอกจากแนวทางการดูแลรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันแล้วยังมีการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยมากขึ้น เช่น การนวดไทย ฤๅษีดัดตน การประคบสมุนไพร การกักน้ำมัน การเผายา และการพอกยา เป็นต้น ซึ่งการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมด้วยวิธีการพอกยาเป็นอีกวิธีหนึ่ง ที่แพทย์แผนไทยนิยมใช้ในการรักษาโรคกระดูกและกล้ามเนื้อ การพอกด้วยยาสมุนไพรจะช่วยดูดพิษตามข้อต่าง ๆ เพื่อบรรเทาอาการปวด บวม แดง ร้อน และอักเสบ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย โดยด้วยยาสมุนไพรที่นิยมใช้ในการพอกส่วนใหญ่มีสรรพคุณช่วยลดความปวดและมีฤทธิ์ในการต้านการอักเสบ เช่น ไพล มีฤทธิ์บรรเทาอาการปวดและต้านการอักเสบผกัเสี้ยนผิ ใบบลัพลึง มะค่าไก่ กระเทียม มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและสามารถยับยั้งการเสื่อมของกระดูกอ่อน จึง มีประสิทธิภาพในการลดอาการปวดเข่า ขมื่นชัน สามารถลดการอักเสบและช่วยรักษาอาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับโรคเข่าเสื่อม เป็นต้น (Wijit et al., 2022)

สำหรับคลินิกแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลสะเดา อุบัติการณ์ผู้ป่วยมารับบริการโรคลมจับโปงแห้งเข่า ปี พ.ศ. 2563-2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 13 ม.ค. 2566) มีจำนวน 130 ราย, 140 ราย และ 190 รายตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีอุบัติการณ์เกิดการโรคลมจับโปงแห้งเข่าเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมเรื้อรัง ซึ่งเสี่ยงต่อการผ่าตัดข้อเข่า รวมไปถึงสูญเสียเวลาในการทำการรักษาอาการบาดเจ็บต่าง ๆ อีก ทั้งนี้การรักษาที่ปลายเหตุอาจจะไม่เพียงพอ การใช้ยาสมุนไพรพอกเข่าจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการผ่าตัดข้อเข่าได้ (Sadao hospital, 2023)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษาผลของการพอกยาสมุนไพรต่อความรุนแรง ความเจ็บปวด และองศาข้อเข่า ในผู้ป่วยโรคจับโปงเข่าแห้ง เพื่อนำไปให้คำแนะนำหรือประยุกต์ใช้ในคลินิกแพทย์แผนไทย เพื่อป้องกันการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมเรื้อรัง และสามารถใช้ข้อเข่า ในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการพอกยาสมุนไพรต่อความรุนแรง ความเจ็บปวด และองศาข้อเข่า ในผู้ป่วยโรคลมข้อเข่า โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

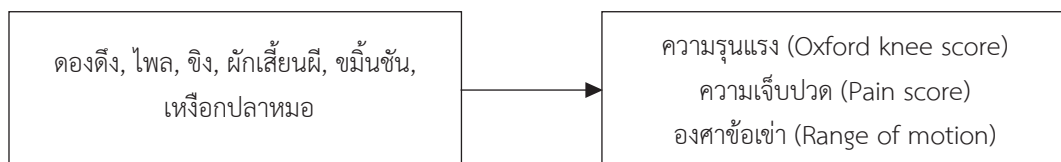
เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรง ความเจ็บปวด และองศาข้อเข่าในผู้ป่วยโรคลมข้อเข่า โรงพยาบาลสะเดา จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการพอกยาสมุนไพร

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการพอกยาสมุนไพรสูตรเย็น ผู้ป่วยโรคลมข้อเข่าที่มีความรุนแรงของโรคลดลง
2. หลังการพอกยาสมุนไพรสูตรเย็น ผู้ป่วยโรคลมข้อเข่าที่มีความเจ็บปวดลดลง
3. หลังการพอกยาสมุนไพรสูตรเย็น ผู้ป่วยโรคลมข้อเข่าที่มีองศาการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์ตำรับยาพอกสมุนไพร ด้วยยาตรงคือ ดอกตัง มีสารโคลชิซิน (colchicine) เป็นสารที่ออกฤทธิ์ในหลอดตัง จะช่วยลดอาการบวมแดงร้อน ตูดพิษ พิษร้อนพิษปวด ด้วยยาช่วย คือ เหงือกปลาหมอ มีสารอัลคาลอยด์ที่มีรสขม trigonelline, acanthicifoline เป็นยาแก้ไข้ข้ออักเสบ รักษาโรคผิวหนัง อาการคัน ด้วยยาประกอบ คือ ไพล, ผักเสี้ยนผี ไพล จะช่วยลดปวด มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ เนื่องจากมีสาร (E)-4-(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol) หรือ Compound D ที่สามารถยับยั้งการบวมได้สูงที่สุดและสามารถยับยั้งการสร้าง prostaglandins ขณะที่ผักเสี้ยนผีมีสาร Coumarinolignoid ที่ได้จากเมล็ดผักเสี้ยนผีสามารถยับยั้งสารเริ่มต้นในขบวนการอักเสบและเพิ่มการแสดงออกของสารที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบได้ ด้วยยาแต่งสี แต่งกลิ่น คือ ขมิ้นชัน, ขิง ขมิ้นชันมีสารสารกลุ่มเคอร์คิวมินอยด์ (curcuminoids) เป็นยาที่ช่วยลดการอักเสบ ขิง มีสารจินเจอร์รอล (gingerol), โชกาออล (shogaol) และ diarylheptanoids มีฤทธิ์ช่วยกระจายลม ซึ่งอาการบวมแดงร้อนก็เหมือนการเป่าลมเข้าสู่ข้อ ทำให้เข้าบวม ซึ่งจะช่วยกระจายลมออกไป (Department of Mental Health, 2018) ซึ่งเป็นการพอกยาสมุนไพรเพื่อลดความรุนแรง ความเจ็บปวด และองศาข้อเข่า ความสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโรคข้อเข่าที่มารับการรักษาในคลินิกการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสะเดา จ.สงขลา ปี 2565 จำนวน 190 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเข้า คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. เพศชายและหญิง อายุ 45 ปีขึ้นไป
2. ไม่เคยเข้ารับการผ่าตัดรักษาโรคข้อเข่า
3. มีความสมัครใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ
4. ไม่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก
5. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนไทยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 1 ข้าง ไม่เกิน ปี ระดับความรุนแรง 0 - 48 คะแนน

โดยใช้แบบประเมิน Oxford Knee Score และการประเมินองศาข้อเข่า 80 - 140 องศา

6. อาการเข่าฝืด ภายหลังตื่นนอนในตอนเช้า หรือเวลาที่ไม่ได้ขยับข้อเข่านาน ๆ อาการจะดีขึ้นไม่เกิน 30 นาที
7. สามารถเดินได้เองโดยไม่ใช้อุปกรณ์พยุง
8. ไม่ได้รับยาเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมแต่อย่างใด ในขณะที่เป็นกลุ่มทดลองในการศึกษาครั้งนี้

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ที่เข้ารับการรักษายังไม่ครบตามจำนวนครั้งที่กำหนด
2. ข้อเข่ามีอาการ บวม แดง ร้อน
3. ผู้ที่มีอาการแพ้ยาสมุนไพร
4. ได้รับการรักษาอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น นวดแผนไทย (Thai massage) และการฝังเข็ม (Acupuncture) หรือ

ได้รับการฉีดยาเข้าข้อเพื่อรักษาอาการปวด เช่น สเตียรอยด์ในระยะ 3 เดือน

5. สัญญาณชีพไม่คงที่ (Unstable vital signs) กำหนดค่า Cut off point 1) ความดันโลหิต (Blood pressure) SBP 90-160, DBP 60-100 มม.ปรอท 2) อุณหภูมิ (Temperature) ไม่เกิน 38 องศาเซลเซียส 3) ชีพจร (Pulse) 60-100 ครั้ง/นาที และ 4) การหายใจ (Respiration) 12-20 ครั้ง/นาที

6. ข้อผิดปกติในลักษณะเข่าโก่ง (Bow legs) และเข่าฉีก (Knock knee)
7. มีประวัติบาดเจ็บ กระดูกข้อเข่าหัก ผ่าตัดใหญ่ที่ข้อสะโพกและข้อเข่า
8. มีอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น ข้อเข่าบวมกดบวม (Pitting edema)

9. มีอาการไม่พึงประสงค์จากการพอกยาสมุนไพร เช่น มีอาการปวดมากขึ้นหรือมีอาการที่แย่ลง มีผื่นคัน มีอาการบวม และแพ้ยาพอกสมุนไพร

10. มีอาการแสดงของโรคข้อเข่าอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น Tendinitis, Bursitis, Muscle strain

โรคประจำตัวทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคหัวใจ เป็นต้น

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการรักษาโรคลมจับโป่งเข่า ที่มารับการรักษาในคลินิกการแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสะเดา จ.สงขลา ระหว่าง เดือนกันยายน 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen (1988) ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสถอนตัวขณะทำการวิจัย ผู้วิจัยจึงเผื่อการออกกลางคันของกลุ่มตัวอย่างไว้ร้อยละ 10 ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ ตำรับยาพอกสมุนไพร เป็นสูตรของคลินิกแพทย์แผนไทยโรงพยาบาลสะเดา คิดค้น ตั้งตำรับขึ้นมาเอง สืบผิงมาจากตำรับโบราณสมุนไพรหาดใหญ่ที่ได้รับการรองรับมาตรฐานการผลิตและส่งออกยาสมุนไพรไทย บันทึกวันผลิต/วันหมดอายุ จัดเก็บในกล่องพลาสติกมีฝาปิดมิดชิด ในอุณหภูมิห้อง แสงแดด

ไม่สามารถเข้าถึงได้ ซึ่งตัวยาสุนไพรรวมประกอบด้วยหัวตองดึง ผักเสี้ยนผีทั้งห้า เหง้าชิง หัวไพล เหงือกปลาหมอทั้งห้า ขมิ้นชัน อย่างละ 2 กิโลกรัม และแป้งข้าวเจ้า 5 กิโลกรัม นำผงยาสมุนไพรผสมกับแป้ง แล้วนำมาละลายน้ำ (ผงยา 15 กรัม แป้ง 10 กรัม น้ำ 40 มิลลิลิตร) หลังจากนั้น นำมาพอกเข้า จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง นวดติดตามวันเว้นวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1) เครื่องมือคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) เป็นการคัดกรองประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อใช้ประเมินประสิทธิภาพการรักษา โดยมีการสอบถามใน 12 หัวข้อ การประเมินความรุนแรงมี 4 ระดับ คะแนนรวมที่ได้ 0 ถึง 19 มีข้อบ่งชี้: เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง ควรได้รับการรักษาจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อทันที

คะแนนรวมที่ได้ 20 ถึง 29 มีข้อบ่งชี้: มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง ควรปรึกษาศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเพื่อรับการตรวจรักษา เอกซเรย์ข้อเข่า และประเมินอาการของโรค

คะแนนรวมที่ได้ 30 ถึง 39 มีข้อบ่งชี้: พบเริ่มมีอาการของโรคข้อเข่าเสื่อม ควรได้รับคำแนะนำจากศัลยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญกระดูกและข้อเรื่องการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การควบคุมน้ำหนักเพื่อไม่ให้อ้วน หลีกเลี่ยงท่าหรือกิจกรรมที่จะทำให้เกิดอาการและความรุนแรงของโรคมักขึ้นและการประเมินระดับอาการของโรค

คะแนนรวมที่ได้ 40 ถึง 48 ยังไม่พบอาการผิดปกติ แต่ควรตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้แบบบันทึกการคัดกรองประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อใช้ประเมินประสิทธิภาพการรักษาความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมจากเครื่องมือคัดกรองข้อเข่าเสื่อม oxford knee score ซึ่งได้มีการปรับใช้ให้เป็นฉบับภาษาไทยโดยมีการประเมินทั้งหมด 12 หัวข้อ และการประเมินความรุนแรงใน 4 ระดับ

2) แบบประเมินระดับความปวด โดยใช้แบบประเมินอาการปวด (Numeric rating scales; NRS) โดยช่วงการวัดระดับอาการปวดดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด 1-3 หมายถึง ปวดในระดับน้อย 4-7 หมายถึง ปวดในระดับปานกลาง และ 8-10 หมายถึง ปวดรุนแรง

3) แบบบันทึกการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าท่างอ โดยใช้เครื่องมือวัดองศาข้อ (Goniometer) การวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าในท่างอ วัดโดยการให้อาสาสมัครนอนหงายข้อเข่าเหยียด 0 องศา ให้ราบไปกับพื้น จากนั้นให้อาสาสมัครงอเข่าให้ได้มากที่สุด และดูองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าที่เครื่องมือ วัดองศาข้อ พร้อมจดบันทึกก่อนและหลังการพอก ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 เพื่อประเมินความแตกต่างทั้ง 3 ครั้ง (โดยในการวิจัยนี้มีผู้วิจัยเป็นผู้วัดเพียงคนเดียวตลอดการเก็บข้อมูลวิจัย)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำคัดกรองประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินความปวด และแบบประเมินองศาเคลื่อนไหวของข้อเข่าท่างอ ที่ใช้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นแพทย์แผนไทย 1 คน และนักกายภาพบำบัด 1 คน เพื่อประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-rater Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ภายในขึ้นเท่ากับ .95 แปลผลว่าความน่าเชื่อถือของผู้ประเมินมีความสอดคล้องกันในระดับดีมาก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสะเตา (SDSK4/ปี พ.ศ. 2566) และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะเตา

2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

5. ผู้วิจัยทำการซักประวัติ และตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อประเมินความพร้อมก่อนการทดสอบ และโดยใช้เครื่องมือคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) เพื่อประเมินคัดกรองความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม, วัดระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษา โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายระดับความเจ็บปวดตามมาตราวัด Numeric rating scales ; NRS แบบบันทึกการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (Goniometer) ก่อนทำการพอกยาสมุนไพร

ขั้นตอนทดลอง

6. ผู้ป่วยโรคลมจับโปงเข้าแห่งทำการรักษาด้วยการพอกยาสมุนไพร ตำรับยาประกอบด้วย ตำรับยาพอกสมุนไพร ประกอบด้วยสมุนไพร ดังนี้ หัวตองดึง, ผักเสี้ยนผีทั้งห้า, เหง้าขิง, หัวโพล, ขมิ้น, เหยือกปลาหมอทั้งห้า อย่างละ 2 กิโลกรัม และแบ่งข้าวเจ้า 5 กิโลกรัม ด้านหน้าและด้านหลังเข้า จากนั้นนำผ้าก๊อชมาพันรอบเข้า ทิ้งไว้ 1 ชั่วโมงพอกสมุนไพรที่พอกแห้งให้แกะผ้าก๊อชและเช็ดทำความสะอาด

ทั้งนี้ในการพอกยาสมุนไพร (ผงยา 15 กรัม แป้ง 10 กรัม น้ำ 40 มิลลิลิตร) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง แล้วเอายาพอกออก ผู้ป่วยโรคลมจับโปงเข้าแห่งแต่ละท่านจะได้รับการรักษาทั้งหมด 3 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 โดยทำการรักษาวันเว้นวัน โดยมีผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด

ขั้นหลังการทดลอง

7. ประเมินความพร้อมหลังการทดสอบ และโดยใช้เครื่องมือคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) เพื่อประเมินคัดกรองความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม, วัดระดับความเจ็บปวดก่อนการรักษา โดยใช้แบบประเมินความเจ็บปวด โดยผู้วิจัยเป็นผู้อธิบายระดับความเจ็บปวดตามมาตราวัด Numeric rating scales ; NRS แบบบันทึกการวัดองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่า (Goniometer) ก่อนทำการพอกยาสมุนไพร (ผงยา 15 กรัม แป้ง 10 กรัม น้ำ 40 มิลลิลิตร) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง แล้วเอายาพอกออก ทำการรักษาทั้งหมด 3 ครั้ง โดยทำการรักษาวันเว้นวัน

8. ผู้วิจัยได้ทำการรักษาและเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยโรคลมจับโปงเข้าแห่งมาตรวจสอบความถูกต้อง

9. เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปวิเคราะห์และแปลผล โดยเปรียบเทียบผลที่ได้ก่อนการพอกเข้าครั้งที่ 1 กับหลังการพอกเข้าครั้งที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคลมจับโปงเข้าแห่ง ใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอเป็นค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยควอไทล์

2. เปรียบเทียบระดับความรุนแรง ก่อน-หลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test และวิเคราะห์ระดับความเจ็บปวดและองศาข้อเข่าต่างอง รุนแรง ก่อน-หลังการทดลองโดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test ทั้งนี้ผู้วิจัยทดสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลพบว่าข้อมูลระดับความรุนแรงมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro - wilk, Sig = .135) ส่วนข้อมูลระดับความเจ็บปวดและองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่าไม่มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro - wilk, Sig = .002 และ .019 ตามลำดับ)

ผลการศึกษา

1. ผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นผู้ป่วยโรคจับโปงเข่าแห่ง อายุ 28-60 ปี มีอายุเฉลี่ย 53.81 ปี เพศชาย ร้อยละ 18.5 เพศหญิง ร้อยละ 81.5 สถานะภาพโสด ร้อยละ 29.6 สมรส ร้อยละ 70.4 ค่าเฉลี่ยระดับการศึกษาต่ำสุด อนุปริญญา ร้อยละ 11.1 ค่าเฉลี่ยระดับการศึกษาสูงสุด ประถม ร้อยละ 40.7 ค่าเฉลี่ยการประกอบอาชีพต่ำสุด รับจ้าง ร้อยละ 11.1 ค่าเฉลี่ยสูงสุดการประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 25.9 และ ค้าขาย ร้อยละ 25.9

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 53.81 ปี (SD = 5.29 , Min 45 ปี , Max 60 ปี)		
เพศ		
ชาย	5	18.5
หญิง	22	81.5
สถานภาพสมรส		
โสด	8	29.6
สมรส	19	70.4
ระดับการศึกษา		
ประถม	11	40.7
มัธยม	8	29.6
อนุปริญญาตรี	3	11.1
ปริญญาตรี	5	18.5
อาชีพ		
เกษตรกร	7	25.9
รับจ้าง	3	11.1
ค้าขาย	7	25.9
ข้าราชการ	6	22.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	14.8

2. หลังจากการพอกยาสมุนไพร ผู้ป่วยโรคลมจับโปงเข่าแห่งมีความรุนแรงของโรคและระดับความเจ็บปวดลดลง ในขณะที่อัตราการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความรุนแรง ระดับความเจ็บปวด และองศาการเคลื่อนไหว ก่อน-หลัง การพอกยาสมุนไพร

(n = 30)	M	SD	t	Z	p-value (1-tailed)
ระดับความรุนแรง					
ก่อน	29.41	7.59	16.130	-	<.001
หลัง	38.85	6.91			
ระดับความเจ็บปวด					
ก่อน	7.07	1.30	-	4.617	<.001
หลัง	4.96	1.37			
องศาการเคลื่อนไหว					
ก่อน	112.70	16.48	-	4.92	<.001
หลัง	132.33	11.90			

อภิปรายผล

หลังจากการพอกยาสมุนไพร ผู้ป่วยโรคลมข้ออักเสบเข่ามีความรุนแรงของโรคและระดับความเจ็บปวดลดลง ในขณะที่องศาการเคลื่อนไหวเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับงานวิจัยของ Khumsab, Vajaradul, and Fakkhum (2020) ได้ศึกษาผลของยาพอกสมุนไพรต่อการรักษาอาการปวดในโรคข้อเข่าเสื่อม ในผู้ป่วยเข่าเสื่อมจำนวน 32 คน พบว่า ความรุนแรงและอาการปวดข้อเข่าเสื่อมลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 และทั้งนี้เนื่องจาก การวิเคราะห์สมมุติฐาน ตามคัมภีร์ สมมุติฐานวินิจัย ผู้สูงอายุอยู่ในปัจฉิมวัย ซึ่งมีวาโยธาตุเป็นธาตุสมมุติฐาน 1. วาโยธาตุ (อังกมังกานุสารีวาทา-ลมพัดทั่วกาย) หย่อน ส่งผลให้ 2. เตโชธาตุ (ชิรณคคิ-ไฟเผาให้แก่ ทรุดโทรม) หย่อนตาม ทำให้ 3. อาโปธาตุ (สลิภา-น้ำไขข้อ + โลหิตัง-ระบบไหลเวียนเลือด) หย่อน ส่งผลให้เกิดอาการปวดเข่า 4. ปถวิธาตุ (นหารู -เอ็น) หย่อน (Hong Siri et al., 2022) จึงมีการตั้งตำรับยาพอกสมุนไพร ด้วยยาตรงคือ ดองดึง มีสารโคลชิซิน (colchicine) เป็นสารที่ออกฤทธิ์ในเหง้าดองดึง จะช่วยลดอาการบวมแดงร้อน คันพิษ พิษร้อนพิษปวด ด้วยยาช่วย คือ เหงือกปลาหมอ มีสารอัลคาลอยด์ที่มีรสขม trigonelline, acanthicifoline เป็นยาแก้ไขข้ออักเสบ รักษาโรคผิวหนัง อาการคัน ด้วยยาประกอบ คือ ไพล, ผักเสี้ยนผี ไพล จะช่วยลดปวด มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ เนื่องจากมีสาร (E)-4-(3',4'-dimethoxyphenyl)but-3-en-1-ol) หรือ Compound D ที่สามารถยับยั้งการบวมได้สูงที่สุดและสามารถยับยั้งการสร้าง prostaglandins ขณะที่ผักเสี้ยนผีมีสาร Coumarinolignoid ที่ได้จากเมล็ดผักเสี้ยนผีสามารถยับยั้งสารเริ่มต้นในขบวนการอักเสบและเพิ่มการแสดงออกของสารที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบได้ ด้วยยาแต่งสี แต่งกลิ่น คือ ขมิ้นชัน, ขิง ขมิ้นชันมีสารสารกลุ่มเคอร์คิวมินอยด์ (curcuminoids) เป็นยาที่ช่วย ลดการอักเสบ ขิง มีสารจินเจอร์รอล (gingerol), โชกาออล (shogaol) และ diarylheptanoids มีฤทธิ์ช่วยกระจายลม ซึ่งอาการบวมแดงร้อนก็เหมือนการเป่าลมเข้าสู่ข้อ ทำให้เข้าบวม จึงจะช่วยกระจายลมออกไป สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Wijit et al., 2022) การศึกษาผลของการรักษา ผู้ป่วยโรคลมข้ออักเสบเข่าโดยใช้ยาพอกเข่าตำรับหลวงปู่ชวดปากคลองมะขามเฒ่า ผลการเปรียบเทียบระดับความปวด ก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคลมข้ออักเสบเข่า พบว่า อาสาสมัครมีระดับความปวดลดลงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และผลการเปรียบเทียบขององศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าทำงอก่อนและหลังการทดลองในผู้ป่วยโรคลมข้ออักเสบเข่า พบว่า อาสาสมัครมีองศาการเคลื่อนไหวของข้อเข่าทำงอเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งมืองศาของข้อเข่าทำงอใกล้เคียงกับค่าปกติ โดยค่าปกติอยู่ที่ 150 องศา ซึ่งเป็นผลมาจาก ไพล ผักเสี้ยนผี และการบูร โดยเหง้าไพลมีสรรพคุณทางยา คือ แก้ฟกช้ำ เคล็ดบวม แก้เคล็ดขัดยอก ข้อเท้าแพลง แก้ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ลดอาการอักเสบและลดอาการปวด สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Wijit et al., 2022) ได้ศึกษา

การพอกสมุนไพรในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสมุนไพรพอกเข่ามีโพลเป็นส่วนประกอบหลัก โดยหลังการทดลองอาสาสมัครมีระดับคะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยใช้วิธีการพอกผงยาสมุนไพรผสมกับแป้ง แล้วนำมาละลายน้ำ (ผงยา 15 กรัม แป้ง 10 กรัม น้ำ 40 มิลลิลิตร) หลังจากนั้น นำมาพอกเข่า จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง นัดติดตามวันเว้นวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ (Chuesuphan, Chokeyivat, Fakkham, & Kamoltham, 2020) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 30 ราย โดยใช้เครื่องมือคัดกรองข้อเข่าเสื่อม (Oxford knee score) ทำการรักษาด้วยการพอกยาสมุนไพร ครั้งละ 1 ชั่วโมง วันเว้นวัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการใช้ยาสมุนไพรพอกเข่า ในผู้ป่วยลมข้อเข่าโพรงเข่าแห่ง ในโรงพยาบาลสะเดา ผู้ป่วยมีความรุนแรง ความเจ็บปวดลดลง และองศาข้อเข่าเพิ่มขึ้น ดังนั้น การใช้ยาสมุนไพรพอกเข่า จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจในการนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก หรือนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อลดอาการปวดเข่าเบื้องต้น เมื่ออาการปวดเข่าลดลง ผู้ป่วยก็จะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมลดลง เป็นอีกหนึ่งวิธีที่จะลดปัญหาการข้อเข่าเสื่อม ความพิการ หรือการผ่าตัดในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมได้ ทั้งนี้ทางหน่วยงานได้มีการจัดกิจกรรม “แพทย์แผนไทยนาร่อง ศัพสะเดา” เพื่อให้ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า ได้รับการบริการพอกยาสมุนไพร ที่อนามัยใกล้บ้าน โดยมีทีมแพทย์แผนไทยลงให้บริการ เพื่อให้สามารถป้องกันอาการปวดเข่า ลดอัตราการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม ปัจจุบัน ปี 2565 อุบัติการณ์ผู้ป่วยในโรงพยาบาลสะเดา มีการผ่าตัดข้อเข่าทั้งหมด 43 ครั้ง ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคข้อเข่าโพรงเข่าแห่งใช้สมุนไพรในการบรรเทาอาการปวดและเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวข้อเข่า แทนการกินยาต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์

References

- Chuesuphan, K., Chokeyivat, V., Fakkham S., & Kamoltham, T. (2020). Effectiveness of herbal poultice for knee pain relief in patients with osteoarthritis of knee. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(2), 155-167.
- Cohen, J. 1988. *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.) Hillsdale, N.J: L. Erlbaum Associates.
- Department of Mental Health. (2018). *4 formulas for knee poultices*. Retrieved from <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27425>
- 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.
- Hongsiri, A., Moontongkam, S., Duanyai, S., Rodpo, P., & Keawnoi, A. (2022). The effectiveness of knee gel masks on knee pain levels. *Journal of Bsr-Research and Development Institute*, 7(1), 77-86.
- Khumsab, S., Vajaradul, Y., & Fakkham, S. (2020). The study effect of herbal poultice on poultice on pain treatment in osteoarthritis of elderly. *umt poly journal*, 17(2), 275-284.

- Medical Revitalized Canter. (2023). *Statistics knee pain in elderly with osteoarthritis*. Retrieved from <https://www.nestnursing.com/article/read/20220510-26>
- Wijit, S., Samalae, S., Khuniad, C., Simla, W., Boonrood, T., & Sriraksa, S. (2022). The Effectiveness of Luangphusukwatpakkhlongmakhamthao poultice for pain relief and range of motion in patients with knee osteoarthritis. *Journal of Traditional Thai Medical Research*, 8(1), 47-62.

ผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน ต่อความพร้อมจำหน่ายในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด เฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ

อรรถวิทย์ จันทศิริ, พย.ม.¹ ปณิชา พลพินิจ, Ph.D.^{2*} ชุตินา ฉันทมิตรโอบาส, Ph.D.²

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง 2 กลุ่มวัดผลหลังการทดลอง เพื่อประเมินผลของโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านต่อความพร้อมจำหน่ายในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ จำนวน 68 ราย สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 34 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การประเมินความพร้อมและปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน การเสริมสร้างความรู้ และความมั่นใจ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ดำเนินการช่วงเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม 2566 เครื่องที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามความพร้อมจำหน่าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi-square test และ Independence t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนความพร้อมจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.914, p < .001$) จากผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านสามารถนำไปใช้ในการสร้างเสริมให้ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพที่สำคัญ มีความพร้อม เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย และจัดการกับภาวะสุขภาพภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพระยะเปลี่ยนผ่าน ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ความพร้อมจำหน่าย

¹ นิสิตพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

* ผู้เขียนหลัก e-mail: ponpanicha@nurse.buu.ac.th

“การศึกษานี้ได้ทุนสนับสนุนการทำวิจัย จากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566”

Effect of a Transitional Health Management Program on Readiness for Discharge among Patients with Acute Coronary Syndrome Undergoing Percutaneous Coronary Intervention

Utthawit Jansiri, M.N.S.¹, Panicha Ponpinij, Ph.D.^{2*}, Chutima Chantamit-O-Pas, Ph.D.²

Abstract

This quasi-experimental study, employing a two-group posttest design, aimed to investigate the impact of a transitional health management program on the readiness for discharge among patients with acute coronary syndrome following percutaneous coronary intervention. Sixty-eight eligible patients were enrolled and randomly assigned to either the experimental group ($n = 34$) or the control group ($n = 34$). Participants in the experimental group received a transitional health management program, developed based on transition theory and relevant literature, while those in the control group received standard care. The study was conducted from May to July 2023, and data was collected using instruments covering personal information, health status, and readiness for discharge. Descriptive statistics, the Chi-square test, and the independent t-test were employed for data analysis.

The findings indicated a statistically significant increase in the mean score of readiness for discharge in the experimental group compared to the control group after the implementation of the program ($t = 7.914$, $p < .001$). These results suggest that the transitional health management program holds promise in enhancing readiness for discharge, fostering confidence, and improving coping mechanisms during the transitional care phase for patients with acute coronary syndrome post-percutaneous coronary intervention.

Key words: Acute Coronary Syndrome, Readiness for Discharge, Transitional Health Management Program

¹ Student of Master's degree of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Burapha University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

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

This study received 2023-research grant from Graduate School, Burapha University

บทนำ

ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย ที่พบว่า มีอุบัติการณ์การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน รวมทั้งอัตราป่วยและอัตราการเสียชีวิตมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (WHO, 2021) ซึ่งภาวะดังกล่าวเป็นภาวะวิกฤตของโรคหลอดเลือดหัวใจที่คุกคามต่อชีวิต สาเหตุเกิดจากการตีบแคบของหลอดเลือดหัวใจอย่างเฉียบพลัน ส่งผลทำให้เลือดไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจลดลง และเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายในที่สุด (Khadse et al., 2020)

ปัจจุบันการขยายหลอดเลือดหัวใจ เป็นแนวทางการรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันที่ได้รับการยอมรับอย่างแพร่หลาย (Chacko et al., 2020) แม้ว่าการขยายหลอดเลือดหัวใจ จะเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่ด้วยพยาธิสภาพของโรค ผู้ป่วยยังคงมีโอกาสดังกล่าวแทรกซ้อนที่อันตราย และอาการของภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดตามมาได้ทั้งในระยะพักฟื้นภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และในระยะยาว (Sykes et al., 2021) ผู้ป่วยภายหลังการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ ควรมีการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ (Ambrosetti et al., 2020) ดังนั้น การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยเฉพาะในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกและได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจ เกิดการปรับตัวและดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ อย่างเหมาะสมภายหลังจำหน่ายในช่วง 1 เดือน ซึ่งเป็นระยะที่ภาวะสุขภาพและหัวใจยังไม่ฟื้นหายอย่างเต็มที่และเป็นการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพที่สำคัญ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง

ความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมและความมั่นใจถึงความสามารถดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านทั้งด้านร่างกาย สภาพจิตใจและความสามารถในการปรับตัว มีความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับการจัดการตนเองที่เพียงพอ ตลอดจนการได้รับสนับสนุนทางสังคม ผ่านกระบวนการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Weiss et al., 2007) ซึ่งถือว่าเป็นผลลัพธ์ที่สำคัญและเป็นตัวบ่งชี้ความสำเร็จในกระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย รวมถึงบ่งชี้คุณภาพการบริการในผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Monfared et al., 2022)

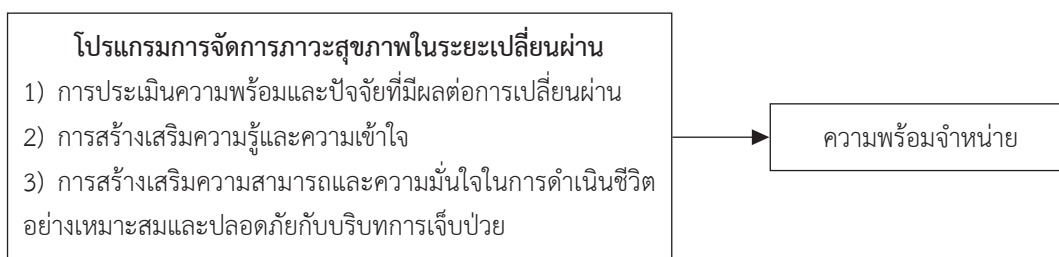
อย่างไรก็ตาม พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีความพร้อมในการจำหน่ายอยู่ในระดับต่ำและระดับปานกลาง (Hydzik et al., 2021) นอกจากนี้ผู้ป่วยร้อยละ 30-60 มีการดำเนินชีวิตและการจัดการภาวะสุขภาพไม่เหมาะสมทั้งการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การทำกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ (Ansari et al., 2021) และ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตและระดับไขมันในเลือด ส่งผลทำให้เกิดการตีบซ้ำของหลอดเลือดและปัญหาสุขภาพตามมา (Zhou et al., 2019) รวมทั้งจากการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผู้ป่วยบางรายรู้สึกว่ายังไม่พร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพราะยังมีการเจ็บอก หายใจลำบาก เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และกลัว (Khoiriyanti et al., 2021) ซึ่งอาจส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วยได้ สำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง (Pooun et al., 2022) โปรแกรมส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ส่วนใหญ่มุ่งเน้นการให้ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ป่วย แต่ยังขาดการประเมินความต้องการการดูแล การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว อีกทั้งการศึกษาที่ผ่านมาจะมุ่งเน้นการพัฒนาแบบการเข้าถึงการรักษา ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันระยะวิกฤติ และการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านพบการศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่ยังไม่ครอบคลุมการประเมินความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนาโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่าน ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล และมีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมจำหน่ายของผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลัง
ขยายหลอดเลือดหัวใจระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนผ่านของ Meleis et al. (2010) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
การเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันซึ่งเป็นภาวะที่คุกคามต่อชีวิต ถือว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพ
ที่สำคัญ โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยให้เกิดความพร้อมในการจำหน่ายทั้งทางด้านร่างกาย จิตอารมณ์
การได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอ เหมาะสม ตลอดจนการให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วย
มีการปรับตัวและดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทของการเจ็บป่วยและสามารถเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สภาวะใหม่ได้อย่าง
สมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย 1) การประเมินความพร้อมและความต้องการในการเปลี่ยนผ่าน 2) การเสริมสร้างความรู้และ
ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และ 3) การสร้างเสริมความสามารถและความมั่นใจในการ
ดำเนินชีวิต รายละเอียดดังภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลหลังการทดลอง
(Two groups, post-test design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดหรือตายเฉียบพลันครั้งแรกและได้รับการรักษา
ด้วยวิธีการขยายหลอดเลือดหัวใจ (Percutaneous Coronary Intervention [PCI])

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกและได้รับการรักษาด้วยวิธีการ
ขยายหลอดเลือดหัวใจ ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงเดือนพฤษภาคม ถึง
กรกฎาคม พ.ศ.2566 จำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 ราย และกลุ่มควบคุม จำนวน 34 ราย โดยมี
เกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) อาการคงที่ 3) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหรือปัญหาสุขภาพที่เป็นอันตราย
4) ระดับความรุนแรงของโรคตามเกณฑ์ของ Killip classification อยู่ระดับ 1 หรือมีค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ
มากกว่า 40% 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ และ 6) มีความสามารถในการสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ส่วนเกณฑ์
คัดออกการเข้าร่วมวิจัย คือ 1) เกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการกำเริบเฉียบพลันที่เป็นอันตราย และ 2) เข้าร่วมกิจกรรม
ไม่ครบตามที่กำหนดตลอดระยะเวลา 3 วัน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G*Power กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 และค่าขนาดอิทธิพล ซึ่งคำนวณจากงานวิจัยที่มีลักษณะคล้ายคลึง (Potjamanpong et al., 2015) มีค่าเท่ากับ .68 ซึ่งผลการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 56 ราย และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 (Polit & Beck, 2012) ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างจำนวน 68 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 รายและกลุ่มควบคุม 34 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินระดับความรุนแรงของโรค ตามเกณฑ์ของ Killip classification

1.2 แบบสอบถามสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test [CMT]) พัฒนาโดย Jitapunkul et al., (1996) เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 19 คะแนน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนตั้งแต่ 16 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำเกี่ยวกับ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของครอบครัว

2.2 แบบสอบถามข้อมูลภาวะสุขภาพ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค จำนวนหลอดเลือดที่อุดตัน ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัว

2.3 แบบสอบถามความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลของ Weiss et al. (2007) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การได้รับข้อมูลความรู้ การได้รับการสนับสนุน ตลอดจนความมั่นใจในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย จำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 11 ระดับ (0-10) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 250 คะแนน การแปลผลคะแนนสูง หมายถึง ความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนต่ำ หมายถึง ความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

3.1 โปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่าน สำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ระยะเวลาดำเนินการ 3 วัน โดยให้ความสำคัญกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย มีองค์ประกอบ ดังนี้

1. การประเมินความพร้อมและความต้องการในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย ผลกระทบ ความต้องการ การวางแผนดำเนินชีวิต รวมถึงการให้ความหมาย ความเชื่อ ทศนคติ ความรู้เกี่ยวกับโรค รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและแหล่งประโยชน์ต่างๆ

2. การเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อ ทศนคติและความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม เป็นการให้ความรู้ สนทนา อภิปรายเกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับคู่มือการดูแลตนเอง และวางแผนดำเนินชีวิตในระยะ 1 เดือนภายหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพที่สำคัญ

3. การสร้างเสริมความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย การวางแผนและกำหนดกิจกรรม

3.2 แผนการสอน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมีเนื้อหาครอบคลุมภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน การขยายหลอดเลือดหัวใจ รวมถึงการดูแลตนเองและการดำเนินชีวิตในช่วง 1 เดือนแรก

3.3 คู่มือวิธีการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน เป็นคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เนื้อหาครอบคลุมภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน วิธีการดูแลตนเองและการปรับตัวในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะในช่วงระยะ 1 เดือนแรกหลังจำหน่าย

3.4 แบบบันทึกการปฏิบัติกิจกรรมและการติดตาม เป็นแบบบันทึกและวางแผนการปฏิบัติกิจกรรมและการดำเนินชีวิตในช่วงระยะเวลา 1 เดือนแรก ประกอบด้วย เป้าหมาย ตารางวางแผน การประเมินความตั้งใจและความมั่นใจรวมถึงการบันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจและหลอดเลือด 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน และพยาบาลปฏิบัติการชั้นสูง 2 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1 ส่วนโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านนำไปตรวจสอบความเหมาะสมเนื้อหา กิจกรรม และความถูกต้องของการใช้ภาษา

2. การตรวจสอบความเที่ยง ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .966

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา และโรงพยาบาลนครพิงค์ เลขที่ G-HS007/2566 และ NKP No. 039/66 ตามลำดับ และได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครพิงค์ โดยผู้วิจัย แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและรายละเอียดการวิจัย เปิดโอกาสให้เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจพร้อมลงนามยินยอมในเอกสารแสดงความยินยอม และสามารถขอถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ต้องการโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบริการที่จะได้รับจากโรงพยาบาล ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น รวมทั้งการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามลำดับที่ที่ได้รับการรักษา (Block randomization) เข้ากลุ่มทดลอง 34 ราย และกลุ่มควบคุม 34 ราย สลับสับตาห์จนครบตามจำนวนที่กำหนด เพื่อลดอคติและป้องกันการแลกเปลี่ยนของข้อมูลระหว่างกลุ่ม (contamination)

ซึ่งกลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ณ หอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ระยะเวลา 3 วันอย่างต่อเนื่องตามบริบทของโรงพยาบาลนครพิงค์ รายละเอียดดังนี้

1. กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดังนี้

ครั้งที่ 1 วันที่ 1 ภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ใช้เวลา 30 - 45 นาที เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพและเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ตลอดจนการประเมินความพร้อมและความต้องการในการจัดการภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการเกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วย ผลกระทบ ความต้องการ การวางแผนดำเนินชีวิต รวมถึงการให้ความหมาย ความเชื่อ ทศนคติ ความรู้เกี่ยวกับโรค รวมถึงการสนับสนุนจากครอบครัวและแหล่งประโยชน์ต่างๆ

ครั้งที่ 2 วันที่ 1 ใช้เวลา 40 - 60 นาที เป็นการเสริมสร้างความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และความมั่นใจในการดำเนินชีวิต โดยการให้ความรู้ สนทนาและอภิปรายแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับโรค ร่วมกับคู่มือที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

ครั้งที่ 3 วันที่ 2 ใช้เวลา 40 - 60 นาที เป็นการเสริมสร้างความสามารถและความมั่นใจในการดำเนินชีวิต โดยการกำหนดเป้าหมาย วางแผนและกำหนดกิจกรรมอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย ตลอดจนกระตุ้นให้

กลุ่มตัวอย่างทำกิจกรรมประจำวันต่าง ๆ และการทำกิจกรรมอย่างเหมาะสมตามแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ
ในระยะที่ 1

ครั้งที่ 4 วันที่ 3 ใช้เวลา 15 - 20 นาที เป็นการทบทวนแผนการดำเนินชีวิต เสริมสร้างความมั่นใจและ
แรงจูงใจในการปฏิบัติกิจกรรม ตลอดจนสอบถามประเด็นปัญหาและความต้องการเพิ่มเติม จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการ
ประเมินความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล

2. กลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการ
การประเมินความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลในวันที่ 3 เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS version 26 ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลภาวะสุขภาพระหว่าง
กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square และ The Fisher exact probability test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความพร้อมจำหน่ายระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มที่ควบคุม
โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.9 มีอายุในช่วง 56 - 60 ปี มากที่สุด
ร้อยละ 55.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 41.2 มีสถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 73.5 ประกอบ
อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 29.4 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนระหว่าง 10,001 - 15,000 บาทมากที่สุดร้อยละ 35.3
ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยโรคเป็น STEMI ร้อยละ 94.1 ส่วนใหญ่
พบการอุดตันของหลอดเลือด 2 เส้น ร้อยละ 67.6 ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจ เท่ากับ 40-49 % มากกว่าร้อยละ
76.5 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวร้อยละ 70.6 ซึ่งข้อมูลภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่
มีความแตกต่างกัน ($p > .05$)

3. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลระหว่าง
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 68$)

ความพร้อมจำหน่าย (รายด้าน)	กลุ่มทดลอง (n = 34)		กลุ่มควบคุม (n = 34)		t	p-value
	Mean	SD	Mean	SD		
ความพร้อมจำหน่าย ณ วันจำหน่าย						
ด้านร่างกาย	30.44	1.46	29.38	1.04		
ด้านความรู้	81.15	1.74	77.09	3.37		
ด้านจิตใจและความมั่นใจ	52.00	3.21	48.97	2.21		
ด้านการได้รับการสนับสนุน	30.82	1.54	30.32	1.87		
โดยรวม	194.35	4.36	185.74	4.62	7.914	<.001**

จากตาราง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.914, p < .001$) นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความพร้อมจำหน่ายในรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งความพร้อมด้านร่างกาย ด้านความรู้ ด้านจิตใจและความมั่นใจ และด้านการได้รับการสนับสนุน

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่า เบื้องต้นผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูงกว่าร้อยละ 70 ทั้งนี้อาจเนื่องจากบริบทของกลุ่มตัวอย่างซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย ไม่มีภาวะแทรกซ้อน รวมถึงมีค่าประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจอยู่ในเกณฑ์ปกติ ตลอดจนได้รับการดูแลจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยอย่างหนึ่งที่มีผลต่อความพร้อมเปลี่ยนผ่าน (Meleis et al., 2010) และความพร้อมจำหน่าย (Weiss et al., 2007) แต่เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพร้อมจำหน่ายโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.914, p < .001$) รวมทั้งมีค่าคะแนนความพร้อมจำหน่ายในรายด้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งความพร้อมด้านร่างกาย ด้านความรู้ ด้านจิตใจและความมั่นใจ และด้านการได้รับการสนับสนุน ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ดังนี้

โปรแกรมฯ ตระหนักถึงการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยที่เกิดภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันครั้งแรกและได้รับการรักษาด้วยการขยายหลอดเลือดหัวใจ โดยเฉพาะในระยะ 1 เดือนหลังจำหน่าย ซึ่งเป็นการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพที่สำคัญ จากการเจ็บป่วยวิกฤตเข้าสู่ระยะการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งยังคงฟื้นฟูไม่เต็มที่ และมีความเปราะบางด้านสุขภาพ ผู้ป่วยต้องการปรับตัวในการดำเนินชีวิต ตลอดจนการจัดการภาวะสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วย ดังนั้นโปรแกรมฯ จึงมีการเตรียมให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยให้ความสำคัญกับบริบทของบุคคล และมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่เหมาะสม การเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ ซึ่งนำไปสู่การตระหนักถึงความสำคัญของการปรับตัวในการดำเนินชีวิตในด้านต่าง ๆ การจัดการภาวะสุขภาพภายหลังจำหน่าย (Meleis et al., 2010) ผ่านกระบวนการประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการเปลี่ยนผ่าน การเสริมสร้างความรู้ ความมั่นใจ และการสนับสนุน ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความพร้อมจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายในรายละเอียดดังนี้

เนื่องมาจากการเสริมสร้างการรับรู้บริบทของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพที่เหมาะสม ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง โดยคำนึงถึงบริบทความพร้อมและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย การรับรู้บริบทของการเจ็บป่วยและภาวะสุขภาพ เป็นการให้ความหมายหรือความเชื่อของบุคคลต่อภาวะการเจ็บป่วยนั้น ๆ ซึ่งจะมีผลต่อการตอบสนองของบุคคลทั้งในด้านร่างกาย จิตอารมณ์ หากบุคคลมีการรับรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง มีความเชื่อทัศนคติ และความคาดหวังต่อการเจ็บป่วยที่ดี จะนำไปสู่การจัดการภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม ปลอดภัย ไม่คุกคามต่อชีวิต เกิดความมั่นใจ และมีความพร้อมในการจำหน่าย (Meleis et al., 2010, Thomson et al., 2020)

นอกจากนี้อาจเนื่องจากกระบวนการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่มีประสิทธิภาพทั้งในด้านเนื้อหา วิธีการให้ความรู้รวมถึงการใช้สื่อที่เป็นภาพตรวจสอบหลอดเลือดหัวใจที่สะท้อนพยาธิสภาพของโรคและการสื่อสาร ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการเตรียมความพร้อมจำหน่าย (Weiss et al., 2007) การเสริมสร้างความรู้โดยผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาสนทนาและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน นำไปสู่การให้ความรู้ที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและบริบทของกลุ่มตัวอย่าง จากการศึกษาของ (Poon et al., 2022) พบว่า ผู้สูงอายุโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสอนก่อนจำหน่ายตามโปรแกรมมีคะแนนความพร้อมจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และจากการศึกษาของ Michalski et al. (2022) พบว่า ผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้มีคะแนนความพร้อม

จำหน่ายสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมถึงจากการศึกษาของ Ahmadi et al. (2022) พบว่า การให้ความรู้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

นอกจากนี้การเตรียมความพร้อมด้านร่างกาย และการเสริมสร้างความมั่นใจในการดำเนินชีวิต การมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสมและปลอดภัยตามแนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจในระยะที่ 1 ถือว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญต่อความพร้อมจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างตั้งแต่การประเมินความพร้อม ตลอดจนการวางแผนและปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการทำกิจกรรมและเกิดความพร้อมจำหน่ายได้ เป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (Nurhayatiet al., 2019)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

พยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจสามารถนำโปรแกรมการจัดการภาวะสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านไปใช้ในการส่งเสริมความพร้อมจำหน่ายผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันภายหลังขยายหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งให้ความสำคัญกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายและมีขั้นตอนอย่างเป็นระบบตั้งแต่การประเมินความพร้อมและความต้องการในระยะการเปลี่ยนผ่านด้านสุขภาพ การสร้างเสริมความรู้ การสร้างเสริมความสามารถและความมั่นใจ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อม เกิดความมั่นใจในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสมกับบริบทการเจ็บป่วย และจัดการกับภาวะสุขภาพภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามติดตามในระยะหลังจำหน่าย เพื่อประเมินผลของความพร้อมจำหน่ายต่อการปรับตัวดำเนินชีวิต และปฏิบัติตามกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทการเจ็บป่วย และควรศึกษาเพิ่มเติมในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อประเมินความสามารถในการนำโปรแกรมไปใช้อย่างแพร่หลาย รวมถึงประเมินผลลัพธ์ของการเปลี่ยนผ่าน เช่น ความต่อเนื่องในการรักษา อาการไม่พึงประสงค์ทางหัวใจ อัตราการกลับมารักษาซ้ำ เป็นต้น

References

- Ahmadi, Z., Abolhassani, S., Hasheminia, A., & Kheiri, S. (2022). The effects of a multimedia education on self-efficacy and self-esteem among patients with acute coronary syndrome: A clinical randomized trial. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(3), 181-187. doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_92_20
- Ambrosetti, M., Abreu, A., Corra, U., & Zwisler, A. O. (2020). Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: From knowledge to implementation. 2020 update. A position paper from the secondary prevention and rehabilitation section of the European Association of Preventive Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology*, 28(5), 460-495. doi.org/10.1177/2047487320913379
- Ansari, M. R., Lakhani, R., & Patil, Y. (2021). A cross-sectional study to assess the patient's confidence regarding secondary lifestyle modification and knowledge of heart attack symptoms following percutaneous revascularization in selected hospitals of Navi Mumbai, India. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33(64B) 13-23. doi.org/10.9734/jpri/2021/v33i64B35324

- Chacko, L., Howard, J., Rajkumar, C., Nowbar, A. N., Kane, C., Mahdi, D., Foley, M., Shun-Shin, M., Cole, G., Sen, S., Al-Lamee, R., Francis, D. P., & Ahmad, Y. (2020). Effects of percutaneous coronary intervention on death and myocardial infarction stratified by stable and unstable coronary artery disease: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Circulation Cardiovascular Quality and Outcomes*, 13(2), 1-15. doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.006363
- Hydzik, P., Kolarczyk, E., Kustrzycki, W., Kubiela, G., Kaluzna-Oleksy, M., Szczepanowski, R., & Uchmanowicz, B. (2021). Readiness for discharge from hospital after myocardial infarction: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13). doi.org/10.3390/ijerph18136937
- Jitapunkul, S., Bunnag, S., & Ebrahim, S. (1996). *Health problems of Thai elderly*. Bangkok: Holistic Publishing Company Limited. [In Thai]
- Khadse, N., Wankhade, A., & Gaiki, A. (2020). Myocardial infarction: Etiology, risk factors, pathophysiology, diagnosis and management. *American Journal of PharmTech Research*, 10. doi.org/10.46624/ajptr.2020.v10.i1.014
- Khoiriyati, A., Kusnanto, K., Kurniawati, N. D., & Afik, A. A. (2021). Patient's transition experiences from hospital to home after an acute cardiac event. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 9(4), 27-34. doi.org/10.3889/oamjms.2021.5755
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company, New York.
- Michalski, P., Kasprzak, M., Siedlaczek, M., & Kubica, A. (2020). The impact of knowledge and effectiveness of educational intervention on readiness for hospital discharge and adherence to therapeutic recommendations in patients with acute coronary syndrome. *Medical Research Journal*, 5(2), 72-78.
- Monfared, A., Dehghan Nayeri, N., Javadi-Pashaki, N., & Jafaraghaee, F. (2022). Readiness for discharge from hospital: A concept analysis. *Qualitative Research Journal*, 22(3), 415-432. doi.org/10.1108/QRJ-02-2022-0022
- Nurhayati, N., Songwathana, P., & Vachprasit, R. (2019). Surgical patients' experiences of readiness for hospital discharge and perceived quality of discharge teaching in acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1728-1736. doi.org/10.1111/jocn.14764
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th Ed.). Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Poon, S., Wattanakitkileart, D., Pongkaew, A., & Dumavibhat, C. (2022). Influencing factors of readiness for hospital discharge among patients with acute coronary syndrome in super-tertiary hospitals. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 32(2), 44-58. [In Thai]
- Potjamanpong P, Kritpracha C, Chinnawong T. (2015). Effects of self-efficacy integration with family support program on behaviors to prevent heart attack recurrence in patients with acute myocardial infarction after revascularization. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(1), 49-65. [In Thai].

- Simtarach, S., Panuthai, S., & Suwankruhasn, N. (2023). The effect of a discharge teaching program on readiness for hospital discharge among older patients with acute myocardial infarction. *Nursing journal CMU*, 50(1), 230-245.
- Sykes, R., Mohamed, M. O., Kwok, C. S., Mamas, M. A., & Berry, C. (2021). Percutaneous coronary intervention and 30-day unplanned readmission with chest pain in the United States. *Clinical Cardiology*, 44(3), 291-306. doi.org/10.1002/clc.23543
- Thomson, P., Angus, N. J., Andreis, F., Rushworth, G. F., Mohan, A. R., Chung, M. L., & Leslie, S. J. (2020). Longitudinal evaluation of the effects of illness perceptions and beliefs about cardiac rehabilitation on quality of life of patients with coronary artery disease and their caregivers. *Health and quality of life outcomes*, 18(1), 158. doi.org/10.1186/s12955-020-01405-0
- Weiss, M. E., Piacentine, L. B., Lokken, L., Ancona, J., Archer, J., Gresser, S., Holmes, S. B., Toman, S., Toy, A., & Vega-Stromberg, T. (2007). Perceived readiness for hospital discharge in adult medical-surgical patients. *Clinical Nurse Specialists*, 21(1), 31-42. doi.org/10.1097/00002800-200701000-00008
- World Health Organization. *Cardiovascular diseases (CVDs) 2021* [Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))].
- Zhou, T., Zhou, C. C., Tang, B., Wang, H. J., Wang, L. Y. & Zhang, X. (2019). Investigation and study on the self-management level of patients with acute myocardial infarction after percutaneous coronary intervention. *J Bengbu Med Col*, 41(1), 126-129. doi.10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2016.01.04

การพัฒนาหลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของพระบริบาลภิกษุใช้ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

จามจุรี แซ่หลู่, ปร.ด.¹ อรุณรัตน์ โยธินวัฒน์บำรุง, พย.ม.^{1*} สุทัศน์ เหมทานนท์, ศษ.ม.²

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การอบรมที่ผ่านมา พัฒนาหลักสูตรอบรม และประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพระบริบาลภิกษุใช้ จังหวัดนครศรีธรรมราช การวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะ 1, 2 ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มกับพระภิกษุ 8 รูป เจ้าหน้าที่สำนักงานพุทธศาสนา 1 คน และระยะ 3 ใช้วิธีการศึกษาเชิงทดลอง รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้และประเมินทักษะจากพระภิกษุ 27 รูป เครื่องมือมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 1 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค .75 ข้อมูลนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า 1) มีหลักสูตรในการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลพระภิกษุใช้ เป็นหลักสูตร 70 ชั่วโมง แต่มีพระที่เข้าร่วมอบรมน้อย และไม่มั่นใจในการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ 2) หลักสูตรที่พัฒนาเป็นหลักสูตร 18 ชั่วโมง อบรมเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย การดูแลสุขภาพตามหลักพระธรรมวินัย สิทธิการรับบริการสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ เช็ดตัวลดไข้ ทำแผล จัดท่า เคลื่อนย้ายผู้ป่วย ให้อาหารทางสายยาง และช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และ 3) ความรู้ก่อนและหลังการอบรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และพระภิกษุทุกรูปผ่านการประเมินทักษะการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

คำสำคัญ: การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรม การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การปฐมพยาบาลเบื้องต้น พระบริบาลภิกษุใช้

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² ผู้อำนวยการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: arunrat_yotin@hotmail.com

The Development of a Training Curriculum to Enhance Knowledge and Skills in Health Promotion, Disease Prevention, and First Aid Monks Providing Care to Ailing Monks in Nakhon Si Thammarat Province

Jamjuree Saeloo, Ph.D.¹, Arunrat Yotinwattanabumrung, M.N.S.^{1*}, Sutut Hemtanon, M.Ed.²

Abstract

This research and development study aimed to investigate the existing training landscape, devise a training curriculum, and assess the effectiveness of said curriculum in fostering knowledge and skills related to health promotion, disease prevention, and first aid in non-communicable diseases among monks responsible for the well-being of sick monks in Nakhon Si Thammarat Province. The study unfolded in three phases. Phases 1 and 2 involved a qualitative exploration through interviews and focus groups, engaging 8 monks and 1 staff member from the Buddhist office. In Phase 3, a quasi-experimental study took place, gathering data through knowledge tests and practical skills assessments from 27 participating monks. The content validity index was 1, and Cronbach's alpha coefficient stood at .75. Data underwent analysis through content analysis and paired t-test statistics.

The findings indicated: 1) In the prior training scenario, a 70-hour course was implemented, drawing limited monk participation. Those who underwent training lacked confidence in applying acquired knowledge. 2) The developed training curriculum: An 18-hour program designed to enhance knowledge and skills in caring for sick monks. The curriculum covered topics such as common health issues, healthcare based on the Dhamma-Vinaya, entitlement to health services, health assessment, tepid sponge application, wound dressing, patient positioning and movement, nasogastric tube feeding, and basic life support. 3) Knowledge scores significantly differed before and after training at the .001 level, with all monks successfully passing the assessment of basic first aid practical skills.

Key words: Training Curriculum Development, Health Promotion, Disease Prevention, First Aid, Monk Health Volunteers

¹ Instructor, Boromrajonnani College of Nursing Nakhonsithamarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Director, Boromrajonnani College of Nursing Nakhonsithamarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: arunrat_yotin@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยมีผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ ประมาณร้อยละ 85-95 และมีพระภิกษุและสามเณรทั่วประเทศ จำนวน 252,851 รูป ซึ่งในจำนวนนี้มีพระภิกษุสูงอายุ จำนวน 47,715 รูป คิดเป็นร้อยละ 31.08 (National Office of Buddhism, 2023) จากผลการสำรวจสุขภาพพระภิกษุ สามเณรทั่วประเทศล่าสุดในปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ 19 มีภาวะป่วย ร้อยละ 29 โดยพบว่าปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เจ็บป่วย คือ ไขมันในเลือดสูง ค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน สูบบุหรี่ น้ำตาลในเลือดสูง และความดันโลหิตสูง ส่วนภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรค พบมาก 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากพระภิกษุมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น สูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม พระสงฆ์ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 13.40 และพระภิกษุสูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เพียงร้อยละ 14.66 (Bureau of Elderly Health, 2018)

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในพระภิกษุ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อคุณภาพชีวิตของพระภิกษุ ทำให้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล (Wattana, 2019) ประสิทธิภาพในการประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนาและการทำหน้าที่สร้างความเข้มแข็งแก่ชุมชนได้น้อยลง (Oupra & Chachvarat, 2016; Somroop, Chimhad, & Khaenamkhaew, 2022) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจที่ต้องสูญเสียเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลพระภิกษุที่เป็นผู้ป่วยนอก 117,605,280 บาท และผู้ป่วยใน 94,584,354.91 บาท (Priest Hospital, 2022) ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพพระภิกษุจึงมีความสำคัญเนื่องจากพระภิกษุเป็นบุคคลที่ต้องใช้ชีวิตภายใต้สภาวะบท 227 ข้อ แม้ในยามอาพาธก็ต้องใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับสภาวะ การดูแลพระอาพาธจึงต้องมีความเฉพาะเจาะจงให้สอดคล้องกับวิถีสมณะ พระภิกษุเปรียบเสมือนแพทย์ประจำวัดของพระภิกษุ (Boutkhamuan, 2016) ซึ่งกลไกหนึ่งที่จะช่วยพัฒนาให้พระภิกษุมีสมรรถนะดังกล่าวคือการสร้างและพัฒนาพระภิกษุให้มีความรู้และทักษะการดูแลด้านสุขภาพ เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและให้คำแนะนำ ดูแลพระภิกษุภายในวัดและคนในชุมชนได้ เตรียมการรองรับระบบการดูแลพระภิกษุระยะยาว และเพื่อพัฒนาศักยภาพพระภิกษุแกนนำเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณและการพัฒนาสุขภาพชุมชน (Wisutho, Kanlayapattanakul, & Sukuprakarn, 2021)

จังหวัดนครศรีธรรมราชมีวัดจำนวน 652 วัด และมีพระภิกษุจำนวน 4,053 รูป (Nakhon Si Thammarat Provincial Office of Buddhism, 2023) จากการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระภิกษุ ในเขตพื้นที่อำเภอนาบอน จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าพระภิกษุ จำนวน 64 รูป มารับการตรวจรักษา จำนวน 43 รูป คิดเป็นร้อยละ 72.48 ด้วยโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหอบหืด ตามลำดับ (Somroop, Chimhad, & Khaenamkhaew, 2022) จากข้อมูลจะเห็นว่าพระภิกษุอาพาธจำนวนมาก และมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากพระภิกษุขาดองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพค่อนข้างน้อย จะเข้ารับการรักษาต่อเมื่อเกิดความเจ็บป่วยรุนแรง (Laptananon & Povarathammo, 2022) เมื่อเจ็บป่วย ก็ไม่มีพระภิกษุเข้ามาให้การดูแล ดังนั้นจังหวัดนครศรีธรรมราช จึงได้จัดโครงการฝึกอบรมพระภิกษุ 2 ครั้ง แต่มีพระภิกษุเข้าร่วมอบรมน้อย และจากการศึกษาของ Wisutho, Kanlayapattanakul, and Sukuprakarn (2021) เรื่องแนวทางการเสริมสร้างบทบาทพระภิกษุ ในการเสริมสร้างสุขภาพของพระภิกษุไทย พบว่าพระภิกษุเข้าอบรมไม่ครบตามเวลา ทำให้มีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพจบน้อย ยังไม่สามารถประยุกต์ใช้หลักการครบคู่กับวิชาการด้านสุขภาพ พระภิกษุใช้มีความรู้ในโรคที่พบได้มากในพระภิกษุ สำหรับข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางสร้างเสริมบทบาทพระภิกษุ ประกอบด้วย ต้องให้พระภิกษุประเมินตนเองก่อนว่าพร้อมจะรับหน้าที่พระภิกษุหรือไม่ และจัดอบรมทบทวนความรู้ ประชุมวิชาการ จากข้อมูลที่ได้กล่าวมาจะเห็นได้ว่าการดำเนินการยังไม่เกิดผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่ายังไม่มีหลักสูตรการอบรมที่ช่วยพัฒนาพระภิกษุให้มีความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่เหมาะสมและมี

ประสิทธิภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาหลักสูตรที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพและสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างสอดคล้องกับบริบทของจังหวัดนครราชสีมา ที่ส่งผลให้พระภิกษุมีภาวะสุขภาพดีและพระภิกษุที่อาพาธได้รับการดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและอันตรายที่รุนแรงขึ้น

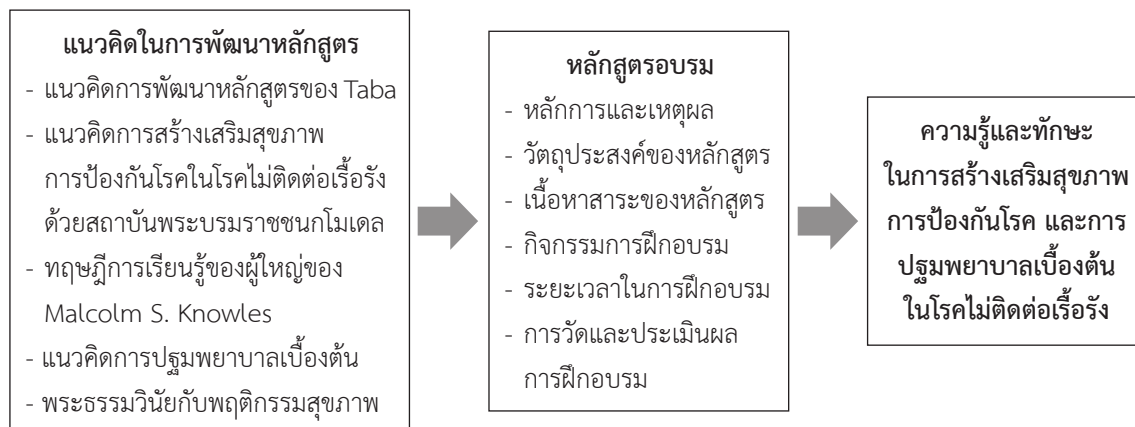
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับการอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพระบรมราชโองการในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อการพัฒนาหลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของพระบรมราชโองการในจังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของหลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของพระบรมราชโองการในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาการพัฒนาหลักสูตรอบรมการสร้างเสริมสุขภาพ และทักษะของพระบรมราชโองการในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพระบรมราชโองการ ซึ่งกรอบแนวคิดในการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมประกอบด้วย 1) แนวคิดพัฒนาหลักสูตรของ Tabá (1962) ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาหลักสูตร ประกอบด้วยการวิเคราะห์ความต้องการ สำรวจสภาพปัญหาความต้องการและความจำเป็นของผู้เรียน และของสังคม กำหนดจุดมุ่งหมายจากข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ความต้องการ คัดเลือกเนื้อหาสาระที่สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายและคำนึงถึงพัฒนาการของผู้เรียน การจัดรวบรวมเนื้อหาสาระ คัดเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายและเนื้อหาวิชา การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ และกำหนดวิธีวัดและประเมินผล 2) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดสมอง ด้วยสถาบันพระบรมราชชนกโมเดล โดยใช้แนวคิดป้องกันจรรยาบรรณชีวิต 7 สี (Tienthavorn, 2022) ซึ่งมีการแยกกลุ่มตามภาวะสุขภาพ ดังนี้ สีขาว คือ กลุ่มปกติ สีเขียวอ่อน คือ กลุ่มเสี่ยง สีเขียวแก่ คือ กลุ่มที่ควบคุมอาการให้ปกติได้ แต่ต้องรับประทานยาคุมอาการ กลุ่มสีเหลือง คือ กลุ่มที่แสดงอาการป่วยระดับ 1 สีส้ม คือ กลุ่มที่แสดงอาการป่วยระดับ 2 สีแดง คือ กลุ่มที่แสดงอาการป่วยระดับ 3 สีดำ คือ กลุ่มป่วยที่มีโรคแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย สำหรับหลักการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค คือ คัดกรองและจำแนกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย กลุ่มที่มีโรคแทรกซ้อนตามสีที่กำหนด หลังจากนั้นดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) 2 ลด (บุหรี่ อ้วน) เพื่อควบคุมป้องกันโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง 3) แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles (1980) ซึ่งประกอบด้วยมโนทัศน์ของผู้เรียน (Self-concept) ผู้ใหญ่จะเรียนรู้ได้ดีก็ต่อเมื่อได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเต็มที่และได้รับการสนใจให้อยากเรียน มองเห็นความสำคัญของเรื่องที่จะเรียน ประสบการณ์ของผู้เรียน (Experience) ประกอบด้วยความสำคัญของการนำประสบการณ์มาเป็นเทคนิคในการเรียนการสอน ความสำคัญของการนำประสบการณ์ไปปฏิบัติ และการเรียนรู้ด้วยตนเองจากประสบการณ์ ความพร้อมที่จะเรียน (Readiness) ผู้ใหญ่จะมีความพร้อมที่จะเรียนรู้เมื่อรู้สึกว่าการเรียนจำเป็นต่อบทบาทและสถานภาพทางสังคมของตน และแนวทางการเรียนรู้ (Orientation to Learning) ผู้ใหญ่จะยึดปัญหาเป็นศูนย์กลางในการเรียนรู้ มุ่งนำความรู้ไปใช้ทันที 4) แนวคิดการปฐมพยาบาลเบื้องต้น และ 5) แนวคิดพระธรรมวินัยกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจกับข้อปฏิบัติของพระภิกษุที่สามารถปฏิบัติได้และปฏิบัติไม่ได้ ทำให้การกำหนดกิจกรรมสุขภาพไม่ขัดต่อพระวินัยของสงฆ์ ซึ่งทั้ง 5 แนวคิดจะนำมาพัฒนาเพื่อให้ได้หลักสูตรอบรม ซึ่งประกอบด้วย วัตถุประสงค์ทั่วไปและ วัตถุประสงค์เฉพาะวิชา เนื้อหาของหลักสูตร กระบวนการเรียนการสอน กิจกรรมการฝึกอบรม ระยะเวลาในการฝึกอบรม

และวิธีการประเมินผล และหลังจากที่ได้อบรมตามหลักสูตรพระปริบาลภิกษุใช้จะเกิดสมรรถนะในด้านความรู้ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การปฐมพยาบาลเบื้องต้น และมีทักษะการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แสดงดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การอบรมที่ผ่านมา ระยะที่ 2 การพัฒนาหลักสูตรอบรม และระยะที่ 3 ศึกษาประสิทธิภาพของหลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของพระปริบาลภิกษุใช้ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 และระยะที่ 2: ประชากร คือ เจ้าคณะจังหวัด เจ้าหน้าที่สำนักงานพระพุทธศาสนา แกนนำศูนย์พระปริบาลภิกษุใช้ พระภิกษุ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าคณะจังหวัด 2 รูป เจ้าหน้าที่สำนักงานพระพุทธศาสนา 1 คน แกนนำศูนย์พระปริบาลภิกษุใช้ 1 รูป พระภิกษุ 5 รูป รวมเป็น 8 รูป 1 คน ที่ให้ข้อมูลจนอิ่มตัว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ มีความเต็มใจที่จะเข้าร่วมในการวิจัย มีความสามารถในการสื่อสาร

ระยะที่ 3: ประชากร คือ พระภิกษุในจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่าง คือ พระภิกษุในจังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จากคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power (Sanitlou, Sartphet, and Naphaarrak, 2019) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล ระดับปานกลาง เท่ากับ .50 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจทดสอบ .80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 ราย ทำการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิด้วยวิธีการจับสลาก โดยสุ่มอำเภอในจังหวัดนครศรีธรรมราช มา 3 อำเภอ สุ่มวัดในแต่ละอำเภอมารวม 9 วัด และจับสลากรายชื่อพระภิกษุ 1 รูป ต่อ 1 วัด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ในขั้นตอนนี้เครื่องมือที่ใช้ คือ

ระยะที่ 1: แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ปลายเปิด เกี่ยวกับการอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพระปริบาลภิกษุใช้ที่ผ่านมา ปัจจัยที่ส่งเสริมและอุปสรรคของการอบรม ผลที่เกิดขึ้นจากการอบรม ความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่จำเป็นต้องพัฒนาสำหรับพระปริบาลภิกษุใช้และวิธีการพัฒนา

ระยะที่ 2: แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับความเหมาะสมของระยะเวลา เนื้อหา ลำดับการเรียนรู้เนื้อหาวิธีการจัดการเรียนรู้ วิธีการประเมินความรู้และทักษะปฏิบัติ

ระยะที่ 3: เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย

- หลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของพระบรมราชภิกษุใช้ ที่ได้มาจากการพัฒนาในระยะที่ 2

- เครื่องมือประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรม ด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติและความพึงพอใจ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวัดสัญญาณชีพ การตรวจน้ำตาลในเลือด การทำแผล การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 40 ข้อ เกณฑ์การประเมินคือตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน สำหรับเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (32-40 คะแนน) ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79.99 (24-31 คะแนน) และความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-23 คะแนน) 3) แบบประเมินทักษะการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้นเกี่ยวกับการวัดสัญญาณชีพ การตรวจน้ำตาลในเลือด การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น โดยมีเกณฑ์การประเมินคือ ผ่านให้ 1 คะแนน และไม่ผ่านให้ 0 คะแนน สำหรับเกณฑ์โดยภาพรวมคือในแต่ละทักษะต้องปฏิบัติให้ได้เท่ากับร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงถือว่าผ่านในทักษะนั้น ๆ และ 4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมตามหลักสูตร โดยมีเกณฑ์การประเมิน 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด (1) สำหรับเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยค่าเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึงพึงพอใจน้อยที่สุด 1.81-2.60 หมายถึงพึงพอใจน้อย 2.61-3.40 หมายถึงพึงพอใจปานกลาง 3.41-4.20 หมายถึงพึงพอใจมาก และ 4.21-5.00 หมายถึงพึงพอใจมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้มีการดำเนินการเมื่อได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัย และได้รับการยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยสืบค้นกลุ่มตัวอย่าง ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช แนะนำตัว รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการมีส่วนร่วมของการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์ โดยใช้แบบสัมภาษณ์ ร่วมกับการจดบันทึกข้อมูล ในเดือนเมษายน พ.ศ. 2566

ระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร และการสัมภาษณ์ มาวิเคราะห์ และจัดทำร่างหลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพระบรมราชภิกษุใช้ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช หลังจากนั้นได้นำร่างหลักสูตรไปให้กลุ่มตัวอย่างร่วมแสดงความคิดเห็นด้วยการสนทนากลุ่ม โดยใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และนำข้อมูลที่ได้นำมาพัฒนาหลักสูตรที่นำไปใช้ในระยะที่ 3 ช่วงเวลาการดำเนินการเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2566

ระยะที่ 3: การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการช่วงเดือน มิถุนายน พ.ศ. 2566 มีขั้นตอนดังนี้

- ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช แนะนำตัว รวมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการมีส่วนร่วมของการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งพหุกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาต ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนิน

- ก่อนเริ่มดำเนินการอบรมให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้

- ดำเนินการอบรมตามหลักสูตรอบรมที่กำหนดไว้ และระหว่างการอบรมจะมีการประเมินทักษะการปฏิบัติร่วมด้วย

- หลังจากเสร็จสิ้นการอบรมตามหลักสูตรให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบความรู้อีกครั้ง และทำแบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมตามหลักสูตร

การหาคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสัมภาษณ์ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม แบบทดสอบความรู้ แบบประเมินทักษะการปฏิบัติ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมตามหลักสูตร ได้นำไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องและความครอบคลุมของข้อคำถามกับเนื้อหาสาระที่ต้องการถาม และนำมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ได้เท่ากับ 1 ทุกเครื่องมือ และนำแบบทดสอบความรู้ไปหาความเที่ยง (reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้ ไปทดลองใช้กับกลุ่มพระภิกษุ 30 รูป แล้วนำข้อมูลไปหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) ได้เท่ากับ .75 ส่วนแบบประเมินทักษะการปฏิบัติ ได้นำไปหาค่าความเที่ยงของการสังเกต (interrater reliability) ได้เท่ากับ 1

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย หมายเลขใบรับรอง ว. 235/2566 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์และแนวทางปฏิบัติในการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการให้ข้อมูลโดยไม่เสียผลประโยชน์หรือได้รับผลกระทบใด ๆ จากการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปตามความสมัครใจ ข้อมูลที่ให้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับมีเพียงคณะผู้วิจัยเท่านั้นที่จะเข้าถึงข้อมูลได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)
2. ข้อมูลข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
3. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ และความพึงพอใจต่อการอบรมตามหลักสูตร วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประเมินทักษะการปฏิบัติ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ร้อยละ
4. เปรียบเทียบความรู้ก่อนใช้และหลังอบรม โดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์การอบรมพระปริวาสสิกขาใช้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

1.1 การอบรมด้านสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพระปริวาสสิกขาใช้ ที่ผ่านมาในจังหวัดนครศรีธรรมราช มีการอบรมให้กับพระจิตอาสา 2 ครั้ง หลักสูตรที่อบรมเป็นหลักสูตร 70 ชม. มีทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ สำหรับเนื้อหาในการอบรมประกอบด้วยหลักพระธรรมวินัยกับการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลพระสงฆ์ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ การรู้จักและเข้าใจร่างกาย ปัจจัยการเกิดโรคตามพระไตรปิฎก การเกิดโรคในปัจจุบัน การส่งเสริมสุขภาพ ภาวะวิกฤติกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น การดูแลช่วยเหลือพระสงฆ์เบื้องต้น และรู้เท่าทันชีวิตและความตาย การพัฒนาวัดและชุมชน และการฝึกปฏิบัติงาน

1.2 ปัจจัยที่ส่งเสริมและที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินการอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่า การอบรมมีพระเข้าร่วมอบรมน้อย เนื่องจากไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ คิดว่าไม่ใช่หน้าที่ของพระสงฆ์ และระยะเวลาอบรมนานเกินไป ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมได้ ดังตัวอย่างที่กล่าว ดังนี้

“ไม่ค่อยมีพระเข้าอบรม เนื่องจากคงคิดว่าไม่ใช่กิจของพระ ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ คิดว่าไม่จำเป็นเพราะยังไม่ป่วย...ระยะเวลาในการอบรม 2 อาทิตย์ อาจจะยาวไป ไม่สามารถเข้าร่วมได้” (พระนพ วันที่ 21 เมษายน 2566)

1.3 ผลที่เกิดขึ้นจากการอบรม จากการสัมภาษณ์พบว่าหลังจากจบการอบรมพบว่า มีพระบรมราชโองการในจังหวัดนครราชสีมาเพียงส่วนน้อยที่มีความมั่นใจในความรู้ที่ได้รับการอบรม ขาดการสื่อสารและประสานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเครือข่ายระหว่างพระบรมราชโองการในจังหวัดนครราชสีมา ไม่มีความมั่นใจหากต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า รวมถึงไม่มั่นใจที่จะทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายสาธารณสุข หลังจากนั้นพบว่าในจังหวัดนครราชสีมา ไม่มีความพยายามขับเคลื่อนกิจกรรมที่ชัดเจน มีพระบรมราชโองการในจังหวัดนครราชสีมาปฏิบัติงานอย่างจริงจังน้อย

1.4 ความรู้และทักษะในการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องพัฒนาสำหรับพระบรมราชโองการในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลการช่วยเหลือกรณีพระบรมราชโองการช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ คือ การจัดทำ การเคลื่อนย้าย การดูแลตัวเองและพระบรมราชโองการที่เจ็บป่วย คือ การวัดความดันโลหิต การติดตามค่าน้ำตาลในเลือด การเช็ดตัวลดไข้ การทำแผล ความรู้ที่ต้องมีเพื่อให้การช่วยเหลือกรณีฉุกเฉินคือการช่วยฟื้นคืนชีพ ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลเฉพาะโรค เช่น การให้อาหารทางสายยาง กรณีที่พระบรมราชโองการไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง และความรู้ที่จำเป็นต้องให้กับพระบรมราชโองการเกี่ยวกับการใช้สิทธิบัตรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเมื่อมีพระบรมราชโองการเจ็บป่วย ดังตัวอย่างที่กล่าว ดังนี้

“อาตมาคิดว่าเนื้อหาที่ควรให้เกี่ยวกับการดูแลทั่วไปของพระบรมราชโองการที่ป่วยนอนติดเตียง การช่วยฟื้นคืนชีพ ในปัจจุบันก็สำคัญมาก พระบรมราชโองการที่มีความจำเป็นต้องเรียนรู้ ไปด้วย...การสอนการให้อาหารทางสายยาง พระบรมราชโองการผู้ดูแลอาจจะปฏิบัติได้น้อยเนื่องจากไม่มั่นใจการปฏิบัติ แต่ถ้ามีการสอนก็จะมีความรู้และทำได้ และสามารถช่วยเหลือพระบรมราชโองการที่จำเป็นต้องให้อาหารทางสายยาง กรณีที่ออกจากโรงพยาบาลและต้องกลับมาจำวัด” (พระดำ วันที่ 26 เมษายน 2566)

“เนื่องจากตอนนี้พระที่ป่วยเป็นโรคอ้วน อยากให้สอนเกี่ยวกับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร สอนการวัดความดันโลหิต การตรวจน้ำตาล เนื่องจากตอนนี้พระเป็นเบาหวาน ความดันเยอะมาก...อาการของโรคพื้นฐานแต่ละโรค ก็เป็นเนื้อหาที่สำคัญ เช่น ตัวร้อน ปวดเมื่อย ปวดหัว อาจจะเพิ่มเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพของแต่ละโรคให้กับพระผู้ดูแล สามารถนำไปปฏิบัติได้” (พระเอก วันที่ 26 เมษายน 2566)

“เนื้อหาที่สำคัญที่ควรมีคือเรื่องสิทธิบัตรต่างๆ ของพระ ที่สามารถใช้ในการรักษาพยาบาลได้ เนื่องจากในปัจจุบันเป็นปัญหามาก เมื่อพระไปนอนป่วยอยู่ที่โรงพยาบาล พระบางรูปต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง” (พระนพ วันที่ 21 เมษายน 2566)

สำหรับวิธีการพัฒนาการอบรมสำหรับพระบรมราชโองการในจังหวัดนครราชสีมา ควรมีการอธิบายความรู้ของการเกิดโรคของแต่ละโรคให้กับพระบรมราชโองการได้รับทราบหรือมีการร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และสอนขั้นตอนของการปฏิบัติในแต่ละทักษะ โดยมีการฝึกปฏิบัติจริงแต่ละทักษะ จนมั่นใจเพื่อที่จะนำความรู้ไปปฏิบัติได้ และการพัฒนาหลังจากได้รับการอบรม ควรมีการติดตามความรู้อย่างต่อเนื่อง หรือการอบรมให้กับบุคลากรเพิ่มเติม ดังตัวอย่างที่กล่าว ดังนี้

“อาตมาเสนอวิธีการเรียนรู้การดูแลพระบรมราชโองการป่วยให้สอนเป็นภาคปฏิบัติ ให้จิตอาสาหรือพระที่เป็นจิตอาสามีส่วนร่วมในการปฏิบัติและอาจจะมีการเล่าประสบการณ์ในกรณีที่พระผู้เข้าอบรมมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการสรุปความรู้จากประสบการณ์” (พระศักดิ์ วันที่ 21 เมษายน 2566)

ส่วนระยะเวลาในการจัดอบรมไม่ควรนานเกินไป ระยะเวลาที่เหมาะสม คือ 3 วัน ไม่น้อยและไม่มากจนเกินไป พระสามารถบริหารจัดการภารกิจของตนเองเพื่อมาเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาของการอบรม

2. หลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของพระบรมราชโองการในจังหวัดนครราชสีมา

หลักสูตรอบรม ได้จากการสังเคราะห์ข้อมูลในระยที่ 1 และ 2 มีระยะเวลาในการดำเนินการ 3 วัน ภาคทฤษฎี 6 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 12 ชั่วโมง โดยมีกำหนดการอบรม ดังนี้ วันที่ 1 ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม และ ความสำคัญของการอบรม และการให้ความรู้โดยการบรรยายและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

ที่พบป่วยในพระภิกษุ สบช. โมเดล ในการดูแลภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ล ตามหลักพระธรรมวินัย และสิทธิการรับบริการสุขภาพของพระภิกษุ โดยมีเอกสารประกอบการอบรมให้ศึกษาเพิ่มเติม วันที่ 2 การฝึกปฏิบัติ มีการแบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มย่อย เรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามฐาน 4 ฐาน คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ: การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว 2) การตรวจน้ำตาลในเลือดและการประเมินภาวะซีด 3) การเช็ดตัวลดไข้ 4) การทำแผล และวันที่ 3 การฝึกปฏิบัติ จะมีการแบ่งกลุ่มออกเป็นกลุ่มย่อย เรียนรู้และฝึกปฏิบัติตามฐาน 3 ฐาน คือ 1) การจัดทำผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 2) การให้อาหารทางสายยาง และ 3) การช่วยชีวิต (CPR) ขึ้นพื้นฐาน สรุปลง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 หลักสูตรฝึกอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของพระปริบาลภิกษุใช้ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช

วันที่	เนื้อหาสาระ	วิธีการให้ความรู้	ระยะเวลา
วันที่ 1	- ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการอบรม และความสำคัญของการอบรม	- บรรยาย	30 นาที
	- ปัญหาสุขภาพที่พบป่วยในพระภิกษุเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง	- บรรยาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์	1 ชั่วโมง 30 นาที
	- สบช. โมเดล ในการดูแลภาวะสุขภาพ	- บรรยาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์	1 ชั่วโมง
	- การดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ล (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดบุหรี่ ลดอ้วน) ตามหลักพระธรรมวินัย	- บรรยาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์	1 ชั่วโมง 30 นาที
	- สิทธิการรับบริการสุขภาพของพระภิกษุ	- บรรยาย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์	1 ชั่วโมง 30 นาที
วันที่ 2	- การประเมินภาวะสุขภาพ 1) การวัดสัญญาณชีพ 2) ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว	- บรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มย่อย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ	1 ชั่วโมง 30 นาที
	- การประเมินภาวะสุขภาพ 1) การตรวจน้ำตาลในเลือด 2) การประเมินภาวะซีด	- บรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มย่อย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ	1 ชั่วโมง 30 นาที
	- การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพที่จำเป็น: การเช็ดตัวลดไข้	- บรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มย่อย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ	1 ชั่วโมง 30 นาที
	- การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพที่จำเป็น: การทำแผล	- บรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มย่อย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ	1 ชั่วโมง 30 นาที
วันที่ 3	- การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพที่จำเป็น: การจัดทำผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย	- บรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มย่อย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ	1 ชั่วโมง 30 นาที
	- การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพที่จำเป็น: การให้อาหารทางสายยาง	- บรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มย่อย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ	1 ชั่วโมง 30 นาที
	- การปฐมพยาบาลเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพที่จำเป็น: การช่วยชีวิต (CPR) ขึ้นพื้นฐาน	- บรรยาย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มย่อย สาธิต และสาธิตย้อนกลับ	1 ชั่วโมง 30 นาที

3. ประสิทธิภาพของหลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของพระบรมราชูปถัมภ์ ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากการนำหลักสูตรไปใช้และการประเมินผลที่ได้จากการใช้หลักสูตร

3.1 ข้อมูลทั่วไป พระที่เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 27 รูป อายุทางโลกโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31-40 ปี จำนวน 8 รูป (ร้อยละ 29.63) ค่าเฉลี่ยอายุทางโลก 43.30 ปี อายุทางธรรมโดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-10 ปี จำนวน 14 รูป (ร้อยละ 51.85) ค่าเฉลี่ยอายุทางธรรม 12.48 ปี การศึกษาสูงสุดทางโลกโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 10 รูป (ร้อยละ 37.04) การศึกษาสูงสุดทางธรรมโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับนักธรรมชั้นเอก จำนวน 15 รูป (ร้อยละ 55.56)

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การวัดสัญญาณชีพ การตรวจน้ำตาลในเลือด การทำแผล การจัดทำ การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การให้อาหารทางสายยาง และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น ก่อนและหลังการอบรม

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการอบรม

ผลการทดสอบ ความรู้	ค่าคะแนน ต่ำสุด (40)	ค่าคะแนน สูงสุด (40)	ค่าคะแนน เฉลี่ย (40)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t	df	p-value
ก่อนอบรม	14	31	24.26	4.90	5.83	26	<.001
หลังอบรม	23	38	30.26	3.36			

จากตารางที่ 2 พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนอบรมตามหลักสูตรอยู่ในระดับปานกลาง (24.26 คะแนน) และค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังอบรมอยู่ในระดับปานกลาง (30.26) ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังอบรม โดยใช้สถิติ paired t-test พบว่าคะแนนก่อนและหลังเรียนต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 5.83, p < .001$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรม

3.3 ผลการประเมินทักษะการปฏิบัติการปฐมพยาบาลเบื้องต้น พบว่า พระภิกษุที่เข้าร่วมวิจัยทั้ง 27 รูป ได้คะแนนการปฏิบัติทักษะการวัดสัญญาณชีพ การตรวจน้ำตาลในเลือด การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การจัดทำผู้ป่วย การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการช่วยฟื้นคืนชีพเบื้องต้น มากกว่าร้อยละ 80 ทุกทักษะ

3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อการอบรมตามหลักสูตร พบว่า ความพึงพอใจต่อการอบรมตามหลักสูตร โดยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.74, SD = 0.42$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจมากที่สุดตามลำดับ ดังนี้ด้านเนื้อหาอบรม ($M = 4.93, SD = 0.27$) ด้านวิทยากร ($M = 4.81, SD = 0.49$) ด้านสถานที่อบรม ($M = 4.74, SD = 0.53$) ด้านวิธีการจัดการอบรม ($M = 4.70, SD = 0.54$) และระยะเวลาในการจัดอบรม ($M = 4.52, SD = 0.75$) นอกจากนี้ได้มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมว่า ในการอบรมภาคทฤษฎีควรเพิ่มสื่อการสอนที่น่าสนใจ เช่น คลิปวิดีโอ ให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเรียนมากขึ้น และการอบรมนี้เป็นการอบรมที่ดี ควรมีการจัดการอบรมเพิ่มความรู้ ความชำนาญปีละ 1 ครั้ง

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การอบรมพระบรมราชูปถัมภ์ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ในจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่ผ่านมามีการจัดการอบรม 2 ครั้ง แต่มีพระเข้าร่วมอบรมน้อย เนื่องจากไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ คิดว่าไม่ใช่งานหน้าที่ของพระสงฆ์ และระยะเวลาอบรมนานเกินไป ส่งผลให้

มีพระบริบาลภิกษุใช้เพียงส่วนน้อยที่มีความมั่นใจในความรู้ที่ได้รับการอบรม พระไม่มีความมั่นใจหากต้องเผชิญกับสถานการณ์ปัญหาสุขภาพเฉพาะหน้า และทำงานร่วมกับภาคีเครือข่ายสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Wisutho et al. (2021) ที่ศึกษาแนวทางการเสริมสร้างบทบาทพระคิลานุปัฏฐากในการเสริมสร้างสุขภาวะของพระสงฆ์ไทย พบว่า สภาพปัจจุบันของพระคิลานุปัฏฐากในการเสริมสร้างสุขภาวะของพระสงฆ์ไทย พบปัญหา คือ พระสงฆ์เข้าอบรมไม่ครบตามเวลา ทำให้มีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพจบน้อย อีกทั้งยังไม่สามารถประยุกต์ใช้หลักธรรมควบคู่กับวิชาการด้านสุขภาวะได้ ความรู้ ความสามารถ พระคิลานุปัฏฐากมีความรู้ในโรคที่พบได้มากในพระสงฆ์

2. หลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับพระบริบาลภิกษุใช้ เป็นหลักสูตรที่ได้พัฒนาจากข้อมูลที่ได้มาจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอบรม มีระยะเวลาในการดำเนินการ 3 วัน เริ่มต้นด้วยการให้เห็นความสำคัญของการอบรม ต่อด้วยการอบรมสาระความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย สุข. โมเดลในการดูแลภาวะสุขภาพ การดูแลสุขภาพด้วยหลัก 3อ 2ล ตามหลักพระธรรมวินัย สิทธิการรับบริการสุขภาพของพระภิกษุ การประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการช่วยเหลือในยามฉุกเฉิน กลยุทธ์ที่ใช้ในการพัฒนาการเรียนรู้คือ การบรรยาย การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่ม การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ ซึ่งการพัฒนาหลักสูตรได้พัฒนาตามแนวคิดของ Taba (1962) เริ่มต้นด้วยการวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นของผู้เรียน กำหนดจุดมุ่งหมาย คัดเลือกเนื้อหาสาระ รวบรวมเนื้อหาสาระ คำนึงถึงความยากง่ายและความต่อเนื่อง คัดเลือกประสบการณ์การเรียนรู้ให้สอดคล้องกับจุดมุ่งหมายและเนื้อหาวิชา รวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้ให้มีความต่อเนื่องของเนื้อหาสาระ และกำหนดวิธีวัดและประเมินผลเพื่อตรวจสอบว่าประสบการณ์การเรียนรู้ที่จัดให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ ทำให้หลักสูตรที่พัฒนามีจุดเด่นที่สำคัญคือ เนื้อหา ระยะเวลา วิธีการดำเนินการจัดการเรียนการสอนสอดคล้องกับความต้องการของผู้อบรม ส่งผลให้ผู้อบรมมีความพึงพอใจการอบรมตามหลักสูตรอยู่ในระดับมากที่สุด นอกจากนี้เนื้อหาการจัดการเรียนรู้มีการจัดเรียงลำดับจากง่ายไปยาก และมีการเรียนรู้ทั้งทฤษฎีและได้ฝึกปฏิบัติจริงทุกรูป ทำให้ผู้เข้าอบรมเกิดความรู้ความเข้าใจและเกิดทักษะการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพได้

3. ประสิทธิภาพของหลักสูตรฝึกอบรม พบว่าคะแนนความรู้ก่อนและหลังเรียนต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังอบรมสูงกว่าก่อนอบรม และผลการประเมินทักษะการปฏิบัติการพยาบาล พบว่าพระภิกษุที่เข้าร่วมวิจัยทั้ง 27 รูป ผ่านการประเมินทุกทักษะ สอดคล้องกับการศึกษาของ Leeyutthanont, Uraivan, Kaewsakulthong, and Saetew (2019) ที่ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุ โดยรูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพตนเองมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีจุดประสงค์ การถวายความรู้ กระบวนการถวายความรู้ การประเมินผลการถวายความรู้ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวม หลังการทดลองใช้รูปแบบการถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากมีกระบวนการถวายความรู้ที่มีความชัดเจนและเป็นระบบ ที่ทำให้พระภิกษุรับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

การพัฒนาหลักสูตรการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำหรับพระบริบาลภิกษุใช้ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าคณะจังหวัด สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด ที่ช่วยประสานงาน ประชาสัมพันธ์และแจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้ารับการฝึกอบรม ทำให้พระภิกษุที่เข้ารับการอบรมมีความสนใจ มีความกระตือรือร้นที่จะเข้ารับการอบรม และวิทยากรผู้มาให้ความรู้เป็นวิทยากรที่มีความรู้ และประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องการส่งเสริม ป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีความสนใจและใส่ใจขณะที่พระภิกษุเข้ารับการอบรม เปิดโอกาสให้ซักถาม ดูแลให้มีการ

ฝึกปฏิบัติจนกระทั่งมั่นใจ ที่จะนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปถ่ายทอด หรือไปดูแลพระภิกษุไข้ที่ประจำวัดได้ สอดคล้องกับ Gandasaro and Namsena (2022) ที่กล่าวว่า การพัฒนาศักยภาพของพระคิลานุปัฏฐากให้มียุทธศาสตร์ความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยและการดูแลสุขภาพจะต้องมีแนวทางการดำเนินการพัฒนา คือ 1) มีการสนับสนุนจากคณะสงฆ์ในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับตำบล ร่วมกับภาคีเครือข่ายหน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดโดยการให้ความสนใจงานฝึกอบรมพระคิลานุปัฏฐาก 2) การพัฒนาการจัดฝึกอบรมจะต้องเป็นไปตามหลักการหรือกระบวนการของการฝึกอบรมการจัดหลักสูตร 3) วิทยากรหรือผู้บรรยายการคัดเลือกวิทยากร ควรมีความรู้ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวข้องกับเรื่องที่บรรยายมีความสามารถในการบรรยายถ่ายทอดความรู้ 4) ผู้เข้ารับการฝึกอบรมต้องมีความสนใจพร้อมที่จะเข้ารับการฝึกอบรมรู้ข้อบกพร่องของตนเองมีความกระตือรือร้นที่จะแก้ไขข้อบกพร่องเหล่านั้นเพราะทัศนคติและพฤติกรรมของผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีอิทธิพลสำคัญยิ่งต่อผลของการฝึกอบรม มีผลทำให้การจัดฝึกอบรมหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก มีพฤติกรรมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่จำเป็นต้องพัฒนาสำหรับพระบริบาลภิกษุใช้พบว่า เป็นหลักสูตรที่สามารถพัฒนาความรู้และทักษะของพระบริบาลภิกษุใช้ได้ จึงควรนำเสนอต่อสำนักงานพระพุทธศาสนาเพื่อผลักดันให้นำหลักสูตรไปจัดอบรมให้กับพระรูปอื่นๆ เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเองและดูแลพระภิกษุที่เจ็บป่วย และเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการนำความรู้ไปใช้ ควรมีการจัดให้พระภิกษุเข้าร่วมอบรม อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง อย่างไรก็ตามในกระบวนการอบรมให้ความรู้ภาคทฤษฎีควรมีการเพิ่มสื่อการเรียนรู้ที่น่าสนใจ เช่น คลิปวิดีโอและให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมเพื่อให้พระภิกษุมีความสนใจและเกิดความรู้ความเข้าใจได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรนำไปทำวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตรอบรมการพัฒนาความรู้และทักษะด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้นในโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยทำการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่ชัดเจนมากขึ้น และควรมีการศึกษาติดตามผลการปฏิบัติของพระบริบาลภิกษุที่ได้รับการอบรมไปแล้วเพื่อประเมินความสามารถในการนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติจริง

References

- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw Hill.
- Boutkhamuan, S. (2016). *Self-health care of monks in Dusit District, Bangkok Metropolis*. Retrieved from http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2016/TU_2016_5605030047_5917_5641.pdf. [In Thai].
- Bureau of Elderly Health. (2018). *Training manual for the phra kilanupathaka course*. Bangkok: Office of Printing Affairs, War Veterans Organization. [In Thai].
- Gandasaro, C., & Namsena, S. (2022). The kilanupathaka: The role of monk's well-being. *The Journal of Research and Academics*, 5(2), 275-284. [In Thai].

- Knowles, M. S. (1980). *The modern practice of adult education: From pedagogy to andragogy*. New York: Cambridge, The Adult Education Company.
- Laptananon, P., & Povarathammo, B. (2022). Phra kilanupataka center, *Nakhon Si Thammarat Province, promote the health of monks*. Nonthaburi: Nititham Printing. [In Thai].
- Leeyutthanont, M., Uraivan, P., Kaewsakulthong, J., & Saetew, P. (2019). Development of health education model for monks. *The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 25(2), 104-117. [In Thai].
- Nakhon Si Thammarat Provincial Office of Buddhism. (2023). *Information of temple and monk*. Retrieved from <https://nrt.onab.go.th/th/content/category/index/id/17>. [In Thai].
- National Office of Buddhism. (2023). *Basic information about buddhism, year 2018 - 2020*. Retrieved from <https://www.onab.go.th/th/content/category/detail/id/1278/iid/41503>. [In Thai].
- Nimtrakul, U., & Thitawisittho, W. (2020). Health behaviors of monks and health literacy from phra kilanuphatthak to communicators in health region 1. *Journal of Buddhist Studies*, 11(1), 33-35. [In Thai].
- Oupra, R., & Chachvarat, T. (2016). Non communicable disease, chronic disease, health promotion, Thai monk. *Nursing, Public Health, and Education Journal*, 17(3), 17-23. [In Thai].
- Wisutho, N., Kanlayapattanakul, W., & Sukuprakarn, S. (2021). Guidelines for the strengthen of phra kilanupataka role in enhancing the health of Thai monks. *Journal of Modern Learning Development*, 6(5), 114-126. [In Thai].
- Priest Hospital. (2022). *Annual report 2022 priest hospital*. Retrieved from <https://www.priest-hospital.go.th/pdf/2565/mobile/index.html>. [In Thai].
- Sanitlou, N., Sartphet, W., & Naphaarrak, Y. (2019). Sample size calculation using G*power program. *Journal of Suvarnabhumi Institute of Technology*, 5(1), 496-507. [In Thai].
- Somroop, S., Chimhad, P., & Khaenamkhaew, D. (2022). A holistic health care to the monks in the area of Nabon District, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of MCU Nakhondhat*, 9(5), 226-239. [In Thai].
- Taba, H. (1962). *Curriculum development: Theory and practice*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Tienthavorn, V. (2022). *System for surveillance, control, and prevention of diabetes and hypertension in Thailand: Policy into practice*. Chonburi: Sri Silapa Printing Press. [In Thai].
- Wattana C. (2019). Care of sick buddhist monks for nurses part 1: Care of sick buddhist monks in outpatient department. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 30(1), 239-243. [In Thai].

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอปลูกถ่ายไต

นิคม คำเหลือง, พย.บ.^{1*} ฉลองรัตน์ มะโนรี, พย.บ.¹ นฤมล สุยะใหญ่, พย.ม.¹ ธัญญนันท์ สวัสดิ์รักษ์, พย.บ.¹
ปวีณา คำธัญ, พย.ม.¹ จุฑารัตน์ วงศ์คำ, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับความวิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขต 17 จังหวัดภาคเหนือที่ลงทะเบียนรอรับบริจาคไตในหน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 315 ราย ระหว่างเดือนพฤษภาคมถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต (ค่าความเชื่อมั่น KS-20 = .80) แบบสอบถามการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = .94) และแบบวัดความวิตกกังวลของสปิลเบอร์เกอร์ (ค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha = .91) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า ความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 53.50 ($SD = 10.14$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ได้แก่ เพศ ($r = -.12, p < .05$) ระดับรายได้ ($r = -.12, p < .05$) ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต ($r = -.11, p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคม ($r = -.56, p < .01$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวล คือ ช่วงอายุ ($r = .48, p < .01$) ผลการวิจัยที่ได้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการเพิ่มความรู้และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล การรอปลูกถ่ายไต ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล

¹ หน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียม โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nikhom.kham@cmu.ac.th

Factors Associated with Anxiety among Patients Waiting for a Kidney Transplant

Nikhom khamlueang, B.N.S.^{1*}, Chalongrat Manoree, B.N.S.¹, Naruemon Suyayai, M.N.S.¹,
Thanyanan sawatrak, B.N.S.¹, Paweena Kumtan, M.N.S.¹, Jutharat Wongkham, B.N.S.¹

Abstract

This descriptive correlational research delves into the examination of anxiety levels among patients in anticipation of kidney transplantation, aiming to elucidate connections between personal factors, knowledge about kidney transplantation, and perceived social support concerning anxiety. The study enlisted 315 individuals aged 18 and above with chronic kidney disease from 17 northern provinces. These patients, registered for kidney donation at the Kidney Transplantation and Dialysis Unit of Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, were part of the study conducted between May and December 2022. The research instruments included the personal data record form, the kidney transplant knowledge test form (with a KR-20 reliability coefficient of .80), the perceived social support questionnaire (with a Cronbach's alpha coefficient of .94), and the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (with a Cronbach's alpha coefficient of .91). Data underwent analysis using descriptive statistics and the Spearman correlation coefficient.

Results unveiled a moderate level of anxiety among the subjects, with a mean anxiety score of 53.50 ($SD = 10.14$). Factors negatively correlated with anxiety encompassed gender ($r = -.12$, $p < .05$), income level ($r = -.12$, $p < .05$), knowledge of kidney transplantation ($r = -.11$, $p < .05$), and social support ($r = .56$, $p < .01$). These findings can serve as foundational insights for nurses, enabling them to augment patient knowledge and deliver social support, thereby contributing to anxiety alleviation in individuals awaiting kidney transplantation.

Key words: Anxiety, Kidney Transplantation, Factors Influencing Anxiety

¹ Kidney Transplant and Dialysis Unit, Maharaj Nakorn Chiangmai Hospital

* Corresponding author e-mail: nikhom.kham@cmu.ac.th

บทนำ

การปลูกถ่ายไตเป็นการบำบัดทดแทนไตที่ดีที่สุด ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดี (Sarhan et al., 2021) และมีชีวิตยาวนานกว่าผู้ที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Sawada et al., 2021) แต่เนื่องจากในประเทศไทยนั้นปัญหาการขาดแคลนอวัยวะทำให้ผู้ป่วยต้องมีระยะเวลานานในการรอปลูกถ่ายไต ในประเทศไทย ปี 2564 มีผู้ป่วยรอการปลูกถ่ายไต 5,465 คน ได้รับการปลูกถ่ายไต 347 คน คิดเป็นร้อยละ 6.34 ระยะเวลาในการรอไตเฉลี่ย 2 ปี 5 เดือน 7 วัน นับจากวันที่ลงทะเบียน (Thai Transplantation Society, 2022) สำหรับผู้ป่วยที่รอปลูกถ่ายไตที่โรงพยาบาลมหาราชานครเชียงใหม่มีจำนวน 1,014 คน ได้รับการปลูกถ่ายไต 36 คน คิดเป็นร้อยละ 3.55 ระยะเวลารอไตเฉลี่ย 4 ปี จากระยะเวลารอไตจะเห็นได้ว่าผู้ป่วยต้องใช้ระยะเวลารอคอยปลูกถ่ายไตนาน

การรอปลูกถ่ายไตเป็นภาวะที่ผู้ป่วยต้องเตรียมพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจเพื่อให้สามารถรับการผ่าตัดปลูกถ่ายไตได้อย่างทัน่วงที่ที่ได้รับบริจาคไต ด้านร่างกายผู้ป่วยต้องดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดเพื่อให้พร้อมต่อการปลูกถ่าย ต้องรับการฟอกเลือดอย่างพอเพียง ดูแลตนเองไม่เกิดภาวะโลหิตจาง ต้องมาตรวจสุขภาพตามนัด มีความพร้อมตลอดเวลาเพื่อรับการติดต่อจากโรงพยาบาล และพร้อมสำหรับการเดินทาง ด้านจิตใจ ผู้ป่วยต้องปรับตัวในชีวิตประจำวันหลายอย่าง เช่น การต้องรับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ปรับเวลาการทำงาน และปรับตัวกับครอบครัว ต้องควบคุมอารมณ์และความรู้สึกทางลบกับตัวเองนอกจากนี้ยังต้องเตรียมพร้อมค่าใช้จ่ายในการรักษาส่วนเกินสิทธิ สิ่งต่างๆ เหล่านี้เป็นผลให้ผู้ป่วยที่รอปลูกถ่ายไตเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

ความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ของความรู้สึกไม่สบาย เป็นทุกข์ หรือตึงเครียด เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบว่าคุณค่า อาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเอง (Spielberger, 1983) ความวิตกกังวลแบ่งเป็นความวิตกกังวลแฝง (trait anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เป็นลักษณะคงที่ประจำตัวของบุคคล และความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในเวลาที่มีเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่งเกิดขึ้น เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นชั่วคราวเฉพาะในสถานการณ์นั้น ๆ การรอปลูกถ่ายไตเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รอปลูกถ่ายไต จึงเกิดความวิตกกังวลขณะเผชิญได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่รอปลูกถ่ายไตมีภาวะเครียดและความวิตกกังวลสูงกว่าคนสุขภาพดีทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Abdullah et al., 2021) และจากการศึกษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังชาวตุรกีที่รอปลูกถ่ายไต พบว่า ร้อยละ 60 มีความเครียด โดยร้อยละ 30 เป็นความเครียดระดับสูง ขณะที่ร้อยละ 56 แสดงอาการวิตกกังวล และระดับความเครียดจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลารอคอยปลูกถ่ายไต (Silva et al., 2014)

ความวิตกกังวลจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายปัจจัยได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ ระดับการศึกษา และระยะเวลารอปลูกถ่ายไตมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล โดยเพศหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย (Sarhan et al., 2021) ผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้รอปลูกถ่ายไตที่อายุน้อยกว่า (Sarhan et al., 2021) ผู้ป่วยที่มีดัชนีมวลกายมากมีความวิตกกังวลมากขึ้น (Scheuermann et al., 2022; Temür & Aksoy, 2023) บุคคลที่มีรายได้มากสามารถจัดสรรหาทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของชีวิต และเกิดความพึงพอใจในการใช้ชีวิตมีความวิตกกังวลน้อย (Temür & Aksoy, 2023) ขณะที่ระดับการศึกษาถือเป็นทรัพยากรภายในตัวบุคคลที่แสดงออกถึงความสามารถของบุคคลนั้น ๆ ซึ่งช่วยให้ประสบความสำเร็จในการกระทำสิ่งต่าง ๆ อีกทั้งยังสามารถช่วยให้รู้จักจัดการกับสภาวะอารมณ์และช่วยป้องกันบุคคลจากความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ (Seman & Picillo, 2023) และผู้ป่วยที่รอปลูกถ่ายไตนานมีความวิตกกังวลมากขึ้นตามระยะเวลารอคอยไต (Silva et al., 2014; Seman & Picillo, 2023)

ความรู้ถือว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ใช้เผชิญปัญหาต่าง ๆ ของบุคคล โดยเป็นสิ่งที่สั่งสมจากการเรียน การค้นคว้า และประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการคิด เปรียบเทียบ เชื่อมโยง และผสมผสานกับประสบการณ์เดิมจนเกิดเป็นความเข้าใจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ หรือใช้ในการแก้ปัญหาได้ (Seman & Picillo, 2023) จากการศึกษาการผ่าตัดถุงน้ำดีผ่านกล้อง

ในผู้ป่วยศรัทธาว่าการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการผ่าตัดกับผู้ป่วยและญาติทำให้ความวิตกกังวลลดลงได้ (Goktas et al., 2021) และในผู้ป่วยปลูกถ่ายไตมีความวิตกกังวลลดลงเมื่อได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว (Gerity et al., 2018)

ขณะที่การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีการติดต่อสื่อสารกันและมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน (House, 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคม 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร หากบุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะสามารถลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นโดยลดการรับรู้สิ่งเร้าที่มากกระตุ้นให้เกิดความวิตกกังวลและเชื่อมั่นว่ามีแหล่งสนับสนุนเพียงพอที่คอยช่วยเหลือเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น (Amonoo et al., 2021) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย สำหรับผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตยังไม่พบรายงานการศึกษา

เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มตัวอย่างชาวไทยยังไม่พบรายงานในผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตซึ่งเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะเกิดความวิตกกังวล ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความวิตกกังวลในผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่พยาบาลสามารถวางแผนในการจัดการเพื่อลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาาระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายไตที่หน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลารอปลูกถ่ายไต ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายไตที่หน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

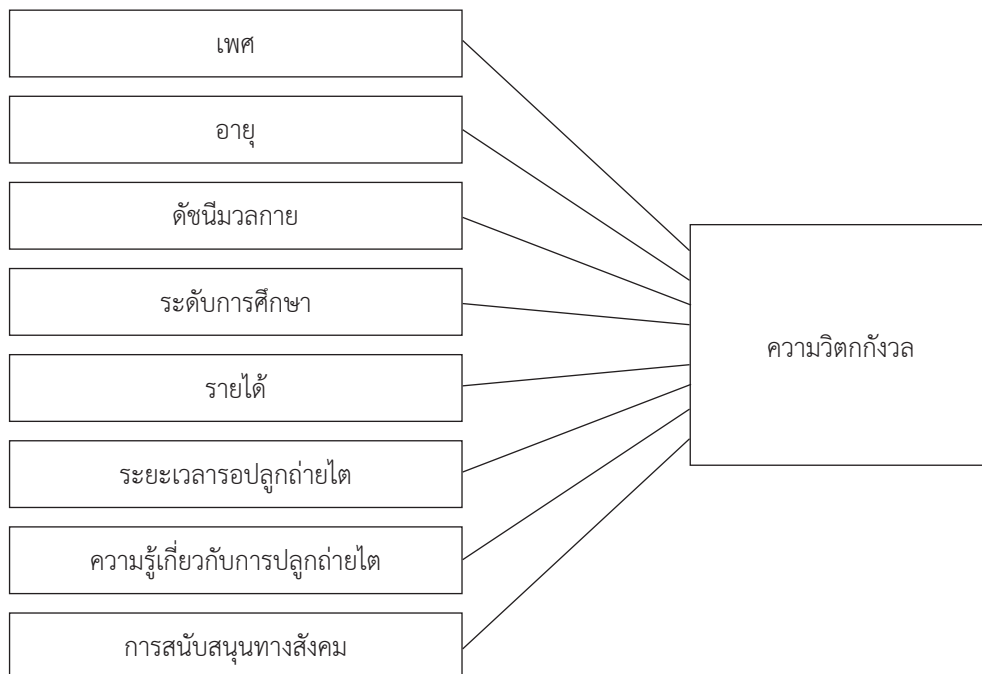
สมมติฐานการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลารอปลูกถ่ายไตมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายไต
2. ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายไต
3. การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยที่รอการปลูกถ่ายไต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความวิตกกังวลของ สปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ซึ่งอธิบายความวิตกกังวลว่าเป็นสภาวะทางอารมณ์ของความไม่สุขสบาย เป็นทุกข์ หรือตึงเครียด เกิดจากการประเมินสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบหาคูคามหรืออาจทำให้เกิดอันตรายต่อตนเองโดยสิ่งที่คุกคามอาจมีจริงหรือเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าก็ได้ โดยเกิดขึ้นในเวลาที่มีสถานการณ์มากระทบและมีแนวโน้มว่าจะทำให้เกิดอันตรายหรือคุกคามบุคคล เป็นความรู้สึกที่เกิดชั่วคราวเป็นประเภทที่เรียกว่าความวิตกกังวลขณะเผชิญ (state anxiety) โดยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาสามารถแบ่งออกเป็น ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านความรู้ และ ปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม โดยปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งประกอบด้วยเพศ อายุ ดัชนีมวลกาย รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลารอปลูกถ่ายไต ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าเพศมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลของผู้ป่วยหรือไม่อย่างไร ส่วนอายุ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลารอปลูกถ่ายไตพบว่าอาจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต

ในขณะที่ รายได้ และระดับการศึกษาคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้ป่วย สำหรับ ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้อย่างชัดเจนดังนั้นจึงคาดว่าจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยรอปีกถ่ายไต เช่นเดียวกับการสนับสนุนทางสังคมของ Schaefer, Coyne, & Lazarus ตามแนวคิดของ House ซึ่งเป็นการรับรู้ถึงความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ จากเครือข่ายทางสังคม โดยเฉพาะจากพยาบาล ผู้ให้การดูแลในด้านต่าง ๆ ได้แก่ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร การให้ความรู้ การให้คำปรึกษาต่าง ๆ ด้านการให้ความช่วยเหลือด้านเครื่องมือได้แก่การให้สิ่งของ เงินทอง และด้านการให้ความช่วยเหลือทางด้านจิตใจได้แก่ การให้ความรักความผูกพัน และการยอมรับนับถือ การสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นปัจจัยที่ช่วยป้องกันและลดความวิตกกังวลจึงคาดว่าจะการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลในผู้ป่วยรอปีกถ่ายไตดังแผนผัง



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย (Carman, 2005)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขต 17 จังหวัดภาคเหนือที่มีรายชื่อลงทะเบียนและอายุรแพทย์โรคไตลงความเห็นว่ามีพร้อมในการรอรับบริจาคไตในหน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขต 17 จังหวัดภาคเหนือที่มีรายชื่อลงทะเบียนและอายุรแพทย์โรคไตลงความเห็นว่ามีพร้อมในการรอรับบริจาคไตในหน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้และยินดีเข้าร่วมการวิจัย สำหรับเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงเฉียบพลัน ได้แก่ภาวะน้ำท่วมปอด ระดับโพแทสเซียมในเลือดสูง ระดับความรู้สึกตัวลดลง การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีคัดเลือกแบบสะดวก (convenient sampling) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเปิดตารางสำเร็จรูปของยามานะ (Yamane,

1973) มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอายุ 18 ปีขึ้นไปในเขต 17 จังหวัดภาคเหนือที่มีรายชื่อลงทะเบียนและมีความพร้อมในการรอรับบริจาคไตในหน่วยเปลี่ยนไตและไตเทียมโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวน 1,014 ราย กำหนดความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับร้อยละ 5 ระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 286 ราย เนื่องจากมีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกันในผู้ป่วยไตวายที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างประมาณร้อยละ 10 (Phuca, Vongsirimas, & Thanoi, 2020) ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดแทนแบบสอบถามที่อาจไม่สมบูรณ์อีกร้อยละ 10 (29 ราย) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงเป็น 315 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ อายุ เพศ ส่วนสูง น้ำหนัก ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลารอปลูกถ่ายไต
2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับวิธีการปลูกถ่ายไต ภาวะแทรกซ้อนของการปลูกถ่ายไต การปฏิบัติตัวขณะรอปลูกถ่ายไต และการปฏิบัติตัวหลังปลูกถ่ายไต ลักษณะเครื่องมือเป็นแบบสอบถามถูก-ผิด ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจจะได้ 0 คะแนน จำนวนคำถาม 21 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0 - 21 โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ คะแนน 0 - 7 ระดับต่ำ 8 - 14 ระดับปานกลาง 15 - 21 ระดับสูง
3. แบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม (The Perceived Social Support Scale) พัฒนาโดยเชฟเฟอร์คอยและลาซาร์รัส (Schaefer & Lazarus, 1981) ซึ่งสมจิต หนูเจริญกุล (Hanucharunkul S., 1988) ได้ปรับปรุงเพื่อใช้ในกลุ่มตัวอย่างชาวไทย เครื่องมือนี้ใช้วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเป็นเครื่องมือที่ได้ใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยในประเทศไทยและผู้แปลได้อนุญาตให้ผู้วิจัยใช้เครื่องมือนี้ได้ ประกอบด้วยคำถาม 7 ข้อ วัดการสนับสนุนด้านข้อมูล 1 ข้อ ด้านอารมณ์ 4 ข้อ ด้านเครื่องมือ 2 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับตั้งแต่ไม่ช่วยเหลือนเลย (0 คะแนน) จนถึง ช่วยเหลือมากที่สุด (4 คะแนน) คะแนนรวมได้จากผลรวมของคะแนนจากคำตอบแต่ละข้อซึ่งเครื่องมือต้นฉบับจะวัดการสนับสนุนจากแต่ละแหล่ง บางงานวิจัยใช้วัดการรับรู้ในภาพรวมจากทุกแหล่ง ซึ่งในการวิจัยนี้จะวัดการรับรู้การสนับสนุนที่ตัวผู้ป่วยเองได้รับจากบุคคลอื่นในภาพรวม คะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ในช่วง 0 - 28 โดยคะแนนที่สูงจะบอกถึงการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมที่มาก จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าแบบสอบถามนี้มีความเชื่อมั่นที่ยอมรับได้ (Thojampaa & Mawn, 2017) การศึกษานี้ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ คือคะแนน 0 - 9.33 เท่ากับระดับต่ำ คะแนน 9.34 - 18.66 เท่ากับระดับปานกลาง และคะแนน 18.67 - 28 เท่ากับระดับสูง
4. แบบวัดความวิตกกังวลของสปีลเบิร์กเกอร์ The State-Trait Anxiety Inventory (STAI Form) (Spielberger, 1983) ฉบับการแปลเป็นภาษาไทยโดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, ธาตรี นนทศักดิ์ และ ดาราวรรณ ตีะปินตา (Thapinta, 1992) เป็นแบบวัดความวิตกกังวลขณะเผชิญ (State Anxiety, A-state ; STAI Form Y-1) ผู้วิจัยได้รับอนุญาตจากผู้แปลในการใช้เครื่องมือนี้ในการวิจัย ซึ่งมีคำถาม 20 ข้อ เป็นข้อความด้านทางลบ 10 ข้อ คือ ข้อ 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 และ 18 และข้อความด้านทางบวก 10 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20 ลักษณะเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า 4 ระดับ (rating scale) มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามด้านบวกให้ 4 คะแนนหมายถึงไม่รู้สึกเลย 3 คะแนนหมายถึงรู้สึกบ้าง 2 คะแนนหมายถึงรู้สึกปานกลาง 1 คะแนนหมายถึงรู้สึกมาก และข้อคำถามด้านลบให้ 1 คะแนนหมายถึงไม่รู้สึกเลย 2 คะแนนหมายถึงรู้สึกบ้าง 3 คะแนนหมายถึงรู้สึกปานกลาง 4 คะแนน หมายถึงรู้สึกมาก คะแนนรวมทั้งหมดมีค่าคะแนนสูงสุด 80 คะแนน ค่าคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนที่มากหมายถึงมีความวิตกกังวลสูงโดยผู้วิจัยจะแบ่งระดับความวิตกกังวลแต่ละชนิดออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ช่วงคะแนน 20 - 40 คะแนน แสดงว่ามีวิตกกังวลระดับเล็กน้อย ช่วงคะแนน 40.1 - 60 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลระดับปานกลางและ ช่วงคะแนน 60.1 - 80 คะแนน แสดงว่ามีความวิตกกังวลระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่านได้แก่ อาจารย์แพทย์หน่วยวิชาโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลในคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยพะเยา 1 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการปลูกถ่ายไตของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ 2 ท่าน แล้วนำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาค่า CVI = .94 จากนั้นนำมาปรับตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) โดยนำแบบสอบถามตรวจสอบในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับประชากรในการศึกษาจำนวน 10 ราย โดยแบบวัดความรู้ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นใหม่โดยผู้วิจัยจะหาความเชื่อมั่นโดยวิธี KR-20 ได้ค่าสัมประสิทธิ์ .80 ส่วนแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดความวิตกกังวล ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์ของอัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ .94 และ .91 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่โครงการผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่แล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกที่กำหนด และเก็บข้อมูลขณะผู้ป่วยมาตรวจตามนัดตั้งแต่วันที่ 9 พฤษภาคม ถึงวันที่ 26 ธันวาคม 2565 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดอื่น ๆ ของการศึกษา เมื่อผู้ป่วยยินดียินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจำนวน 4 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตแบบวัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมและแบบวัดความวิตกกังวล ระหว่างรอตรวจ โดยใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ในห้องที่เงียบและเป็นส่วนตัว โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดพักได้ตามต้องการขณะที่ตอบแบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยอำนวยความสะดวกในการเข้าพบแพทย์แก่กลุ่มตัวอย่างหลังจากกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จ จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต ระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมกับระดับความวิตกกังวลโดยใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient เนื่องจากข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ กำหนดระดับการมีนัยสำคัญที่ .05 และกำหนดเกณฑ์การแปลความหมายสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Hinkle et al, 1998) ดังนี้ 0.00 - 0.30 ความสัมพันธ์น้อยมาก 0.30 - 0.50 ความสัมพันธ์น้อย 0.50 - 0.70 ความสัมพันธ์ปานกลาง 0.70 - 0.90 ความสัมพันธ์สูง 0.90 - 1.00 ความสัมพันธ์สูงมาก

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการหน่วยจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Study Code: NUR-2565-08893 เมื่อวันที่ 6 พฤษภาคม 2565

ผลการวิจัย

จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 315 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 61.3 โดยส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 31.1 อายุเฉลี่ย 44.90 ปี ($SD = 11.03$) ส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษาร้อยละ 49.2 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 49.2 ส่วนใหญ่ดัชนีมวลกายเป็นน้ำหนักปกติร้อยละ 46.0 ค่าเฉลี่ย 22.97 kg/m² ($SD = 3.49$) และระยะรอคอยไตน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 77.5 ค่าเฉลี่ย 2.99 ปี ($SD = 2.79$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 315)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ (%)
เพศ		
ชาย	193	61.3
หญิง	122	38.7
อายุ (ปี)	Mean = 44.90	SD = 11.03
20 - 30	39	12.4
31 - 40	72	22.9
41 - 50	98	31.1
51 - 60	82	26
> 60	24	7.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	155	49.2
มัธยมศึกษา	99	31.4
อนุปริญญา	34	10.8
ปริญญาตรี ขึ้นไป	27	8.6
รายได้ (บาท/เดือน)		
< 15,000	155	49.2
15,000 - 30,000	99	31.4
30,001 - 50,000	34	10.8
> 50,000	27	8.6
ดัชนีมวลกาย (kg/m ²)	Mean = 22.97	SD = 3.49
≤ 18.5 (ผอมเกินไป)	24	7.6
18.6 - 22.9 (น้ำหนักปกติ)	145	46.0
23.0 - 24.9 (น้ำหนักเกิน)	66	21.0
25.0 - 29.9 (โรคอ้วนระดับที่ 1)	71	22.5
> 30 (โรคอ้วนระดับที่ 2)	9	2.9
ระยะเวลาปลูกถ่ายไต (ปี)	Mean = 2.99	SD = 2.79
น้อยกว่า 5 ปี	244	77.5
5 - 10 ปี	62	19.7
มากกว่า 10 ปี	9	2.9

โดยพบว่าความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 53.50 ($SD = 10.14$) ส่วนความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตอยู่ในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 16.51 ($SD = 2.55$) และการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน คะแนนเฉลี่ย 18.81 ($SD = 5.35$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงระดับความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตและการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่าง (N = 315)

	คะแนนที่เป็นไปได้	คะแนนเฉลี่ย (SD)	คะแนนที่ได้จริง		ระดับ		
			min	max	ต่ำ	ปานกลาง	สูง
ความวิตกกังวล	20-80	53.50 (10.14)	27	77	23 (7.3)	198 (62.9)	94 (29.8) 255 (81.0)
ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต	0-21	16.51 (2.55)	5	21	3 (1.0)	57 (18.1)	171 (54.3)
การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	0-28	18.81 (5.35)	2	28	11 (3.5)	133 (42.2)	

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับระดับความวิตกกังวล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ($r = -.12, p < .05$) ระดับรายได้ ($r = -.12, p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมากกับระดับความวิตกกังวล ส่วนช่วงอายุ ($r = .48, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับน้อยกับระดับความวิตกกังวล โดยระดับความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับน้อยมาก ($r = -.11, p < .05$) และระดับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.56, p < .01$) กับระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคล ระดับความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตและการปฏิบัติตัวหลังการปลูกถ่ายไต ระดับการสนับสนุนทางสังคม และระดับความวิตกกังวลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Spearman's correlation coefficient (N = 315)

	<i>r</i>
ปัจจัยส่วนบุคคล	
เพศ	-.12*
ช่วงอายุ	.48**
ระดับการศึกษา	-.02
ระดับรายได้	-.12*
ระดับดัชนีมวลกาย	-.04
ระยะเวลาการรอคอยไตบริจาค	-.04
ระดับความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตและการปฏิบัติตัวหลังการปลูกถ่ายไต	-.11**
ระดับการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม	-.56**

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

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตมีระดับความวิตกกังวลปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Seman and Picillo (2023) ที่พบระดับความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางซึ่งอธิบายได้ว่าการรอปลูกถ่ายไตอาจกระทบกับวิถีชีวิตปกติ แสดงถึงผลกระทบของการรอปลูกถ่ายไตต่อชีวิตของผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นผลที่ทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำงาน ความห่างเหินในความสัมพันธ์กับชีวิตสมรส ความรู้สึกว่าชีวิตอยู่ภายใต้การคุกคาม และความกลัวความตาย (Ozcan,

2000) จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไต และการสนับสนุนทางสังคม พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ และอายุ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลในขณะที่ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ ระดับดัชนีมวลกาย ระยะเวลาการรอคอยไตบริจาค ไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ส่วนความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ผลการวิจัยสอดคล้องกับกรอบแนวคิดและสมมติฐานการวิจัยเป็นส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความวิตกกังวลพบว่าเพศหญิง มีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซาฮาลและคณะ (Sarhan et al., 2021) และการศึกษาของคิมและคณะ (Kim et.al., 2013) ในเกาหลีใต้พบว่าผู้สูงอายุโรคไตที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเพศหญิง มีความวิตกกังวลมากกว่าเพศชาย สำหรับอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความวิตกกังวลกล่าวคือผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต ที่มีอายุมากจะมีความวิตกกังวลมากสอดคล้องกับการศึกษาของโมเล (Mosleh, 2020) พบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคไตที่มีอายุมาก จะมีพฤติกรรมแยกตัวทำกิจกรรมในสังคมน้อยลง ปฏิเสธเรื่องต่าง ๆ กับบุคคลอื่น ๆ น้อยลง เกิดความวิตกกังวลมากขึ้น สำหรับรายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยที่มีรายได้น้อยมีความวิตกกังวลมากกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้มากเนื่องจากผู้มีรายได้น้อยต้องทำงานเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและรายจ่ายที่ต้องเพิ่มขึ้นอีกเมื่อเป็นผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต บุคคลที่มีรายได้มากสามารถจัดสรรหาทรัพยากรที่ตอบสนองความต้องการของชีวิต และเกิดความพึงพอใจในการใช้ชีวิตจึงมีความวิตกกังวลน้อย (Temür & Aksoy, 2023) ส่วนระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลทั้งนี้อาจเนื่องมาจากไม่ว่าจะมีระดับการศึกษาระดับใดก็สามารถเรียนรู้วิธีการจัดการกับความวิตกกังวลได้ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเซแมนและพิซิลโล (Seman & Picillo, 2023) สำหรับดัชนีมวลกายไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลอาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเกิดการยอมรับดัชนีมวลกายของตนเองซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชูแมนและคณะ (Scheuermann et al., 2022) สำหรับระยะเวลาการรอปลูกถ่ายไตไม่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาที่พบว่ายิ่งระยะเวลาการรอคอยปลูกถ่ายไตนานก็จะเพิ่มความวิตกกังวลมากขึ้น (Seman & Picillo, 2023) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยเข้าใจถึงข้อจำกัดหลายด้าน ทั้งจำนวนผู้รอไตบริจาค ความพร้อมของผู้บริจาค และการเข้ากันได้ของเนื้อเยื่อ อีกทั้งมีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีความพร้อมมากกว่าแต่ก็ยังไม่สามารถปลูกถ่ายไตได้ สำหรับความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลพบว่าผู้ป่วยที่มีความรู้เกี่ยวกับการปลูกถ่ายไตมากมีความวิตกกังวลน้อยเนื่องจากผู้ป่วยที่มีความรู้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้องมีเหตุผล มีความเข้าใจสามารถเผชิญและจัดการกับความวิตกกังวลได้อย่างมีเหตุผล จากการเรียน การค้นคว้า และประสบการณ์ที่ผ่านกระบวนการคิด เปรียบเทียบ เชื่อมโยง และผสมผสานกับประสบการณ์เดิมจนเกิดเป็นความเข้าใจ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ หรือใช้ในการแก้ปัญหาได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเซแมนและพิซิลโล (Seman & Picillo, 2023) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล โดยที่ผู้ป่วยที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากมีความวิตกกังวลน้อย ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิด โดยเฉพาะจากคนในครอบครัว ซึ่งเกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือในดำรงชีวิตมากที่สุด และที่สำคัญการให้การสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวในระยะเวลาการรอปลูกถ่ายไตมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีความพร้อมในการปลูกถ่ายไตจึงมีความวิตกกังวลน้อยลงสอดคล้องกับการศึกษาของ อามอนูและคณะ (Amonoo et al., 2021)

ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติพยาบาล เนื่องจากความรู้และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวลดังนั้นพยาบาลควรวางแผนการปฏิบัติเพื่อให้ความรู้และการสนับสนุนทางสังคมจะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีความพร้อมในการปลูกถ่ายไตจึงสามารถลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตให้น้อยลงได้

2. ด้านการศึกษาพยาบาล จากผลการวิจัยแสดงถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความวิตกกังวล ดังนั้นสามารถนำวิธีการ หรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการให้ความรู้แก่นักศึกษาพยาบาลหรือพยาบาลใหม่ศึกษาในการลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต

3. ด้านการวิจัยทางการพยาบาล สามารถนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลไปต่อยอดสร้างองค์ความรู้ในการหาปัจจัยทำนายและปัจจัยสาเหตุที่มีผลต่อความวิตกกังวลได้โดยตรง

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย ควรศึกษาตัวแปรอื่นที่มีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต เช่น ความเหนื่อยล้า ภาวะซึมเศร้า วิธีการเผชิญปัญหา และความเชื่อมั่นในความสามารถแห่งตนเป็นต้นและควรมีการเก็บข้อมูลผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไตในสถาบันอื่นทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อหาปัจจัยอื่นที่มีผลต่อความวิตกกังวลในผู้ป่วยรอปลูกถ่ายไต

References

- Abdullah, S., Abdullah, E. A., & Akinci, O. (2021). Anxiety and depression in patients waiting for a kidney transplantation. *Cerrahpaşa Medical Journal*, 45(3), 192-196.
- Amonoo, H. L., Johnson, P. C., Dhawale, T. M., Traeger, L., Ufere, N. N., DeFilipp, Z., Chen, Y.-B. A., El-Jawahri, A., Rice, J., Lavoie, M. W., Longley, R. M., Harnedy, L. E., Clay, M. A., & Topping, C. E. W. (2021). Sharing and caring: The impact of social support on quality of life and health outcomes in hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 127(8), 1260-1265. <https://doi.org/10.1002/cncr.33455>
- Gadia, P., Awasthi, A., Jain, S., & Koolwal, G. D. (2020). Depression and anxiety in patients of chronic kidney disease undergoing haemodialysis: A study from western Rajasthan. *Journal of Family Medicine And Primary Care*, 9(8), 4282-4286.
- Gerity, S. L., Silva, S. G., Reynolds, J. M., Hoffman, B., & Oermann, M. H. (2018). Multimedia education reduces anxiety in lung transplant patients. *Progress In Transplantation*, 28(1), 83-86.
- Goktas, S., Tosun, Y., Gezginci, E., Onuk, E., & Keğin, M. (2021). Preoperative educational package in cholecystectomy patients on anxiety and return to normal activity—A randomized controlled clinical trial. *Indian Journal of Surgery*, 84(Suppl 1), 139-146.
- Hanucharurnkul, S. (1988). *Social support, self-care and quality of life in cancer patients receiving radiotherapy in Thailand*. Doctoral Dissertation College of Nursing, Wayne State University, Detroit, MI.
- Hinkle, E., Wiersma, W., & Jurs, G. (1998). *Applied statistics for the behavioral sciences* (4th ed.), Boston: Houghton Mifflin.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Kim, J. W., Moon, S. J., Kim, H. J., & Lee, D. G. (2017). Relationship between chronic kidney disease and depression in elderly Koreans using the 2013 Korea National Health and Nutrition Examination Survey Data. *Korean Journal of Family Medicine*, 38(3), 156-162.
- Meng, Y., Wu, H., Niu, J., Zhang, Y., Qin, H., Huang, L., Zhang, X., Yu, L., Yu, H., Yan, T., & Zhao, J. (2022). Prevalence of depression and anxiety and their predictors among patients undergoing maintenance hemodialysis in Northern China: A cross-sectional study. *Renal Failure*, 44(1), 933-944. <https://doi.org/10.1080/0886022X.2022.2077761>

- Ozcan, Y., Basturk, M., Aslan, S., & Utas, C. (2000). Psychiatric morbidity and quality of life in patients with hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Annals of Medical Research*, 7(4), 333-337.
- Phuca W., Vongsirimas N., & Thanoi W. (2020). Factors correlated with psychological well-being in patients receiving hemodialysis. *Nursing Science Journal of Thailand*, 38(1), 73-85
- Sarhan, A. L., Jarareh, R. H., & Shraim, M. (2021). Quality of life for kidney transplant recipients and hemodialysis patients in palestine: A cross-sectional study. *BMC Nephrology*, 22(1), 1-7.
- Sawada, A., Hiragi, S., Tamura, H., Goto, R., Matsuyama, Y., Sakai, K., Miyata, H., Yanagita, M., Kuroda, T., Ogawa, O., & Kobayashi, T. (2021). Evaluation of the quality of life and health-related quality of life of patients with end-stage kidney disease resulting from kidney transplantation using the kidney disease quality of life-short form and euroQOL-5 dimension-5 level questionnaires. *Transplantation Proceedings*, 53(3), 881-884. <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2020.09.018>
- Schaefer, C., Coyne, J., & Lazarus, R., (1981). The health-related function of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406.
- Scheuermann, U., Babel, J., Weimann, A., Lyros, O., Semmling, K., Hau, H.-M., Seehofer, D., Rademacher, S., Sucher, R., & Pietsch, U.-C. (2022). Recipient obesity as a risk factor in kidney transplantation. *BMC Nephrology*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12882-022-02668-z>
- Seman, A., & Picillo, R. (2023). Waiting for a kidney transplant: Less anxiety, more longing. *Journal of Nephrology*, 36(3), 935-936.
- Silva, A. N., Moratelli, L., Costa, A. B., Carminatti, M., Bastos, M. G., Colugnati, F. A. B., Grincenkov, F. R. S., & Sanders-Pinheiro, H. (2014). Waiting for a kidney transplant: Association with anxiety and stress. *Transplantation Proceedings*, 46(6), 1695-1697.
- Spielberger D. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (STAI) Y: Self- evaluation questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Thai Transplantation Society. (2022). *Annual report of organ transplantation in Thailand*. Retrieved from <https://www.transplantthai.org/?page=annual-report-old>
- Thapinta, D. (1992). *Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS patients through cognitive restructuring and mindfulness training*. Doctoral Dissertation, Department of Nursing Administration, Graduate school, Chulalongkorn University. [In Thai]
- Temür, B. N., & Aksoy, N. (2023). Factors affecting anxiety of kidney transplant recipients according to donor type: a descriptive study. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 38(1), 118-126.
- Thai Redcross Organdonate Center. (2021). *Annual report 2021*. Retrieved from <https://www.organdonate.in.th/assets/files>
- Thojampaa S., & Mawn B. (2017). The moderating effect of social cognitive factors on self-management activities and HbA1c in Thai adults with type-2 diabetes. *International Journal of Nursing Sciences*, 4(1), 34-37. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352013216301430>

Transplant and Dialysis Unit. (2021). *Annual report 2021*. Chiang Mai: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (2nd ed.). New York: Harper and Row.

การพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง

ศศิธร เย็นแยม, พย.บ.¹ อรุณช ประดับทอง, พย.ม.^{2*} พุ่มพวง ทะเรรัมย์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 19 คน การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดถาวรแบบดัดแปลงตามแนวคิด 7 aspect of care ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพยาบาลไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และประเมินผล ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ

ผลการวิจัยพบว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง พบว่าผู้ป่วยทุกรายไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ได้แก่ Bleeding Hematoma Necrosis Infection คิดเป็นร้อยละ 100 (n = 19) สามารถยกแขนได้ ระหว่าง 170-180 องศา คิดเป็นร้อยละ 100 (n = 19) ส่วนภาวะ Seroma และ Lymphedema ส่วนใหญ่ ≤ 1.9 คิดเป็นร้อยละ 89.47 (n = 17) ระดับความวิตกกังวลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ความพึงพอใจภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.62, SD = 0.56) รายชื่อพบว่า พยาบาลให้คำแนะนำและวิธีการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม และคำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัดมีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.83, SD = 0.39, 0.38) ความพึงพอใจของพยาบาลในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.99, SD = 0.66) รายชื่อพบว่า ด้านประโยชน์ต่อหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61, SD = 0.50)

สรุป รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดถาวรแบบดัดแปลงตามแนวคิด 7 aspect of care สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลงได้ ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการเพิ่มคุณภาพในการพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: มะเร็งเต้านม ผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: oranute@bcbnsurin.ac.th

Development of a Nursing Care Model for Breast Cancer Patients Undergoing Modified Radical Mastectomy

Sasithorn Yenyam, B.N.S.¹, Oranute Pradubthong, M.N.S.^{2*}, Pumpung Tarerum, B.N.S.¹

Abstract

This research, centered on research and development, sought to create a nursing care model for the management of breast cancer patients undergoing Modified Radical Mastectomy (MRM). A purposive sampling method was employed, involving 19 female breast cancer patients who met the specified criteria. The research unfolded through key phases: 1) situation analysis, 2) development of the care model, 3) testing the care model in the sample group with subsequent evaluation, and 4) the implementation of the prototype of the care model.

Results indicated that, post the application of the nursing care model for breast cancer patients undergoing MRM, all 19 patients experienced no complications, achieved a range of arm movement between 70-180 degrees ($n = 19$), and reported seroma and lymphedema rates ≤ 1.9 out of 89.47 ($n = 17$), with normal anxiety levels also at 89.47 ($n = 17$). Patient satisfaction reached the highest average ($M = 4.62$, $SD = 0.56$), with nurse advice, pain management, and guidance on abnormal symptoms, along with the need for medication before appointments, receiving the highest average ratings ($M = 4.83$, $SD = 0.39$, 0.38). Nurse satisfaction was also high, averaging ($M = 3.99$, $SD = 0.66$), with the benefit for the office obtaining the highest average ($M = 4.61$, $SD = 0.50$).

In summary, the development of nursing care controls for breast cancer patients undergoing MRM proved effective in reducing the post-surgical complications. Hence, its application is recommended to enhance the quality of nursing care.

Key words: Breast Cancer, Modified Radical Mastectomy

¹ Nurse profession, Surin Hospital

² Lecturer, Boromarajonani college of nursing, Surin, Faculty of nursing, Praboromrajanok institute

* Corresponding author e-mail: oranute@bcnsurin.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเต้านมเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ในผู้หญิงทั่วโลก พบมากเป็นอันดับหนึ่งของสตรีไทย และ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ทั่วโลกประมาณ 2.3 ล้านคน เสียชีวิตราว 685,000 คนต่อปี (World Health Organization [WHO], 2565) ขณะที่สถานการณ์โรคมะเร็งของไทย จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2565 พบว่า หญิงไทย พบ เป็นมะเร็งเต้านม มากที่สุด จำนวน 38,559 ราย (Department of health, 2023) จากข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2560-2562 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมเสียชีวิตคิดเป็นอัตราตายต่อแสนประชากรเท่ากับ 12.6, 13.3 และ 13.9 ตามลำดับ (Public Health Statistic, 2019)

มะเร็งเต้านมเกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติบริเวณของท่อน้ำนมหรือต่อมน้ำนมที่มีการเจริญเติบโต เซลล์เหล่านี้มีการแบ่งตัวผิดปกติไม่สามารถควบคุมได้ จนอาจเกิดเป็นแผลแตกบริเวณผิวหนังเหนือก้อน หรือมีการกระจายไปตามต่อมน้ำเหลืองที่อวัยวะใกล้เคียง (Department of Surgery, Faculty Medicine, 2019) สาเหตุการเกิดมะเร็งเต้านมยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าสาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมนั้น คือ พันธุกรรม วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อความเสี่ยงในการเกิดมะเร็งเต้านม โดยเฉพาะปัจจัยทางพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคมะเร็งชนิดนี้ จากผลการศึกษาพบว่าผู้ที่มีญาติใกล้ชิด (มารดาหรือพี่น้อง) เป็นมะเร็งเต้านมจะเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมเป็นสองเท่าและความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้น ทำให้ป้องกันการเกิดโรคได้ยาก (American Cancer Society, 2019; Cancer National Health Institute, 2017)

การรักษามะเร็งเต้านมด้วยการผ่าตัดแบบ Modified Radical Mastectomy (MRM) เป็นการผ่าตัดเต้านมอย่างถอนรากแบบดัดแปลง และใช้เป็นแนวทางการผ่าตัดมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะที่ 1, 2, 3A อย่างไรก็ตามการผ่าตัดชนิดนี้ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อนที่ตามมา (Heisig et al., 2016) เช่น เลือดคั่งที่แผลผ่าตัด อาการชาที่แขนข้างที่ผ่าตัด การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด แขนอ่อนแรง ภาวะแขนบวม จำกัดการเคลื่อนไหวของแขนและข้อไหล่ อาการปวดแขนและข้อไหล่ (Engsirorat & Chaowchuen, 2021) นอกจากนี้ยังทำให้เกิดการจำกัดการเคลื่อนไหวของแขนและข้อไหล่ ทำให้เกิดภาวะข้อไหล่ติด กระทั่งต่อการทำหน้าที่ของแขนและไหล่ และก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อผู้ป่วยมาก อีกทั้งความสามารถในการใช้แขนข้างที่ทำผ่าตัดในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง อาการปวดที่มากขึ้น ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ลดลงนำไปสู่ปัญหาที่เรื้อรัง (Koponsilapa & Pongmasa, 2017) กระทั่งต่อด้านจิตใจมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้นและต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ (Cheng et al., 2016; Stagl et al., 2015)

จากภาวะแทรกซ้อนและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สามารถป้องกันได้โดยการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพทั้งระยะก่อนผ่าตัด ระยะหลังผ่าตัดและระยะจำหน่าย รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองและการปรับตัว ที่ถูกต้องทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและกลับบ้าน นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Kingkeaw, 2017) หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุรินทร์ ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมเพศหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 เป็นต้นมา พบว่า มีแนวโน้มของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เพิ่มขึ้นทั้งการวินิจฉัยโรค ในขณะเดียวกันภาวะแทรกซ้อนก็ยังคงมีอยู่หลังการผ่าตัด โดยพบว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ปี พ.ศ. 2561 พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 จำนวน 62 คน 47 คน และ 69 คนตามลำดับ และอัตราที่ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ตั้งแต่ ในปี พ.ศ. 2561 พ.ศ. 2562 และ พ.ศ. 2563 คิดเป็นร้อยละ 3.22, 2.12 และ 1.38 ตามลำดับ โดยพบแผลติดเชื้อ ในปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ 3.22 ปี พ.ศ. 2562 พบ Hematoma ร้อยละ 2.12 และ ปี พ.ศ. 2563 พบ Hematoma ร้อยละ 1.38 (Female Surgical Department, 2021) นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยกลับมารักษาแบบนอนโรงพยาบาล (Re-admission) ด้วยอาการไหล่ติด พบว่า ผู้ป่วยไม่ออกกำลังกายตามคำแนะนำ เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และมีปัญหาเกี่ยวกับสายระบายไม่ทำงานเนื่องจากขูดเต็ม การหลุด หรือสายระบายทำงาน ไม่มีประสิทธิภาพ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีอุปกรณ์ไม่พร้อมในการแก้ไขสายระบายเมื่อไม่ทำงาน ทำให้ผู้ป่วยต้องเดินทางมายังโรงพยาบาลอำเภอหรือโรงพยาบาลจังหวัด ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับการหายของแผล (Surin Hospital, 2021) จากปัญหาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่าที่ผ่านมา แม้จะมีการนำกระบวนการพยาบาล (Nursing process) มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแต่ยังพบปัญหาทางการพยาบาลในทุก ระยะ ดังนั้น เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ทั้งในระยะนอนโรงพยาบาลและกลับไปอยู่ที่บ้าน รวมทั้งการส่งเสริม พฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง เป็นสิ่งที่พยาบาลต้องพัฒนา ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ อย่างปลอดภัย สามารถอยู่ร่วมกันกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุข

จากที่กล่าวมาข้างต้น เพื่อให้การปฏิบัติการพยาบาลเกิดผลลัพธ์ที่ดี ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญการพัฒนารูปแบบ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง เพื่อให้เป็นมาตรฐานในการปฏิบัติ การพยาบาลอย่างมีคุณภาพ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

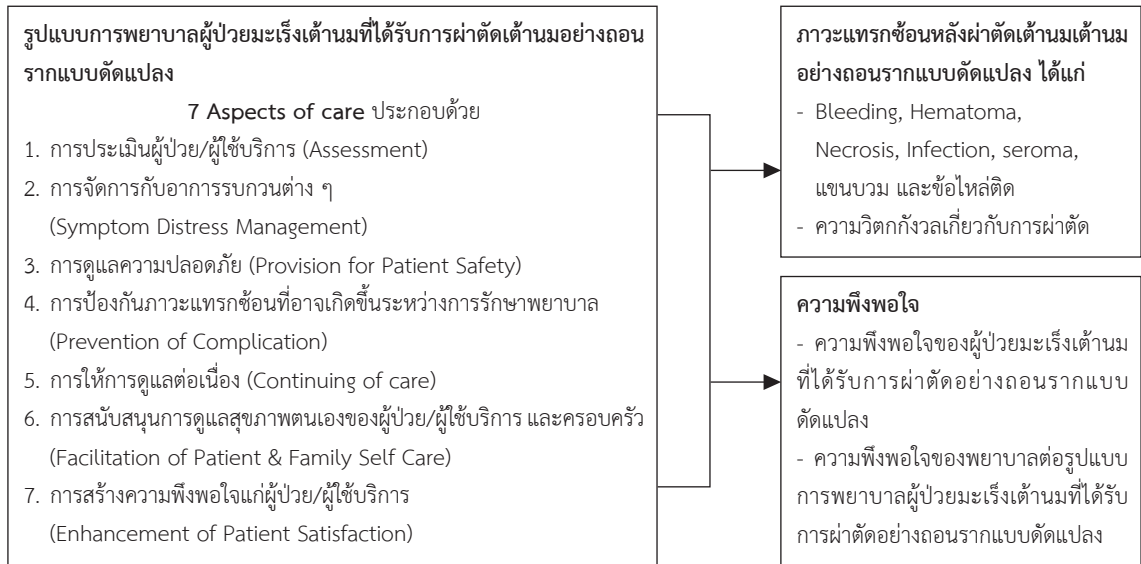
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมแบบดัดแปลง ของโรงพยาบาลสุรินทร์
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการพยาบาลหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง
3. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกหลังจากรูปแบบการพยาบาลหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลงไปใช้ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ได้แก่ Bleeding, Hematoma, Necrosis, Infection, seroma, แขนบวม และข้อไหล่ติด, ระดับความ วิตกกังวลต่อการผ่าตัดถาวรแบบดัดแปลง, ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดถาวรแบบดัดแปลง, ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ตามแนวคิด 7 aspect of care กองการพยาบาลกำหนด การดูแล 7 Aspects of care ขึ้นในปี 2544 สำหรับใช้เป็นแนวทาง ช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทางคลินิก หรือใช้เชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการ ปฏิบัติเพื่อให้การพยาบาลเป็นไปในแนวทางเดียวกันตามมาตรฐานวิชาชีพ ครอบคลุมการประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ อย่างถูกต้องครบถ้วน ทันท่วงทีรับไว้ในความดูแล การติดตามเฝ้าระวังและการประเมิน ปัญหาความต้องการอย่างต่อเนื่อง ตลอดการดูแลจนกระทั่งจำหน่าย โดยถูกนำมากำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัดพัฒนา คุณภาพการพยาบาล พัฒนาศักยภาพพยาบาล เพื่อตอบสนองกับปัญหาสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment)
2. การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management)
3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety)
4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจ เกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (Prevention of Complication)
5. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care)
6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว (Facilitation of Patient & Family Self Care)
7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction) (Nursing deviation, 2011) ซึ่งผู้วิจัยนำการดูแลแบบ 7 Aspects of care มาเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการ ผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ จนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทั้งนี้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดเต้านมอย่าง ถาวรแบบดัดแปลง ได้แก่ Bleeding, Hematoma, Necrosis, Infection, seroma, แขนบวม และข้อไหล่ติด และ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับการผ่าตัด รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบ

ดัดแปลง และความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลง โดยมีกรอบกระบวนการวิจัย ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุรินทร์ ดำเนินการระหว่าง เดือนเมษายน 2564 ถึง เดือน เมษายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลหรือทั้งสองวิธีร่วมกัน เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง ระหว่างเดือน เมษายน 2564 ถึง เดือน เมษายน 2565

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม โดย

1. กลุ่มผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมร่วมกับการตัดต่อมน้ำเหลืองบริเวณรักแร้ หรือผ่าตัดต่อมน้ำเหลืองเซนติเนลหรือทั้งสองวิธีร่วมกัน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1-3 เข้ารับการรักษาโดยวิธีการผ่าตัดในการผ่าตัดครั้งนี้ มีความสามารถในการอ่านเขียน ไม่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ การติดเชื้อ เลือดออก ปวดบวม ข้อไหล่ติด มาก่อน
2. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 16 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลสุรินทร์

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะของมะเร็ง ประวัติกรรมพันธุ์โรคมะเร็ง การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง
2. แบบสอบถามเพื่อการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ได้แก่

2.1 แบบประเมินการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านม

ที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบตัดแปลง โดยมีการประเมินว่าพบความผิดปกติหรือไม่ ได้แก่ เลือดออกผิดปกติ (Bleeding) โดยการสังเกต บันทึกสี และปริมาณสารคัดหลั่ง, เลือดหรือน้ำเหลืองคั่งใต้แผล (Hematoma), เนื้อตาย (Necrosis), การติดเชื้อ (Infection) โดยการประเมินบาดแผล ลักษณะสี, ของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (Seroma) โดยวัดความต่างของวงแขนทั้ง 2 ข้าง แบ่งออกเป็น ≥ 2 เซนติเมตร และ ≤ 1.9 เซนติเมตร, แขนบวมน้ำเหลือง (Lymphedema) โดยวัดความต่างของวงแขนทั้ง 2 ข้าง แบ่งออกเป็น ≥ 2 เซนติเมตร และ ≤ 1.9 เซนติเมตร และข้อไหล่ติด โดยใช้แบบวัด Tan scale เป็นการวัดองศาข้อไหล่ด้วยตนเอง (Thai Arthrometric Navigator Scale, TAN Scale) (National Cancer Institute, 2015) โดยแบ่งออกเป็น ยกได้ไม่สุดแขน 90-120 องศา ยกได้เกือบสุดแขน 121-150 องศา และยกได้สุดแขนและแขนชิดไหล่ 150-180 องศา

2.2 แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 14 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับ น้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาล ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 5 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนน 1-5 ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มีความพึงพอใจในระดับ น้อยที่สุด (1.00-1.49 คะแนน) ในระดับน้อย (1.50-2.49 คะแนน) ในระดับปานกลาง (2.50-3.49 คะแนน) ในระดับมาก (3.50-4.49 คะแนน) และในระดับมากที่สุด (4.50-5.00 คะแนน)

2.4 แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) (Lotrakul, 2001) มีจุดมุ่งหมายที่จะช่วยให้ผู้ดูแลรักษาเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกของผู้ป่วยในขณะเจ็บป่วยได้ดีขึ้น โดยอาการวิตกกังวล คิดคะแนนข้อที่ทั้งหมด 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13 รวมกัน การจัดระดับความวิตกกังวลแบ่งเป็น 3 ระดับ คะแนน 0-7 คะแนน เป็นกลุ่มที่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คะแนน 8-10 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวลหรืออาการซึมเศร้าสูง แต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (doubtful cases) คะแนนอยู่ 11-21 คะแนนเป็นกลุ่มที่มีอาการวิตกกังวล หรืออาการซึมเศร้าในขั้นที่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช (cases)

3. รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบตัดแปลง ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและใช้กรอบการดูแลตามแนวคิด 7 aspects of care (Nursing Division, 2001) ประกอบด้วย 1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment) 2. การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management) 3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) 4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษายาบาล (Prevention of Complication) 5. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) 6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว (Facilitation of Patient & Family Self Care) 7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction) จัดทำเป็น Clinical nursing pathway และจัดทำเป็น Flow CA Breast (ภาพที่ 2)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลซึ่งประกอบด้วย

1. การตรวจสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามเพื่อการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบตัดแปลง ได้แก่ แบบประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบตัดแปลง แบบประเมิน

ความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านศัลยกรรมจำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการผู้รับผิดชอบงานโรคมะเร็งเต้านมจำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา เมื่อได้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วหลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามคำแนะนำให้สมบูรณ์ชัดเจนยิ่งขึ้นก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ค่า CVI = 1,0,8,1

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามแบบสอบถามเพื่อการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลจากการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบดัดแปลง ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาล แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ที่ได้จากการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัด จำนวน 10 คน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้วนำมาวิเคราะห์เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ได้แก่ แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับผู้ป่วย แบบประเมินความพึงพอใจสำหรับพยาบาล แบบสอบถาม Hospital Anxiety and Depression Scale ฉบับภาษาไทย (Thai HADS) ได้ค่า 0.82, 0.86, 0.94

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลสุรินทร์ เลขที่ 34/2564 ลงวันที่ 26 เดือน เมษายน พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 25 เดือน เมษายน พ.ศ. 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการได้รับอนุมัติจริยธรรมทางการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลดังนี้

ดำเนินการการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ประกอบด้วยการดำเนินงาน 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลง ระยะที่ 3 นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลงที่สมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น และประเมินผล ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ และเผยแพร่ ผู้วิจัยประเมินประสิทธิผล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ (เมษายน 2564 - พฤษภาคม 2564) ดำเนินการศึกษาปัญหาและสถานการณ์การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดถาวรแบบดัดแปลง โดยใช้การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดมะเร็งเต้านมย้อนหลัง ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ เวชระเบียนผู้ป่วยในที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไป และจำหน่ายในเดือนมกราคมถึงเดือนกันยายน 2563 ทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง แนวคิดการดูแล 7 aspect ที่ผ่านมามาเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการพัฒนา และดำเนินการสนทนากลุ่มระหว่างที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยสาขาศัลยกรรมทั่วไปประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพพร้อมทั้งสิ้น 15 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดถาวรแบบดัดแปลง โดยดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้ (มิถุนายน 2564 - กรกฎาคม 2564)

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ โดยศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยศัลยกรรม พิจารณาร่วมกับทีมพยาบาลประจำหอผู้ป่วย พบประเด็นที่ต้องพัฒนา คือ การขาดความรู้เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลงและแนวปฏิบัติในการพยาบาลผู้ป่วยไม่เป็นปัจจุบัน โดยพบว่าการเฝ้าระวังและการติดตามภาวะแทรกซ้อนไม่ครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 ประชุมระดมสมอง ในหน่วยงานเพื่อจัดทำร่างรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดถาวรแบบดัดแปลง

ขั้นตอนที่ 3 ทบทวนวรรณกรรม โดยสืบค้นจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ

การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลง ประเมินคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ จัดระดับความน่าเชื่อถือ (level of evidence) รวมทั้งนำข้อเสนอแนะสู่การปฏิบัติ (grades of recommendation)

ขั้นตอนที่ 4 ผู้วิจัยและทีมร่วมสนทนากลุ่มงานศัลยกรรมทั่วไป และจัดอบรมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ พัฒนาความรู้การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยระยะที่ 3

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลง และทดลองใช้รูปแบบการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง 5 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาปรับปรุงแก้ไขให้มีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริงระยะที่ 4 ตามแผนการดูแล (ภาพที่ 2 FLOW รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาคาร 9/2 โรงพยาบาลสุรินทร์)

ขั้นตอนที่ 6 ประเมินผลการนำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลง ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้ให้บริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อรูปแบบการพยาบาล ประเมิน ความรู้ ความคิดเห็นของพยาบาลต่อการใช้รูปแบบการพยาบาล และการปฏิบัติตามรูปแบบการพยาบาลของพยาบาล วิชาชีพหลังใช้รูปแบบแก่ผู้รับบริการ ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ดูแลและภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วย

ระยะที่ 3 นำรูปแบบสมบูรณ์ไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้น จำนวน 19 ราย และประเมินผล (กรกฎาคม 2564 - มกราคม 2565) ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดมะเร็งเต้านมแบบ MRM ความพึงพอใจของผู้ป่วยและพยาบาล และปรับปรุงรูปแบบฯ และจะมีการทำอย่างต่อเนื่อง จนกว่าผู้วิจัยจะมั่นใจได้ว่าสามารถนำต้นแบบที่สมบูรณ์นั้นไปใช้กับ กลุ่มเป้าหมายและสามารถแก้ปัญหาได้อย่างครบถ้วน

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของต้นแบบ (กุมภาพันธ์ - เมษายน 2565) ผู้วิจัยประชุมทีมสรุปต้นแบบรูปแบบ การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดถาวรแบบ และเผยแพร่ต่อคณะกรรมการกลุ่มการพยาบาลและ เผยแพร่การวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ระยะของมะเร็ง ประวัติกรรมพันธุโรคมะเร็ง การเจ็บป่วยโรคเรื้อรัง โดยใช้ ค่าความถี่ และ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดอย่างถาวรแบบดัดแปลง ได้แก่ การเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น Bleeding, Hematoma, Necrosis, Infection, seroma, แขนบวม และข้อไหล่ติด โดยใช้ค่าความถี่ และ ร้อยละ
3. วิเคราะห์ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยแบ่งออกเป็นระดับความวิตกกังวล และหาค่าความถี่ ร้อยละ ในแต่ละระดับ
4. วิเคราะห์ความพึงพอใจของผู้ป่วย โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
5. วิเคราะห์ความพึงพอใจของพยาบาล โดยใช้ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 100 (n = 19) อายุ ระหว่าง 50-59 ปี คิดเป็น ร้อยละ 84.21 (n = 16) รองลงมาคือ 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 10.52 (n = 2) และ 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 5.26 (n = 1) สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 89.47 (n = 17) รองลงมาคือ คู่ คิดเป็นร้อยละ 10.53 (n = 2) นับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100 (n = 19) ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 84.21 (n = 16) รองลงมาคือ รับจ้าง ทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 10.53 (n = 2) และรับราชการ คิดเป็นร้อยละ 5.26 (n = 1) รายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่ ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 36.84 (n = 7) รองลงมาคือ 5,000 - 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 52.63 (n = 10) และ

10,001 - 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 10.53 (n = 2) การศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ จบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 68.42 (n = 13) รองลงมาคือ มัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 21.05 (n=4) และ ปริญญาตรีหรือสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 10.53 (n = 2) สิทธิการรักษา ส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 84.21 (n = 16) รองลงมาคือสวัสดิการข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ คิดเป็นร้อยละ 10.53 (n = 2) และประกันสังคม คิดเป็นร้อยละ 5.26 (n = 1) ระยะของโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็น ระยะที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 42.11 (n = 8) รองลงมา คือ ระยะที่ 1 คิดเป็นร้อยละ 36.84 (n = 7) และระยะที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 21.05 (n = 4) ประวัติการผ่าตัดมะเร็ง ส่วนใหญ่ ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 78.95 (n = 15) และมี คิดเป็นร้อยละ 21.05 (n = 4) และการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่วนใหญ่ ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 78.95 (n = 15) และมี คิดเป็นร้อยละ 21.05 (n = 4)

ตารางที่ 1 แสดงการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง (n = 19)

ชนิดของภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด	จำนวนและร้อยละของการพบภาวะแทรกซ้อน
เลือดออกผิดปกติ (Bleeding)	ไม่พบ
เลือดหรือน้ำเหลืองคั่งใต้แผล (Hematoma)	ไม่พบ
เนื้อตาย (Necrosis)	ไม่พบ
การติดเชื้อ (Infection)	ไม่พบ
ข้อไหล่ติด (ความสามารถในการยกแขนข้างที่ผ่าตัด: Tan scale)	
ยกได้ไม่สุดแขน 90-120 องศา	ไม่พบ
ยกได้เกือบสุดแขน 121-150 องศา	ไม่พบ
ยกได้สุดแขนและแขนชิดใบหู 150-180 องศา	100 (n = 19)
ของเหลวคั่งใต้แผลผ่าตัด (Seroma)	
ความต่างของวงแขนทั้ง 2 ข้าง	
≥ 2 เซนติเมตร	10.53 (n = 2)
≤ 1.9 เซนติเมตร	89.47 (n = 17)
แขนบวม น้ำเหลือง (Lymphedema)	
ความต่างของวงแขนทั้ง 2 ข้าง	
≥ 2 เซนติเมตร	10.53 (n = 2)
≤ 1.9 เซนติเมตร	89.47 (n = 17)

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ผู้ป่วยทุกรายไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ได้แก่ Bleeding Hematoma Necrosis Infection คิดเป็นร้อยละ 100 ข้อไหล่ติด จากการประเมินความสามารถในการยกแขนข้างที่ผ่าตัด ด้วย Tan scale พบว่าสามารถยกแขนได้ ระหว่าง 170-180 องศา คิดเป็นร้อยละ 89.47 (n = 17) และภาวะ seroma และ Lymphedema ส่วนใหญ่ ≤ 1.9 แสดงถึงการไม่พบภาวะของเหลวคั่งใต้แผลและแขนไม่บวม น้ำเหลือง คิดเป็นร้อยละ 89.47 (n = 17)

ตารางที่ 2 แสดงระดับความวิตกกังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง (n = 19)

ระดับความวิตกกังวล	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วย
กลุ่มไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช (0-7 คะแนน)	89.47 (n = 17)
กลุ่มที่มีอาการความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน (8-10 คะแนน)	5.26 (n = 1)
กลุ่มที่มีอาการความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าสูงเป็นขั้นมีความผิดปกติทางจิตเวช (11-21 คะแนน)	5.26 (n = 1)

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นว่า ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ส่วนใหญ่ไม่มีความผิดปกติทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 89.47 (n = 17) รองลงมาพบกลุ่มที่มีอาการความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าสูงแต่ยังไม่ผิดปกติชัดเจน กลุ่มที่มีอาการความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้าสูงเป็นขั้นมีความผิดปกติทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 5.26 (n = 1)

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง (n = 19)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
1. การให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม โดยใช้แผ่นพับ สื่อวิดีโอ	4.22	.88	ระดับมาก
2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการเตรียมตัวผ่าตัด	4.56	.51	ระดับมาก
3. พยาบาลมีความรู้ ทักษะ รวดเร็วในการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาหรือต้องการความช่วยเหลือ	4.50	.71	ระดับมาก
4. พยาบาลให้การดูแลบรรเทาความเจ็บปวด	4.44	.71	ระดับมาก
5. พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลแผลผ่าตัด	4.67	.49	ระดับมากที่สุด
6. พยาบาลดูแลเอาใจใส่อย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ	4.78	.43	ระดับมากที่สุด
7. ท่านมีโอกาสพูดคุยแสดงความรู้สึกหรือความกังวลใจกับพยาบาล	4.39	.78	ระดับมาก
8. คำแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันภาวะแทรกซ้อน	4.44	.71	ระดับมาก
9. คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารการป้องกันข้อไหล่ติด	4.78	.43	ระดับมากที่สุด
10. คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลขดระบาย	4.78	.43	ระดับมากที่สุด
11. พยาบาลให้คำแนะนำและวิธีการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม	4.83	.39	ระดับมากที่สุด
10. คำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน	4.78	.43	ระดับมากที่สุด
11. คำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด	4.83	.38	ระดับมากที่สุด
12. คุณภาพการบริการพยาบาลในภาพรวม	4.67	.49	ระดับมากที่สุด
ระดับความพึงพอใจในภาพรวม	4.62	0.56	ระดับมากที่สุด

จากตารางที่ 3 ความพึงพอใจของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลงพบว่า ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.62, SD = 0.56) สำหรับรายข้อ พบว่า พยาบาลให้คำแนะนำและวิธีการจัดการความปวดได้อย่างเหมาะสม และคำแนะนำเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้องมาก่อนนัด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

(Mean = 4.83, SD = 0.39, Mean = 4.83, SD = 0.38) รองลงมา คือ พยาบาลดูแลเอาใจใส่อย่างมีน้ำใจและให้กำลังใจ คำแนะนำเกี่ยวกับการบริหารการป้องกันข้อไหล่ติด และคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลขอระบาย (Mean = 4.78, SD = 0.43) และ พยาบาลให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผ่าตัด (Mean = 4.67, SD = 0.49) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง (n = 16)

ความพึงพอใจ	Mean	SD	ระดับ
1. ความสามารถความเข้าใจในการนำไปปฏิบัติได้	4.17	.62	ระดับมาก
2. ความสะดวกในการนำไปใช้	3.83	.71	ระดับมาก
3. ความง่าย	3.61	.70	ระดับมาก
4. ประโยชน์ต่อหน่วยงาน	4.61	.50	ระดับมากที่สุด
5. ความประหยัด	3.72	.75	ระดับมาก
ภาพรวม	3.99	0.66	ระดับมาก

จากตารางที่ 4 ความพึงพอใจของพยาบาลที่ใช้รูปแบบการพยาบาลฯ ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 100 (16 คน) ประสบการณ์การทำงาน ส่วนใหญ่ 10-15 ปี คิดเป็นร้อยละ 62.5 (10 คน) รองลงมา คือ 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.5 (6 คน) และประสบการณ์ในการอบรม/ประชุม ส่วนใหญ่ เคยประชุมอบรม คิดเป็นร้อยละ 62.5 (10 คน) รองลงมาคือ ไม่เคย คิดเป็นร้อยละ 37.5 (6 คน)

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.99, SD = 0.66) เมื่อพิจารณารายข้อ ด้านประโยชน์ต่อหน่วยงาน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.61, SD = 0.50) รองลงมา คือ ความสามารถความเข้าใจในการนำไปปฏิบัติได้ ในระดับมาก (Mean = 4.17, SD = 0.62) และความสะดวกในการนำไปใช้ ในระดับมาก (Mean = 3.83, SD = 0.71) ตามลำดับ

การอภิปรายผล

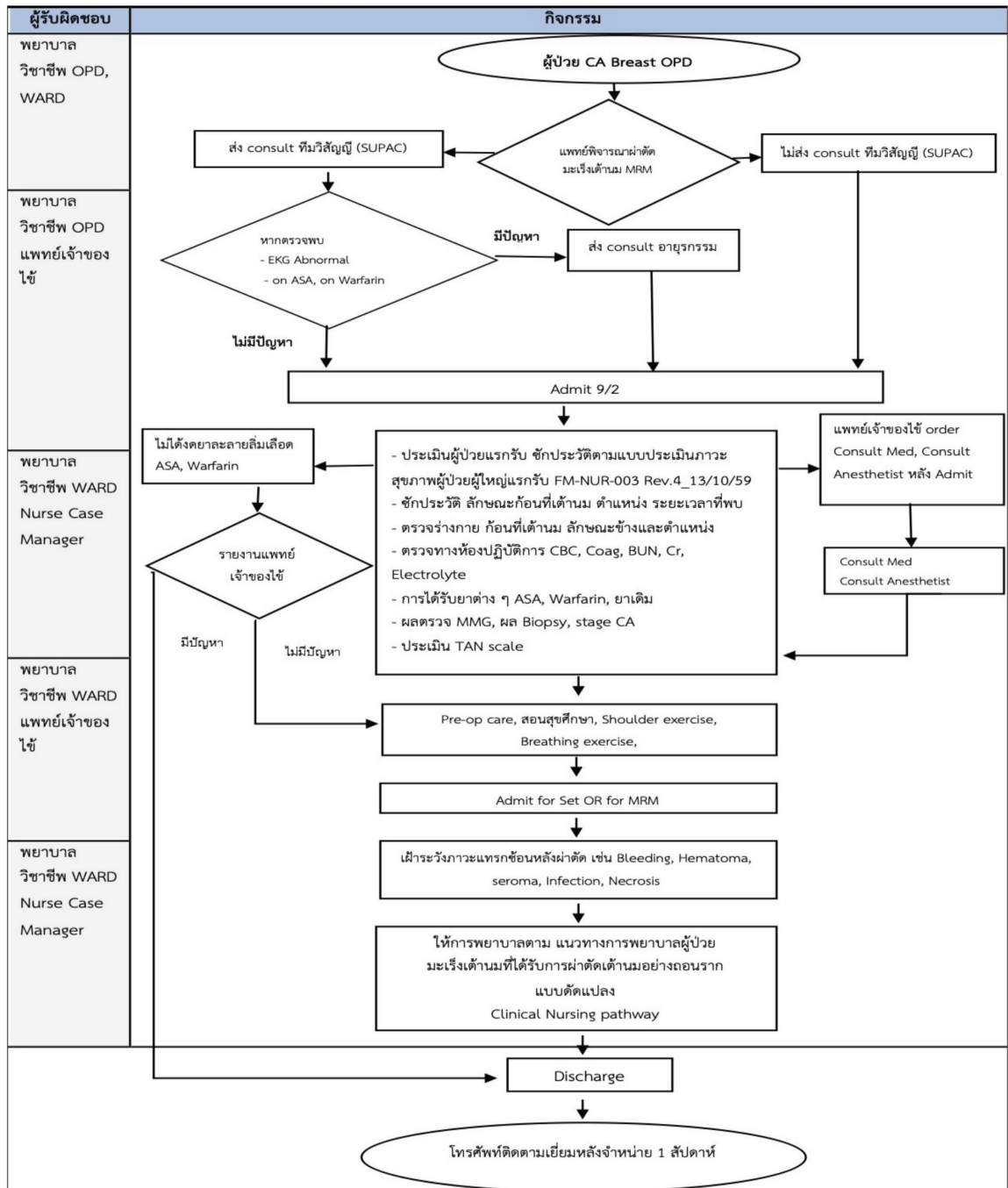
จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า ภายหลังจากการพัฒนารูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง โดยใช้แนวคิด 7 aspect of care พบว่า ผู้ป่วยทุกรายไม่พบภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง ทั้ง Bleeding Hematoma Necrosis Infection สามารถยกแขนได้ ระหว่าง 170-180 องศา ส่วนภาวะ Seroma และ Lymphedema อยู่ในเกณฑ์ปกติ ระดับความวิตกกังวลอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผู้ป่วยมีความพึงพอใจ และพยาบาลเห็นประโยชน์ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน

จากผลการวิจัย สะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมแบบดัดแปลงพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องนำมาสังเคราะห์และพัฒนาภายใต้กรอบแนวคิด 7 aspects of care สามารถลดภาวะแทรกซ้อนหลังการทำการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง สามารถยกแขนได้ สามารถอภิปรายได้ว่ารูปแบบการพยาบาลเป็นการจัดทำให้เป็น Clinical nursing pathway และจัดทำเป็นรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลงหอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาคาร 9/2 โรงพยาบาลสุรินทร์ ตั้งแต่แรกเริ่ม ก่อนผ่าตัด นอนโรงพยาบาล วันที่ 1 (วันก่อนการผ่าตัด) วันที่ 2- 3 (วันผ่าตัดและหลังผ่าตัดวันที่ 1) Day 4 (หลังผ่าตัดวันที่ 2 และวันก่อนการจำหน่าย) วันที่ 5 จนกระทั่งจำหน่าย มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบด้วยการทำ care

map การพยาบาล และมีรายละเอียดของการพยาบาลในแต่ละครั้งซึ่งทำให้การพยาบาลนั้นมีมาตรฐานยิ่งขึ้น โดยในแนวปฏิบัตินั้น ประกอบด้วย 1. การประเมินผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Assessment) ประกอบด้วย การประเมินสภาพแรกพบ ประเมินสภาพก่อนผ่าตัด โดยจะซักประวัติตามแบบประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยผู้ใหญ่แรกพบ และหลังผ่าตัดทุกวันจนกว่าจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยหลังผ่าตัดนั้นนอกจากการให้การพยาบาลตามมาตรฐานแล้วยังมีการประเมินภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด Bleeding, Hematoma, Necrosis, Infection, Seroma, แขนบวม และข้อไหล่ติดด้วย TAN scale 180 ประเมินการทำงานของท่อน้ำนม สีของสารคัดหลั่ง ประเมินความปวด โดยใช้ Pain Scale 2. การจัดการกับอาการรบกวนต่าง ๆ (Symptom Distress Management) ก่อนผ่าตัดประเมินความปวด โดยใช้ Pain Scale หลังผ่าตัดประเมินความวิตกกังวล (Thai HADS) การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ หลังผ่าตัดนอกจากการประเมินความปวดแล้วยังมีการสอนและสาธิตการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยา การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เทคนิคการเบี่ยงเบนความสนใจในรูปแบบต่าง ๆ เช่น อ่านหนังสือ ฟังเพลง เพื่อนคุยเพื่อน เป็นต้น การจัดทำนอนยกแขนข้างที่ผ่าตัดสูงกว่าระดับหัวใจ ร่วมกับใช้หมอนรองแขน ระวังไม่ให้สายระบายดิ่งรั้ง แนะนำผู้ป่วยประคบแผลด้วยมือและหมอนขณะที่ยังผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาแก้ปวด ประเมินความง่วง (Sedative Score) ประเมินระดับความปวดซ้ำ หลังให้การพยาบาล ประเมินสัญญาณชีพ การเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ (BIS) และการประเมินความวิตกกังวล (Thai HADS) กรณีที่พบความผิดปกติทางจิตใจพยาบาลจะให้การดูแลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ 3. การดูแลความปลอดภัย (Provision for Patient Safety) มีการประเมินการพลัดตกหกล้ม 4. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการรักษาพยาบาล (Prevention of Complication) โดยประกอบด้วย Bleeding, Hematoma, Necrosis, Infection, Seroma, แขนบวม และข้อไหล่ติด 5. การให้การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care) เป็นการให้คำแนะนำปรึกษาการดูแลตนเองหลังผ่าตัดและการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด จัดทำนอนยกแขนข้างที่ผ่าตัดสูงกว่าระดับหัวใจ 6. การสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และครอบครัว (Facilitation of Patient & Family Self Care) ประเมินความรู้/ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว ให้การสนับสนุนครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลและวางแผนจำหน่าย ใช้รูปแบบ D M-E-T-H-O-D 7. การสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ (Enhancement of Patient Satisfaction) มีการประเมินความพึงพอใจจากผู้รับบริการเพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนา

จากผลการวิจัย การดูแลแบบ 7 ASPECTS OF CARE เพิ่มเติมจากกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพทั่วไป ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง มีคุณภาพ ผู้ป่วยปลอดภัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้เนื่องจากการปฏิบัติพยาบาลมีแบบแผนมาตรฐาน ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม การพยาบาลเฉพาะทาง ไปจนถึงการดูแลต่อเนื่อง โดยแนวปฏิบัติทำให้เกิดการควบคุมกำกับตนเองของพยาบาลในการให้พยาบาลเพื่อให้ได้คุณภาพสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การเกิดภาวะแทรกซ้อน จำนวนวันนอนโรงพยาบาล และการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 28 วัน ภายหลังการใช้ระบบการดูแลแบบ 7 ASPECTS OF CARE ในผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเนื้องอกมดลูก หอผู้ป่วยนรีเวชกรรม โรงพยาบาลเสียงทรายประจักษ์ (Kasemsuk, Kunjeena & Siribut, 2019) โดยพบว่า การใช้ 7 Aspects of care ร่วมกับกระบวนการพยาบาล ช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลได้ และมีแนวโน้มว่ามีการเกิดแผลติดเชื้อ แผลแยก การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ และการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลลดลง ดังนั้นควรใช้ 7 Aspects of care ร่วมกับกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเนื้องอกมดลูกที่ได้รับการผ่าตัดแบบเปิดหน้าท้องทุกราย และใช้เป็นแนวทางในการนิเทศติดตามของหัวหน้างาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Srisaang et al. (2020) ที่พัฒนาคุณภาพการพยาบาลโดยใช้ 7 Aspects of care ในการดูแลผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ Septic Shock ซึ่งจากการประเมินผลพบว่า การใช้ 7 Aspects of care ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ที่มีภาวะ Septic Shock ทำให้พยาบาลประเมินผู้ป่วยได้ถูกต้อง รวดเร็ว ลดอุบัติการณ์ Delay assessment และลดอัตราการตายในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะ Septic Shock ได้

จะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลงตามระบบการดูแลแบบ 7 Aspects of care จะเป็นแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานการพยาบาลและมีความปลอดภัยทั้งร่างกายและจิตใจ



ภาพที่ 2 FLOW รูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง
หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง อาคาร 9/2 โรงพยาบาลสุรินทร์

ข้อเสนอแนะ/ข้อเสนอแนะการนำวิจัยไปใช้

ศึกษาวิจัยแบบการทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองเพื่อหาประสิทธิผลของรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลง

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

นำรูปแบบการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมอย่างถาวรแบบดัดแปลงไปประยุกต์ใช้ในหอผู้ป่วยเพื่อพัฒนาคุณภาพทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

References

- American Cancer Society. (2017). *Breast cancer: Lifestyle related for breast cancer*. Retrieved from <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/lifestyle-related-breast-cancer-risk-factors.html>12
- Cancer National Health Institute. (2017). *The screen diagnosis and treatment of CA breast*. Nonthaburi: Department of Medicine, Ministry of public health.
- Cheng, K.K.F., Devi R.D., Wong, W.H., Koh, C. (2014). Perceived symptoms and the supportive care needs of breast cancer survivors six months to five years post-treatment period. *Europe Journal of Oncology Nursing*, 18, 3-9.
- Department of Health. (2023). *Health literacy and health communication office*. Retrieved from <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/140366/>
- Department of Surgery, Faculty of Medicine. (2019). *CA Breast*. Retrieved from <https://www.si.mahidol.ac.th/Th/healthdetail.asp?aid=1418>
- Engsirorat, T., & Chaowchuen, S. (2021). Risk factors influencing seroma formation after modified Radical Mastectomy. *Srinakarin Medical Journal*, 36 (4), 382-388.
- Female Surgery Department. (2021). *Surgery care report*. Surin: Surin hospital.
- Heisig, S. R., Shedden-Mora, M. C., Von Blanckenburg, P., Rief, W., Witzel, I., Albert, U. S., & Nestoriuc, Y. (2016). What do women with breast cancer expect from their treatment? Correlates of negative treatment expectations about endocrine therapy. *Psycho-oncology*, 25(12), 1485-1492. Retrieved from <https://doi.org/10.1002/pon.4089>
- Kasemsuk, S., Kunjeena, V., & Siribut, D. (2019). The results of complications, length of stay, re-admission within 28 days after discharge Chiangrai Prachanukroh hospital. *Chiangrai Medical Journal*, 11(2), 85-91.
- Kingkeaw, J. (2017). CA Breast patient with surgery nursing care. *Journal of CA Breast*, 37(4),163-170.
- Kopoonsilapa, S., & Pongmasa, T. (2017). The quality of women with CA Breast during received chemical treatment Fluorouracil, Doxorubicin and Cyclophosphamide (FAC). *Journal of Health Science and Medical Research*, 35(4), 378-384.
- Lotrakul, M. (2001). *Mental health care manual for psychiatrist*. Retrieved from <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Psychiatric%20assessment%20tools.PDF>

- National Cancer Institute. (2015). *TAN Scale (Thai Arthrometric Navigator Scale)*. Retrieved from <http://emis.dms.go.th/assets/upload/store/3.pdf>
- National Comprehensive Cancer Network. (2015). *NCCN Clinical practice guidelines in oncology: Breast cancer screening and diagnosis*. Retrieved from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast-screening.pdf
- Nursing Division. (2011). *Hospital accreditation*. Bangkok: Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health.
- Public Health Statistic. (2019). *The statistic of CA Breast*. Nonthaburi: Ministry of public health.
- Srisaang, K. et al. (2020). *The development of nursing care for pediatric with septic shock using seven aspects of care*. The meeting of New Normal SHOW & SHARE at Laithong hotel Ubonrachatani province. North east Nursing council.
- Stagl, J. M., Lechner, S. C., Carver, C. S., Bouchard, L. C., Gudenkauf, L. M., Jutagir, D. R., Diaz, A., Yu, Q., Blomberg, B. B., Ironson, G., Glück, S., & Antoni, M. H. (2015). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral stress management in breast cancer: Survival and recurrence at 11-year follow-up. *Breast Cancer Research and Treatment*, 154(2), 319-328. doi.org/10.1007/s10549-015-3626-6

ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุต่อความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

ณิชา สอาดจิตต์, พย.บ.^{1*} สกาวเดือน เนตรทิพย์, พ.บ.² ณัฐธรา อานนท์, พย.บ.¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ชนิดสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนหลังและเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุตำบลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 94 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 47 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่า 0.75 ค่าความเชื่อมั่นแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ 0.85 และแบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขภาพ 0.79 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติอ้างอิง Chi-square test และ Fisher's exact test ส่วนคะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบผลก่อนหลังทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 13.78, p < .001$) มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.13, p < .001$) ผลการวิจัยเสนอแนะว่าควรมีการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และมีการนำโปรแกรมไปพัฒนาต่อหรือปรับใช้ในพื้นที่อื่น ๆ

คำสำคัญ: โปรแกรมการเตรียมความพร้อม ก่อนวัยผู้สูงอายุ ความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลวังเหนือ อำเภอวังเหนือ จังหวัดลำปาง

² นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลงาว อำเภองาว จังหวัดลำปาง

* ผู้เขียนหลัก e-mail: vassana44@gmail.com

Effects of Pre-Aging Preparation Program on Health-related Knowledge and Health Behaviors of Pre-Aging Persons in Wangnuea Subdistrict, Wangnuea District, Lampang Province

Nitcha Sa-ardjit, B.N.S.^{1*}, Sakawduen Naettip, MD.², Nutrada Arnon, B.N.S.¹

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate the effects of a pre-aging preparation program on the health-related knowledge and health behaviors of pre-aging individuals in Wangnuea Subdistrict, Wangnuea District, Lampang Province. Ninety-four pre-aging individuals were systematically and randomly sampled, with 47 participants assigned to the experimental group receiving regular health advice, and 47 to the control group participating in the pre-aging preparation program. Research instruments included a demographic questionnaire, a health-related knowledge test, and a health behavior questionnaire. The Index of Item Objective Congruence for each instrument was 0.75, and the reliability values for health-related knowledge and health behavior questionnaires were 0.85 and 0.79, respectively. Descriptive statistics were employed for general data analysis, and comparisons between the experimental and control groups were conducted using the Chi-square test and Fisher's exact test. Independent t-tests were used to compare mean scores of knowledges and self-care behavior between the two groups, while paired t-tests were utilized to analyze scores before and after the experiment.

The results demonstrated that upon program completion, the experimental group exhibited higher average scores in knowledge and self-care behaviors compared to the control group. Notably, the experimental group had significantly higher average scores for knowledge ($t = 13.78, p < 0.001$) and self-care behaviors ($t = 8.13, p < 0.001$) than the control group. These findings underscore the importance of continuous preparation for advanced age among pre-aging individuals, advocating for the development and application of pre-aging preparation programs in various community settings.

Key words: Pre-aging Preparation Program, Knowledge, Self-care behavior

¹ Registered Nurse, Professional, Wangnua Hospital Lampang province

² Medical doctor, Professional, Ngao Hospital Lampang province

* Corresponding author e-mail: vassana44@gmail.com

ความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นจำนวนถึง 1,082 ล้านคน หรือร้อยละ 14 ของประชากรโลกทั้งหมด เกือบทุกทวีปเข้าสู่สังคมสูงวัยเรียบร้อยแล้ว ยกเว้น แอฟริกา ที่ยังมีประชากรไม่ถึงเกณฑ์ ทวีปเอเชียมีผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก รองลงมาเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในทวีปยุโรป คือ 586 ล้านคน (ร้อยละ 13) และ 189 ล้านคน (ร้อยละ 19) ตามลำดับ ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุด ได้แก่ ญี่ปุ่น (ร้อยละ 35) รองลงมา ได้แก่ อิตาลี (ร้อยละ 30) และโปรตุเกส (ร้อยละ 30) ซึ่งประชากรรวมทุกกลุ่มอายุของโลกกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่ช้าลง ในขณะที่ประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่สูงมากในอดีตที่ผ่านมา ในปี ค.ศ. 1990 โลกของเรามีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เพียงร้อยละ 9 สัดส่วนของประชากรสูงอายุได้เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เป็นร้อยละ 11 ในปี ค.ศ. 2010 และเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 13 ในปี ค.ศ. 2019 สหประชาชาติได้คาดการณ์ว่า ในปี ค.ศ. 2040 ประชากรโลกจะมีจำนวน 9,200 ล้านคน และจะมีประชากรสูงอายุเป็นจำนวน 1,738 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรโลกทั้งหมด หรือกล่าวได้ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า 1 ใน 5 ของประชากรโลกจะเป็นผู้สูงอายุ ในระยะเวลา 10 ปี ระหว่างปี ค.ศ. 1990-2020 สหประชาชาติคาดการณ์ว่า ผู้สูงอายุวัยปลายจะมีจำนวน 146 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.9 ของประชากรทั้งหมด อีก 20 ปีข้างหน้า ในปี ค.ศ. 2040 ผู้สูงอายุวัยปลายจะมีจำนวน 305 ล้านคน หรือคิดเป็น ร้อยละ 3.3 ของประชากรทั้งหมด (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI], 2022)

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ (Aging Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติที่กำหนดสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากร ซึ่งจะเข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (Complete Aging Society) เมื่อมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 และเข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด (Super - Aging Society) เมื่อมีสัดส่วนของประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ตามลำดับ สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยต่อจำนวนประชากรไทยทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2564 จำนวน 12.5 ล้านคน (ร้อยละ 18.80) และคาดว่าจะอีก 20 ปีข้างหน้าจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 20.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 31.4 ของจำนวนประชากรไทยทั่วประเทศ (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI], 2022) จากสถิติการเกิดของกระทรวงมหาดไทย จำนวนเกิดในประเทศไทยได้ลดลงอย่างต่อเนื่อง จากที่เคยเกิดเกินกว่าหนึ่งล้านคนต่อปี สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว เนื่องมาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ ดังนี้ (1) การลดลง ในช่วงระหว่างปี 2506-2526 (เรียกว่า “ประชากรรุ่นเกิดล้าน”) เหลือการเกิดเพียง 5 แสน 8 หมื่นคน ในปี 2563 และยังมีแนวโน้มว่าจำนวนเกิดในแต่ละปีของประเทศไทยจะลดลงไปอีกเมื่อ 50 ปี ก่อน อายุคาดเฉลี่ยของเพศชายประมาณ 55 ปี เพศหญิงประมาณ 62 ปี แต่ปัจจุบันอายุคาดเฉลี่ย ได้เพิ่มสูงขึ้นเป็น 77 ปี โดยเพศชายประมาณ 73.5 ปี เพศหญิง ประมาณ 80.5 ปี (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI], 2022)

การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) สำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ โภชนาการดี การเคลื่อนไหวดี สุขภาพช่องปากดี สมอติ มีความสุขและสิ่งแวดล้อมดี โดยมีการให้ความรู้ ฝึกทักษะ ฝึกการปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเรื่องของการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการดูแลด้านสุขภาพจิต (Bureau of Elderly Health , 2022) ซึ่งแนวทางการส่งเสริมสุขภาพดังกล่าว สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมด้านสุขภาพในการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุได้เช่นกัน

จากข้อมูลกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ในปี 2564 กลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 45-59 ปี หรือกลุ่ม pre aging ที่กำลังจะก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ มีจำนวน 14.53 ล้านคน หรือร้อยละ 21.05 ของประชากรทั้งหมด เป็นกลุ่มประชากรที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่เป็นแรงงานวัยทำงานที่มีศักยภาพทางเศรษฐกิจสูง จึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ อีกทั้งยังเป็นช่วงวัยที่ร่างกายเริ่มเสื่อมสภาพลงตามธรรมชาติ ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ มากขึ้น เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเมื่อมาส่งเสริมหรือให้ความรู้เมื่อสู่วัย ความเสื่อม

ที่เกิดขึ้นได้เกิดขึ้นมากแล้วอาจจะลหหรือแก่ไม่ทัน จึงมีนโยบายสุขภาพมุ่งเน้นไปในกลุ่ม Pre aging คือวัยผู้ใหญ่ให้เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และการตรวจคัดกรองโรคต่าง ๆ ที่เป็นความเสี่ยงในวัยสูงอายุ เช่น มะเร็งต่อมลูกหมาก มะเร็งลำไส้ เป็นต้น (Department of Older Persons, 2023) ซึ่งหากไม่มีการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพสำหรับกลุ่ม pre aging เหล่านี้แล้ว ก็จะมีผลกระทบต่อภาครัฐและสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การดูแลผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังนั้น การเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพกลุ่ม pre aging จึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับกลุ่มวัยนี้

กลุ่มงานบริการปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาล วังเหนือ อำเภอลำปาง จังหวัดลำปาง เป็นหน่วยงานที่มีความเกี่ยวข้องในการรับนโยบายเกี่ยวกับงานบริการรวมถึงการติดตามดูแลผู้สูงอายุ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ได้เห็นถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในด้านทั้งนี้ ประชาชนที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุมีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลกลุ่มวัยแรงงานที่กำลังจะก้าวเข้าสู่ผู้สูงอายุ (50-59 ปี) ของตำบลวังเหนือ ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนทั้งหมด 915 คน (Lampang Public Health Office, 2022) จึงมีความจำเป็นในการพัฒนางานบริการเชิงรุก เพื่อเตรียมความพร้อมของประชาชนก่อนวัยผู้สูงอายุ ตำบลวังเหนือ อำเภอลำปาง โดยพัฒนาโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ จากโปรแกรมต้นแบบของจังหวัดลำปาง (Lampang Public Health Office, 2022) โดยมีความคาดหวังว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุที่ได้พัฒนาขึ้นจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม ส่งผลให้คนในวัยดังกล่าวก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้อย่างมีความสุขที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ
2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพของ กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสุขภาพของ กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ
4. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสุขภาพของ กลุ่มวัยก่อนผู้สูงอายุระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

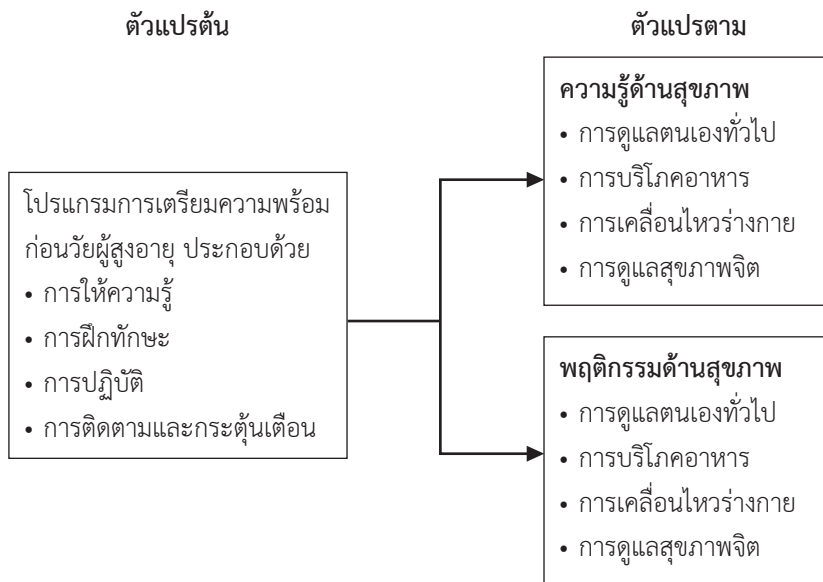
สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ
3. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ
4. ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิด

การศึกษาในครั้งนี้คือเพื่อศึกษาการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ โดยกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัย ได้บูรณาการมาจากแนวคิดแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรักษาสุขภาพ

ของตนเองอย่างยั่งยืน องค์ประกอบการส่งเสริมสุขภาพและจัดการปัจจัยเสี่ยง 6 ด้าน ได้แก่ โภชนาการ, การเคลื่อนไหว, สุขภาพช่องปาก, ผู้สูงอายุสมมติ, ความสุขของผู้สูงอายุ และสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย (Bureau of Elderly Health, 2020) โดยองค์ประกอบทั้ง 6 ด้านนำมาปรับตามความเหมาะสม ให้อยู่ในรูปแบบของตัวแปรตามด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองทั่วไป การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย การดูแลสุขภาพจิต



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุที่มีอายุ 50-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลวังเหนือ อำเภอดำรงเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 915 ราย (Lampang Public Health Office, 2022)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรก่อนวัยผู้สูงอายุที่มีอายุ 50-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลวังเหนือ อำเภอดำรงเหนือ จังหวัดลำปาง คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ด้วยการวิเคราะห์ power analysis โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*power กำหนดค่า $\alpha = 0.05$, ค่าอำนาจในการทดสอบ (power of test) = 0.95, ค่าอิทธิพล (effect size) = 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 42 ราย และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการหายไปของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการดำเนินการวิจัย เป็นกลุ่มละ 47 ราย รวมทั้งหมดเป็น 94 ราย จากนั้นสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบ (Systematic random sampling) ผู้ศึกษาทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มเปรียบเทียบก่อน จากนั้นจึงเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองตามลำดับ โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นประชาชนที่มีอายุ 50-59 ปี, สมารถใจเข้าร่วมการศึกษา, สามารถเข้าร่วมการศึกษาได้, สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย อ่านออกและเขียนได้ ส่วนเกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ บุคคลที่มีความพิการทางด้านการร่างกาย และไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตัวเอง, ผู้มีความผิดปกติทางจิต, ผู้ที่อายุต่ำกว่า 50 ปี และมากกว่า 60 ปี, ผู้ที่ไม่สมารถใจเข้าร่วมการวิจัย และผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่ โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ ประยุกต์มาจากโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ (Anti-aging lampang program) (Lampang Public Health Office, 2022) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การปฏิบัติ การติดตามและกระตุ้นเตือนในเรื่องของการดูแลตนเองทั่วไป การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย และการดูแลสุขภาพจิต ดำเนินกิจกรรม โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัย ได้แก่ ทันตแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย กำหนดแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 5 ครั้ง ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบและกรอกข้อมูลลงในช่องว่าง มีจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ, น้ำหนัก, ส่วนสูง, รอบเอว, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, รายได้เฉลี่ยต่อเดือน, อาชีพ, การสูบบุหรี่, การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

2.2 ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 16 ข้อ มีทั้งคำถามด้านบวกและคำถามด้านลบ ประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพโดยทั่วไป การบริโภคอาหารการเคลื่อนไหวร่างกาย และการดูแลสุขภาพจิต

2.3 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ท (Likert RA, 1993) ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองทั่วไป การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย และการดูแลสุขภาพจิต ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด (Close ended question)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ และคำนวณหาค่า IOC (Index of item Objective Congruence) ได้เท่ากับ 0.75

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้ศึกษานำแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ในเขตตำบลร่องเคาะ อำเภอดำรงวิทยะ จังหวัดลำปาง ซึ่งมีใช้กลุ่มตัวอย่าง แต่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 25 คน เพื่อวิเคราะห์หาค่าอำนาจจำแนก จากนั้นจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder richardson [KR-20]) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ มีค่าเท่ากับ 0.85

2. แบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่าเท่ากับ 0.79

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผู้ศึกษาทำการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยเสนอหัวข้อโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากล เอกสารรับรองเลขที่ E2566-027 ซึ่งผ่านการรับรองโครงการ

วิจัย ตามเอกสารเลขที่โครงการวิจัย 011/2566 โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือถอนตัว โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือแล้ว จึงลงนามในเอกสารยินยอมและดำเนินการตามขั้นตอนการศึกษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบไปด้วย พนักแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้ศึกษา และมีผู้ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แก่นนำ อสม. และแกนนำผู้สูงอายุอำเภอวังเหนือ โดยมีการชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย ทำความเข้าใจก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ภายหลังผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. เมื่อได้รับอนุญาตแล้วผู้ศึกษาประสานงานชมรมผู้สูงอายุ อำเภอวังเหนือและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงให้ทราบรายละเอียดของการศึกษา วัตถุประสงค์การศึกษา ขั้นตอนการศึกษา ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2. เชิญประชุมทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ พนักแพทย์ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลเชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต นักวิชาการสาธารณสุข นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย แก่นนำ อสม. และแกนนำผู้สูงอายุอำเภอวังเหนือ เพื่อชี้แจงรายละเอียดของการทำวิจัย ทำความเข้าใจและวางแผนการดำเนินการศึกษาร่วมกันโดยกำหนดแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 5 ครั้ง ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์

3. ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษา โดยใช้ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังเหนือ ตามคุณสมบัติที่กำหนด เข้าสู่การศึกษาจำนวน 94 ราย โดยสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง 47 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 47 ราย

4. ดำเนินการศึกษาในกลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 47 ราย โดยให้กลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบ ตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ด้านความรู้ด้านสุขภาพในเรื่องการดูแลตนเองทั่วไป การบริโภคอาหารกิจกรรมทางกาย และการดูแลสุขภาพจิต ใช้เวลาประมาณ 40 นาที โดยไม่ต้องเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ใช้ระยะเวลาห่างกัน 12 สัปดาห์ จากนั้นจึงแจ้งให้กลุ่มเปรียบเทียบทราบถึงการสิ้นสุดการศึกษา

5. ดำเนินการศึกษาในกลุ่มทดลอง จำนวน 47 ราย กำหนดแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมทั้งหมด 5 ครั้ง ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ โดยกลุ่มทดลองจำนวน 47 ราย จะได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ โดยมีแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ดังนี้

แผนกิจกรรมครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

1) ชี้แจงกิจกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ วัตถุประสงค์การศึกษา และขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อม ก่อนวัยผู้สูงอายุ โดยให้กลุ่มทดลอง ตอบแบบสอบถาม

3) สร้างกลุ่มไลน์ กลุ่มทดลอง เพื่อการติดตามและให้คำปรึกษา

4) บันทึกข้อมูลประวัติส่วนตัวและประวัติสุขภาพ ลงในสมุดบันทึกสุขภาพก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

แผนกิจกรรมครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลาประมาณ 4 ชั่วโมง

1) การอบรมให้ความรู้ การดูแลสุขภาพกาย

- การดูแลสุขภาพกายด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

- การดูแลสุขภาพช่องปากโดยทันตกรรม

- การปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพโดยนักโภชนาการ

2) กิจกรรมสอน/สาธิต การเคลื่อนไหวร่างกาย

- การออกกำลังกายที่เหมาะสมการออกกำลังกาย เสริมสร้างความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

- การปรับสมดุล “SKT สมารถปรับ” เพื่อการเฝ้าระวังสุขภาพและการฝึกปฏิบัติร่วมกัน

3) การให้ความรู้ เรื่องการบริโภคอาหาร

- การบริโภคอาหารให้ได้สัดส่วนตามธงโภชนาการ

- การเลือกประเภทอาหารและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

- การควบคุมอาหารที่เหมาะสม

4) การดูแลสุขภาพจิต

- กิจกรรมการดูแลสุขภาพจิตโดยหลัก 3S (Smile Strong Smart)

- การประเมินความเครียดด้วยตนเอง

- การสร้างเสริมความสุขในผู้สูงอายุ กิจกรรมทหรรษา : สูงอายุสดใส ห่างไกลสมองเสื่อม

- กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ร่วมกันหาวิธีการจัดการกับความเครียดและแลกเปลี่ยนเรียนรู้

- ประโยชน์ของการมองโลกในแง่บวก

5) สรุปประเด็นเนื้อหา ชักถามและตอบคำถาม

6) นัดหมายและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งถัดไป

แผนกิจกรรมครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3-6) (ติดตาม กระตุ้นเตือน ทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ 4 ครั้ง/สัปดาห์)

1) การติดตาม กระตุ้นเตือน ทางโทรศัพท์และกลุ่มไลน์ เป็นแนวคำถามปลายเปิด พุดคุยสอบถามเรื่อง การดูแลสุขภาพ การบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกาย และการดูแลสุขภาพจิต และติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน (อสม.) และการติดตามผลทางโทรศัพท์(เจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

แผนกิจกรรมครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 7-11) ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

1) ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา ทั้งหมด

2) กิจกรรมการให้บริการและให้ความรู้ 4 ฐาน แล้วแต่ความต้องการของแต่ละบุคคล (walk in)

3) การติดตามผลทางโทรศัพท์ (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) และติดตามผลโดยการเยี่ยมบ้าน (อสม.)

4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปัญหา อุปสรรค และรับฟังข้อเสนอแนะ

5) นัดหมายและขอความร่วมมือมาร่วมกิจกรรมครั้งถัดไป

แผนกิจกรรมครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 12) ใช้เวลาประมาณ 3 ชั่วโมง

1) บุคคลต้นแบบสุขภาพดี “Smart Aging” บุคคลที่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี

2) กิจกรรมกลุ่ม แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ก่อนสิ้นสุด กิจกรรม “โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ”

3) เก็บรวบรวมข้อมูลหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว 12 สัปดาห์ โดยให้กลุ่มทดลองตอบแบบสอบถามชุดเดิม

ได้แก่ แบบทดสอบความรู้ในการดูแลตนเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

4) แจ้งให้กลุ่มทดลองทราบถึงการสิ้นสุดการศึกษา และขอขอบคุณที่ให้ความร่วมมือ

5) ผู้ศึกษาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ ก่อนจะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้ศึกษานำแบบสอบถามที่ได้ไปวิเคราะห์ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติอ้างอิง ได้แก่ Chi-square test และ Fisher’s exact test

2. คะแนนความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test และเปรียบเทียบผลก่อนหลังทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลก่อนวัยผู้สูงอายุ ตำบลวังเหนือ อำเภอบึงนาราง จังหวัดลพบุรี จำนวน 94 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 47 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 47 ราย ผลของการศึกษา แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 47)		กลุ่มควบคุม (n = 47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					0.025
ชาย	2	4.25	9	19.14	
หญิง	45	95.74	38	80.85	
อายุ (ปี)					0.988
50-54	27	57.44	24	51.06	
55-59	20	42.55	23	48.93	
	(M = 54.57 , SD = 2.85)		(M = 55.04 , SD = 2.95)		
ค่าดัชนีมวลกาย					0.963
น้อยกว่า 20	6	12.76	4	8.51	
20-25	30	63.82	32	68.08	
มากกว่า 25	11	23.40	11	23.40	
	(M = 23.43 , SD = 3.58)		(M = 23.38 , SD = 3.24)		
รอบเอว					0.826
อยู่ในเกณฑ์ปกติ	31	65.95	32	68.08	
มากกว่าเกณฑ์ปกติ	16	34.04	15	31.91	
สถานภาพสมรส					0.213
โสด	3	6.38	6	12.76	
สมรส	34	72.34	27	57.44	
แยกกันอยู่	0	0	4	8.51	
หม้าย	6	12.76	7	14.89	
หย่าร้าง	4	8.51	3	6.38	
ระดับการศึกษา					0.871
ไม่เคยเรียน	0	0	0	0	
ประถมศึกษา	35	74.47	36	76.60	
มัธยมตอนปลายหรือ ปวช.	7	14.89	5	10.64	
อนุปริญญาหรือ ปวส.	2	4.26	1	2.12	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	1	2.12	1	2.12	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 47)		กลุ่มควบคุม (n = 47)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					0.654
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	8.51	4	8.51	
ประกอบอาชีพ					
เกษตรกร	9	40.42	25	53.19	
ค้าขาย	5	10.63	25	53.19	
รับจ้าง	19	40.42	14	29.78	
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อปท.	0	0	0	0	
การสูบบุหรี่					0.034
เคยสูบ ปัจจุบันเลิกแล้ว	3	6.38	7	14.89	
ปัจจุบันยังสูบบุหรี่	0	0	4	8.5	
ไม่เคยสูบ	44	93.62	36	76.60	
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					0.235
เคยดื่ม ปัจจุบันเลิกแล้ว	13	27.65	13	27.65	
ปัจจุบันยังดื่ม	16	34.04	23	48.93	
ไม่เคยดื่ม	18	38.29	11	23.40	

จากตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ จำนวน 94 ราย แบ่งเป็น กลุ่มทดลองจำนวน 47 ราย และกลุ่มเปรียบเทียบ 47 ราย เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลต่าง ๆ ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.74 และร้อยละ 80.85 เป็นเพศชายร้อยละ 4.25 และ 19.14 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 54.57 ปี อายุเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ 55.04 ปี ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มทดลองเท่ากับ 23.43 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ยของกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 23.38 ส่วนใหญ่ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 20 - 25 กลุ่มทดลองร้อยละ 65.95 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 68.08 รอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 72.34 และกลุ่มเปรียบเทียบ มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 57.44 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 74.47 และกลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 76.60 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรมและรับจ้าง ร้อยละ 40.42 กลุ่มเปรียบเทียบ ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 53.19 การสูบบุหรี่ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 93.62 และ 76.60 ตามลำดับ กลุ่มทดลองร้อยละ 27.65 กลุ่มเปรียบเทียบ ร้อยละ 27.65 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว โดยกลุ่มทดลองร้อยละ 34.04 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 48.93 ปัจจุบันยังดื่มแอลกอฮอล์อยู่

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพ กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ของกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมฯ (n = 47)

	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม		t	df	p-value
	mean	SD	mean	SD			
กลุ่มทดลอง							
ความรู้ด้านสุขภาพ	8.29	2.02	14.68	1.61	17.34	46	< 0.001
พฤติกรรมด้านสุขภาพ	41.40	5.30	50.95	6.08	7.05	46	< 0.001

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพ ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 8.29 (SD 2.02) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ 41.40 (SD = 5.30) และภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 14.68 (SD = 1.61) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ 50.95 (SD = 6.08) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 94)

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	df	p-value
	mean	SD	mean	SD			
ความรู้ด้านสุขภาพ							
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	8.29	2.02	8.42	2.50	0.27	92	0.443
หลังได้รับโปรแกรมฯ	14.68	1.61	8.65	2.52	13.78	92	< 0.001
พฤติกรรมด้านสุขภาพ							
ก่อนได้รับโปรแกรมฯ	41.40	5.30	41.25	5.25	0.14	92	0.177
หลังได้รับโปรแกรมฯ	50.95	6.08	41.65	4.13	8.13	92	< 0.001

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมด้านสุขภาพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 8.29 (SD = 2.02) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ 41.40 (SD = 5.30) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 8.42 (SD = 2.50) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ 41.25 (SD = 5.25) หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 14.68 (SD = 1.61) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ 50.95 (SD = 6.08) กลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 8.65 (SD = 2.52) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ 41.65 (SD = 4.13) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า ก่อนได้รับโปรแกรมฯ

ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่หลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุต่อความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ตำบลวังเหนือ อำเภอดำรงเหนือ จังหวัดลำปาง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานข้อที่ 1 ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในด้านสุขภาพสูงขึ้นจากก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ความรู้ที่เพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มทดลองเป็นผลมาจากโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ อาศัยกระบวนการเรียนรู้จากชุดความรู้ การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ (Lampang Public Health Office, 2022) ซึ่งเป็นแนวทางในการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ครบถ้วน มีประสิทธิภาพ เหมาะสมกับบริบท โดยจะช่วยให้กลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ ได้รับข้อมูล ความรู้ด้านสุขภาพ มีความเข้าใจที่ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติ ในการจัดการกับสุขภาพ เกิดการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตของตนเองได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งในชุดความรู้จะประกอบไปด้วยเนื้อหาที่มุ่งเน้นความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแลตนเองทั่วไป การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวร่างกาย และการดูแลสุขภาพจิต ประกอบกับการมีวิทยากรหรือผู้สอน ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน สามารถจัดกระบวนการสอนให้ผู้เรียนเกิดความสนใจในการเรียนรู้ และมาเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ โดยในแต่ละกิจกรรมจะมีการซักถาม-ตอบคำถาม ระหว่างผู้เรียนและวิทยากรผู้ให้ความรู้ นอกจากนี้การมีกิจกรรมกลุ่มและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เวลาอย่างเหมาะสมและดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิธสัลลัม อารังศ์วรกุล (Thamrongworakun, 2022) ที่ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุของบุคลากรวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง เทศบาลเมืองเมืองปัก อำเภอบึงขัง จังหวัดนครราชสีมา วัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ผลจากการวิจัย พบว่า หลังการทดลองและในระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุดีขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นข้อมูลสนับสนุนได้ว่า โปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุนี้ มีผลทำให้กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีความรู้ด้านสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 2 ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ ต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3) โดยก่อนได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยความรู้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ แล้วนั้น เป็นผลมาจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ ที่ไม่ได้เป็นเพียงการนั่งฟังบรรยาย แต่ยังมีฝึกปฏิบัติ

เช่น การให้กลุ่มทดลองได้เลือกและจัดกลุ่มอาหารเพื่อบริโภคในแต่ละวันและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงโดยใช้นักโภชนาการที่มีความเชี่ยวชาญคอยให้คำแนะนำ และการจัดกิจกรรมระดมความคิด ทำให้กลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในกิจกรรมและมีความสนใจที่จะเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งเป็นไปตามแนวทางการจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพดี (Wellness plan) ที่เป็นเครื่องมือในการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แก่ผู้สูงอายุและคนทุกกลุ่มวัย ในการเข้าถึงทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ กลั่นกรอง ประเมิน และตัดสินใจ เพื่อการนำข้อมูลไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Bureau of Elderly Health, 2020) ซึ่งผลการศึกษาก็สอดคล้องกับการศึกษาของ นิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ และกิงแก้ว สำรวรรัตน์ (Sribenchamas & Samruayruen, 2021) ที่ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยเปรียบเทียบข้อดีและข้อเสีย การรับรู้ความสามารถของตนเอง กระตุ้นให้เห็นถึงความสามารถในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส ชักนำสู่การปฏิบัติด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เหมาะสมที่จะลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในผู้สูงอายุที่ยังไม่เป็นโรค หรือลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนจากความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตได้

สมมติฐานข้อที่ 3 ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวคือ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรม โดยทำการวิเคราะห์พฤติกรรมเปรียบเทียบเป็น 2 ช่วง คือ ก่อนได้รับโปรแกรม และหลังได้รับโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 2) ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูงขึ้น เป็นผลเนื่องมาจากโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ ที่มีการฝึกปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามพฤติกรรมสุขภาพทางโทรศัพท์ และทางไลน์ ภายหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมตามโปรแกรมแล้ว ซึ่งผลการศึกษาก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Phothipim, Ketbumroong, Norkaew, and Kujapun (2019) ที่มีการศึกษาประสิทธิผลการพัฒนาพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพต่อระดับความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ การสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุมะค่า ตำบลบ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบคือตำบลโคกสูง พบว่า โปรแกรมดังกล่าว มีประสิทธิผล ในการเพิ่มความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิธสวลล์ม ธำรงศรีวรกุล (Thamrongworakun, 2022) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยจากการประเมินความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ มีผลต่อพฤติกรรม การเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่ช่วยให้บุคคลวัยผู้ใหญ่ตอนกลาง มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุและมีเจตคติที่ดีต่อการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ สูงขึ้น

สมมติฐานข้อที่ 4 ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ ต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบ

จากผลการศึกษาพบว่า เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 4 กล่าวคือ ภายหลังได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองและกลุ่มกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (ดังตารางที่ 3) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อ 4 อธิบายได้ว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่า กลุ่มควบคุม ซึ่งผลการศึกษาก็สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ อิศดิการ และศิวิตา ศรีสวัสดิ์ (Iftikhal & Srisawat, 2023) ได้ทำการศึกษาถึงปัจจัยความรอบรู้ทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในจังหวัดสกลนคร

พบว่า จากผลการศึกษาปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระดับดี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ ด้านที่ 1 ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ และด้านที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ

สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษาพบว่า ยังคงมีพฤติกรรมอยู่ในระดับเดิม (ดังตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบทั้งสองกลุ่ม จะเห็นได้ว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมที่สูงขึ้น และเป็นไปในทางที่ดีขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเล็กน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น

สรุป

จากผลการศึกษาสามารถสรุปได้ว่าโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นจากโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ (Anti-Aging lampang Program) (Lampang Public Health Office, 2022) โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้โดยตรงและการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพร่วมกันและการติดตามโดยทีมสหวิชาชีพ สามารถทำให้กลุ่มทดลองมีความรู้ในการดูแลตนเองเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น และยังสามารถคงไว้ซึ่งความรู้และพฤติกรรมด้านสุขภาพในการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและขยายไปสู่กลุ่มเป้าหมายอื่นต่อไป เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อสร้างเสริมความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดี
2. เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการนำโปรแกรมการเตรียมความพร้อมก่อนวัยผู้สูงอายุ ไปปรับใช้เพื่อส่งเสริมการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ผู้สูงอายุ ในพื้นที่อื่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- จากผลการศึกษาข้างต้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้
1. ควรศึกษาและติดตามผลในระยะยาว เพื่อประเมินการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ
 2. หน่วยงานที่รับผิดชอบผู้สูงอายุ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีส่วนร่วมในการศึกษาวิจัยเพื่อจัดทำข้อกำหนดทางนโยบายในการส่งเสริมและเฝ้าต่อความต้องการด้านความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

References

- Bureau of Elderly Health. (2020). *Wellness plan*. Retrieved from <https://eh.anamai.moph.go.th/th/elderly-manual/211989#>
- Duangsupa, K., & Saita, S. (2021). Preparedness of the pre-aging population entering an aging society, Mae Tha district, Lampang province. *Lanna Public Health Journal*, 17(1), 52-63. [In Thai]
- Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute [TGRI]. (2022). *Situation of the Thai elderly, 2021*. Nakorn Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University. [In Thai]

- Iftikhal, A., & Srisawat, S. (2023). Health literacy factors related to health behavior among elderly in Sakon Nakhon province. *KKU Journal for Public Health Research*, 16(2), 31-40. [In Thai]
- Lampang Public Health Office. (2022). *Anti-aging Lampang program*. Retrieved from <https://lpg.hdc.moph.go.th/> [In Thai]
- Likert, R. A. (1993). *A technique for the measurement of attitude*. Chicago: Rand McNally.
- Meechana, P., Khansakorn, N., Silawan, T., Rawiworakul, T., & Phijaisanit, P. (2017). Readiness of pre-aging population for quality aging society in Nongyasai subdistrict, Nongyasai district, Suphanburi province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(1), 259-271. [In Thai]
- Meehanpong, P., & Chatdokmaiprai, K. (2018). Assessing quality of research instrument in nursing research. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 9-15. [In Thai]
- Phothipim, M., Ketbumroong, V., Norkaew, J., & Kujapun, J. (2019). The effectiveness of health behavioral promotion program on knowledge, attitude and practice among members of elderly club, Nakhon Ratchasima province. *The Public Health Journal of Burapha University*, 14(1), 119-130. [In Thai]
- Salawongluk, T., Satayavongthip, B., Phungphet, S., & Rachutorn, T. (2019). The curriculum development promote the quality of life the elderly's participation at Hua Thale subdistrict, Muang district, Nakhon Ratchasima province. *UBRU Journal for Public Health Research*, 8(2), 133-140. [In Thai]
- Sribenchamas, N., & Samruayruen, K. (2021). The effectiveness of health behaviors modification program on health behaviors among the elderly in Chom Thong sub-district, Mueang Phitsanulok district, Phitsanulok province. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 15(1), 155-166. [In Thai]
- Tanasugarn, C., Roma, W., & Samnuanklang, M. (2018). *The principles of health literate organization*. Nonthaburi: Office of DOH 4.0 and Health Literacy. [In Thai]
- Thamrongworakun, P. (2022). The ageing readiness preparation of the middle-aged adults. *Ramkhamhaeng Journal of Public Administration*, 5(2), 98-119. [In Thai]

การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุน ของครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี

ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ, ปร.ด.^{1*} ภคพร กลิ่นหอม, พย.ม.² จินต์ทิพา ศิริกุลวิวัฒน์, พย.ม.³

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัว และพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบุรี โดยศึกษาเป็นวิจัยเชิงปริมาณกับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 307 คน และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 20 คน และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัว ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน 3) ประเมินประสิทธิผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อน-หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบุรี แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบ และเครื่องวัดความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัว ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 เสริมความสัมพันธ์ เข้าถึง เข้าใจข้อมูล นำไปปฏิบัติร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 2 พัฒนาการสื่อสาร และการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 3 เสริมการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 4 ติดตามทางไลน์แอปพลิเคชัน และกิจกรรมที่ 5 ชื่นชมความสำเร็จ ภายหลังเข้าร่วมรูปแบบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.30, p < .001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.34, p < .05; t = -2.84, p < .05$ ตามลำดับ) และระดับความพึงพอใจที่ได้รูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.63) จากผลการวิจัยครั้งนี้มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงและควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ ความรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัว กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: panisara@pckpb.ac.th

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) ประจำปีงบประมาณ 2566 สถาบันพระบรมราชชนก

Development of the Health Literacy and Family Support Model to enhance Hypertension Preventive Behaviors and Control Blood Pressure among Persons with Pre-Hypertension in Phetchaburi Province

Panisara Songwatthanayuth, Ph.D.^{1*}, Pakaporn Klinhom, M.N.S.², Jintipa Sirikunwiwat, M.N.S.³

Abstract

This research and development study aimed to 1) examine health literacy, family support, and hypertensive behaviors in persons with pre-hypertension through quantitative research involving 307 participants, employing descriptive analysis, and qualitative research involving 20 pre-hypertensive individuals analyzed using content analysis; 2) develop the Health Literacy and Family Support Model for persons with pre-hypertension; 3) evaluate the model through quasi-experimental research using a two-group pretest-posttest design, with experimental and control groups comprising 30 individuals each. Research tools included in-depth interviews, a health literacy questionnaire, a satisfaction questionnaire, and a blood pressure monitor. Data were analyzed using descriptive statistics and t-tests.

The research revealed that the Health Literacy and Family Support Model for pre-hypertensive individuals comprised five activities: Activity 1 - “*SermRuk*,” involving access to information, understanding data, and its application within the family; Activity 2 - enhancing communication and self-management within the family; Activity 3 - promoting media literacy and decision-making with the family; Activity 4 - follow-up through an online application; and Activity 5 - appreciating success. Statistically significant differences were found between the experimental and control groups in terms of hypertension prevention behaviors among persons with pre-hypertension ($t = 1.30, p < .001$). The experimental group exhibited significantly lower average systolic and diastolic blood pressure levels compared to the control group ($t = 4.34, p < .05$; $t = 2.84, p < .05$, respectively). The satisfaction level of pre-hypertensive persons after receiving the model was exceptionally high, with an average of 4.63. This study suggests that nurses and health workers can utilize the model to promote hypertension preventive behaviors and control blood pressure in persons with pre-hypertension.

Key words: Model Development, Health Literacy, Family Support, persons with Pre-Hypertension

¹ Assistant professor, Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Register Nurse (Senior Professional Level), Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

³ Register Nurse (Professional Level), Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: panisara@pckpb.ac.th

This's research received funding support from Thailand Science Research and Innovation (Fundamental Fund; FF) Fiscal year 2023, Praboromarajchanok Institute

บทนำ

ในปัจจุบันกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจะพบในประชากรร้อยละ 25-50 มักพบในเพศชายมากกว่าหญิง (Egan & Stevens-Fabry, 2015) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเป็นโรคความดันโลหิตสูงสองหรือสามเท่า เมื่อเทียบกับประชากร (Faselis et al., 2012) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงหมายถึงผู้ที่มีค่าของความดันโลหิตบีบตัว (Systolic Blood Pressure, SBP) อยู่ระหว่าง 120 ถึง 139 มม.ปรอท และ/หรือค่าความดันโลหิตคลายตัว (Diastolic Blood Pressure, DBP) อยู่ระหว่าง 80 ถึง 139 มม.ปรอท ในปี 2564 ประเทศไทยมีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 820,828 คน ในจังหวัดเพชรบุรีมีกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง จำนวน 3,599 คน และในอำเภอเมือง จำนวน 1,530 คน (Health Information Center of Phetchaburi Provincial Public Health Office, 2021) ซึ่งปัจจุบันพบว่าผู้ที่มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ ขาดการออกกำลังกาย รับประทานอาหารหวานมันเค็มมาก ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ พักผ่อนน้อย และความเครียดส่งผลให้มีระดับความดันโลหิตสูงขึ้น (Sinto, Kamkaew, Chummalee, & Srisaknnok, 2022) ซึ่งถ้าประชาชนในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงไม่ได้รับความรู้และการแนะนำ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องจะส่งผลทำให้พัฒนาเป็นโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต ฉะนั้นจึงควรส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสม ภายใต้นโยบายทิศทางการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2565-2569) โดยใช้แนวคิดเรื่องการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (National Health Development Steering Committee No.13, 2021) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นความสามารถเฉพาะของบุคคลในการอ่าน เข้าใจ เข้าถึง เลือกใช้ข้อมูล รวมถึงมีการพัฒนาความรู้ทำความเข้าใจในข้อมูลแต่ละบริบท มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมให้ถูกต้องเหมาะสมกับตนเอง (Nutbeam, 2008) ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ (Sinto, Kamkaew, Chummalee, & Srisaknnok, 2022) นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวเป็นระบบสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ มีบทบาทโดยตรงในการดูแลส่งเสริมสุขภาพสมาชิกในครอบครัวทั้งในสภาวะที่ไม่มีการเจ็บป่วย และเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น แม้ในสังคมปัจจุบันบริบทของครอบครัวจะเปลี่ยนแปลงไป สมาชิกในครอบครัวต้องทำงาน นอกบ้าน แต่ความเชื่อและค่านิยมของสังคมไทยเรื่องบุญคุณ ความกตัญญู และความรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวยังคงมีอยู่ ซึ่งการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดจากสมาชิกในครอบครัว ให้ความสำคัญ ให้ความรู้คำแนะนำ การกระตุ้น และการชี้แนะแนวทางในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยรวมทั้งได้ร่วมทำกิจกรรมจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งทำให้ส่งผลให้ควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (Sriyasak et al., 2021) มีการศึกษาพบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวสามารถทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Chankrachang, 2022)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ ร่วมกันทำนายระดับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน (Darun & Gairat, 2019) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้การส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเอง และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 และโรคความดันโลหิตสูง (Sinthuchai et al., 2022) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยให้การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Arahung, Hoontrakul, & Roojanavech, 2018) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้เพิ่มพฤติกรรมทางสุขภาพและลดระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง (Katsuwan, Boonariyatep, & Pinjai, 2022) นอกจากนี้ครอบครัวเป็นสถาบันที่ใกล้ชิดกันมากที่สุดและมีอิทธิพลต่อสภาวะจิตใจ โดยครอบครัวยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วย (Songwatthanayuth, Watthanakorn, Watthanakorn, & Ratanapa,

2016) ในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางครอบครัวมาช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเพชรบุรี ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจการพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ซึ่งอยู่บนพื้นฐานของการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เพื่อส่งเสริมและควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบุรีเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไป

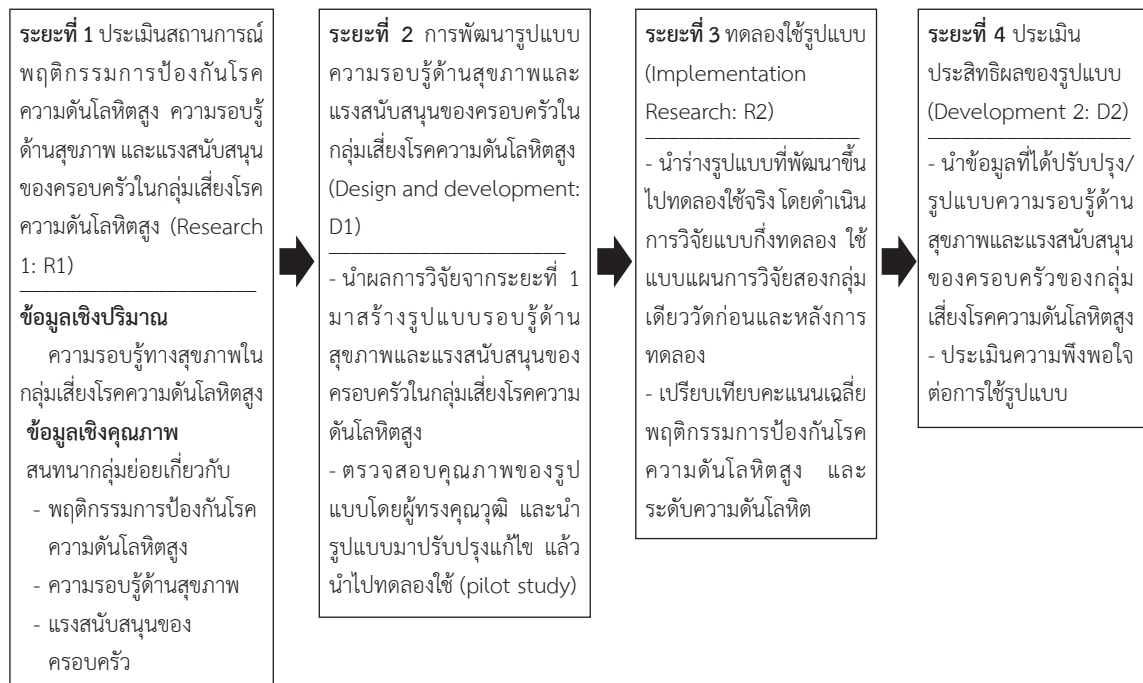
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัว และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนของครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบุรี
 - 3.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับรูปแบบ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
 - 3.2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระดับความดันโลหิตในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ระหว่างกลุ่มทดลองภายหลังได้รับรูปแบบ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
 - 3.3 ศึกษาระดับความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงหลังได้รับรูปแบบ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ซึ่งได้กล่าวถึงทักษะทางปัญญาและสังคม ทำให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลให้เข้าถึง มีความเข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารในการส่งเสริม และรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการจำแนกออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ได้แก่ ทักษะพื้นฐานด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียน ที่จำเป็นต่อความเข้าใจและการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานและการมีพหุปัญญา รวมทั้งทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร แยกแยะลักษณะของการสื่อสารที่ต่างกันไป รวมทั้งใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ระดับวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้น สามารถใช้ข้อมูลข่าวสารในเชิงเปรียบเทียบ จนสามารถควบคุมสถานการณ์ในการดำรงชีวิตประจำวันได้ ซึ่งมีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูล 2) ทักษะความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการจัดการตนเอง 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ ร่วมกับครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จึงมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมยิ่งขึ้น ที่สอดคล้องกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ที่กล่าวว่าบุคคลที่ได้รับการช่วยเหลือ 4 ด้าน ก็จะช่วยด้านอารมณ์ ด้านการประเมินด้านข้อมูลข่าวสารและด้านเครื่องมือจากครอบครัวก็จะช่วยดูแลสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง สู่การพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัว ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงในจังหวัดเพชรบุรีซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย

การจัดการความเครียด การสูบบุหรี่และการดื่มสุรา และมีระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งมีการดำเนินการ 4 ระยะ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ ดำเนินการวิจัยในเดือนพฤศจิกายน 2565 ถึงเดือนกรกฎาคม 2566 แบ่งระยะการวิจัยเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ประเมินสถานการณ์พฤติกรรมป้องกันการโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง โดยประชากรเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงคือ มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,530 คน กำหนดเกณฑ์ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) กลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 307 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูงประจำปี พ.ศ. 2564 มีระดับความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว 120-139 มิลลิเมตรปรอท และ/หรือความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว 80-89 มิลลิเมตรปรอท มีสมาชิกในครอบครัว 1 คนในการเข้าร่วมกิจกรรม มีความสามารถในการรับรู้ พูดคุย สื่อสาร และอ่านออกเขียนได้ ไม่มีปัญหา ด้านการได้ยิน และยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกขณะที่ศึกษาเป็นโรคความดันโลหิตสูง ไม่สามารถสื่อสารด้วยวาจาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และหลัก 3อ 2ส ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากงานวิจัย (Araahung, Hoontrakul, & Roojanvech, 2018) จำนวน 27 ข้อ มี 3 ตอน ซึ่งสรุปคะแนนรวมเป็น 90 คะแนน ดังนี้ ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน (10 ข้อ) ข้อละ 1 คะแนน คะแนนเต็ม 10 คะแนน แต่ละข้อคำถามมี 4 ตัวเลือกตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ (12 ข้อ) เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่ได้ปฏิบัติ (1 คะแนน)

- ปฏิบัติทุกครั้ง (5 คะแนน) และตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (5 ข้อ) ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบแต่ละข้อมี 4 ตัวเลือก ระดับคะแนนเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ควรปฏิบัติน้อยที่สุด (1 คะแนน) ควรปฏิบัติมากที่สุด (4 คะแนน) ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนภาพรวม น้อยกว่า 54 คะแนน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ, 54-71 คะแนน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพพอใช้ และ 72-90 คะแนน มีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน โดยมีค่า CVI เท่ากับ .89 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค หรือ KR-20 ตอนที่ 1 ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-20 เท่ากับ .75 ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การสื่อสารสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .86 และตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .81

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยการเก็บข้อมูลแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 307 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบุรี

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การสนทนากลุ่มย่อย โดยศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัว และพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบุรี โดยผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 20 คน จนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แนวคำถามในการสนทนาแบบมีโครงสร้าง ในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนของครอบครัวที่สร้างโดยผู้วิจัย จำนวน 15 ข้อ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสนทนากลุ่มย่อยแยกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลธงชัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลช่องสะแก

การวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) แบบ manifest content analysis (Graneheim & Lundman, 2004) โดยมีขั้นตอน คือ 1) นำข้อมูลมาจัดทำเป็นหน่วยความหมาย 2) มาให้ความหมายกับหน่วยความหมายมาใส่รหัส 3) จัดหมวดหมู่ของหน่วยความหมายเป็นหัวข้อย่อย แล้วมาเป็นหัวข้อใหญ่ และ 4) มาสรุปที่ได้ทั้งหมดโดยมีการจับเป็นประเด็นหลักและประเด็นรองเชื่อมโยงกับรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยนำผลการวิจัยในระยะที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และการบูรณาการแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) โดยมีการประชุมระดมสมองของทีมวิจัย โดยพิจารณาความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความสะดวกในการนำไปใช้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง 1 คน นักวิชาการสาธารณสุขระดับชำนาญการพิเศษ 1 คน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต 2 คน และพยาบาลเชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต 1 คน เพื่อความถูกต้องเหมาะสมของภาษา ความชัดเจนของแนวคิดมาตรฐานของรูปแบบในด้านความเป็นไปได้ (feasibility) มาตรฐานด้านความเหมาะสม (propriety) และความสะดวกในการนำไปใช้ ซึ่งมีค่าเหมาะสมเท่ากับ .85 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขในส่วนความชัดเจน

ของกิจกรรมและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปศึกษานำร่อง (pilot study) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ซึ่งสามารถใช้ได้จริง

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวที่พัฒนาขึ้น

นำรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและการสนับสนุนของครอบครัวไปทดลองใช้จริง โดยดำเนินการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two group pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 1,530 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธงชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่องสะแก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกุ่ม โดยมีความรู้ตามเกณฑ์ โดยมีความสามารถในการรับรู้ พูดคุยสื่อสารอ่านออก เขียนได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยิน มีความสามารถใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ที่เชื่อมต่อสัญญาณอินเทอร์เน็ตได้ และมีสมาชิกในครอบครัว 1 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power Version 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2007) อำนาจการทดสอบ mean: difference between two dependent means (two groups) แบบ two tails ค่าอำนาจการทดสอบที่ 80% ค่าขนาดอิทธิพล .78 ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาผลการศึกษาของรุ่งนภา อาระห์ สุธิรา อุณตระกูล และศศิธร รุจิรวะ (2560) ซึ่งมีตัวแปรที่คล้ายคลึงกับการวิจัยครั้งนี้ ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำนวน 27 คน แต่ป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่าง (Drop out) จึงได้เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Lemeshow et al., 1990) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน รวมเป็น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัว ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 เสริมความสัมพันธ์ เข้าถึง เข้าใจข้อมูล นำไปปฏิบัติร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 2 พัฒนาการสื่อสาร และการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 3 เสริมการรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจร่วมกับครอบครัว กิจกรรมที่ 4 ติดตามทางไลน์แอปพลิเคชัน และกิจกรรมที่ 5 ชื่นชมความสำเร็จ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 10 ข้อ คือ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ประวัติการเจ็บป่วยต่าง ๆ ประวัติการใช้ยา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแล

- 2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จำนวน 12 ข้อ ข้อละ 5 คะแนน คะแนนเต็ม 60 คะแนน แต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ในลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีการแปลผลคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (Wanitbanha, 2016) 4.51 -5.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับมากที่สุด, 3.51-4.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับมาก, 2.51-3.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง, 1.51-2.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับน้อย และ 1.00-1.50 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในระดับน้อยที่สุด

- 2.3 เครื่องวัดความดันโลหิต (Omron Automatic Blood Pressure Monitor รุ่น OMRON HEM-7130L) ซึ่งมีความตรงในการวัด ± 3 mm Hg ซึ่งได้มีการตรวจสอบมาตรฐานทุกปี โดยใช้เครื่องเดียวกันทั้งก่อนและหลังการ

ทดลอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกับแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยมีค่า CVI เท่ากับ .89 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนมิถุนายน 2566 โดยนำหนังสือขออนุญาตไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลธงชัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านกุ่ม และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลช่องสะแก เพื่อเก็บข้อมูล ระยะเวลาและการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนการทดลองผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และวัดระดับความดันโลหิต หลังจากนั้นกลุ่มทดลองได้รับรูปแบบ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ระยะเวลา 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุม มีการชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งประเมินโดยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และวัดระดับความดันโลหิตครั้งที่ 1 (Pre-test) รับการรักษาปกติ จากนั้นดำเนินการรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 8 โดยคณะผู้วิจัยเก็บข้อมูล โดยหลังเสร็จสิ้นการวิจัยคณะผู้วิจัยจะสอบถามและเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมได้รับรูปแบบ ตามความสมัครใจ เพื่อรักษาความยุติธรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ระดับความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test

ระยะที่ 4 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบ

หลังจากสิ้นสุดการทดลองแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองเป็นผู้ประเมินรูปแบบการพัฒนาโดยใช้แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นการวัดความพึงพอใจต่อรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนของครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งมีตัวเลือก 5 ระดับ ดังนี้ (Wanitbantha, 2016) 4.51 - 5.00 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบมากที่สุด, 3.51 - 4.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบมาก, 2.51 - 3.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบปานกลาง, 1.51 - 2.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบน้อย และ 1.00 - 1.50 คะแนน หมายถึง มีความพึงพอใจต่อรูปแบบน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญชุดเดียวกับประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ โดยมีค่า CVI เท่ากับ .85 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จริยธรรมการวิจัย

ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการขอรับรองการดำเนินโครงการวิจัยในมนุษย์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี กระทรวงสาธารณสุข คคม.พบ. 035/2565 วันที่ 7 พฤศจิกายน 2565 และดำเนินการขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากพื้นที่ และแจ้งการพิทักษ์สิทธิก่อนดำเนินการวิจัยสามารถถอนตัวและยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

ผลการวิจัย

1. ประเมินสถานการณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แรงสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นการวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 55.75 ปี สถานภาพสมรสคู่มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษามัธยมศึกษา อาชีพเกษตรกรคิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวระหว่าง 5,001-1,000 บาท และรายได้ไม่เพียงพอ และสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลส่วนใหญ่เป็นภรรยา

สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 307 คน พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดีพอ ($M = 53.96, SD = .98$) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ($M = 5.27, SD = .99$) ด้านการสื่อสารสุขภาพ ($M = 10.70, SD = 1.31$) ด้านการจัดการตนเอง ($M = 13.26, SD = .78$) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($M = 11.33, SD = 1.08$) มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอ ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($M = 7.20, SD = .87$) และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้ ($M = 6.20, SD = .88$) ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ความรอบรู้ด้านสุขภาพยังอยู่ยังไม่ดีพอ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่มีการค้นหาข้อมูลได้ไม่ทันสมัยและไม่มีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ เช่น “ความรู้ ข้อมูลได้จากหมอยอม หมอที่ รพ.สต. ต่อมามีไลน์กลุ่มที่คุยกัน เล่น face book บ้าง บางครั้ง มี อสม. และลูกที่ส่งมาในไลน์ครอบครัวกัน เป็นครั้ง ๆ ไป แต่ไม่รู้หรือกว่าข้อมูลใช่จริงเปล่า” (P19) พอมีความรู้แต่ไม่ได้ลงสู่การปฏิบัติที่จริงจิงในชีวิตประจำวัน เช่น “เราต้องงดหรือลดอาหารอะไรที่เค็มกันแน่ และอาหารที่ทำให้เราจะเป็นโรคความดันขึ้นเป็นอาหารเค็มอย่างเดียว หรือเป็นอาหารที่มีรสหวานด้วย มันด้วยหรือเปล่า ไม่นั่นจ้ะ” (P8) ไม่สามารถโน้มน้าวให้บุคคลอื่นยอมรับข้อมูลสุขภาพได้ เช่น “ลำบากเหมือนกันที่จะโน้มน้าวให้ใครมาฟังเรา เรื่องการปฏิบัติตน เพราะบางทีเราก็อายุไม่เหมาะเหมือนกัน ยังกินมาก ออกกำลังกายน้อย ใครจะเชื่อ” (P15) ยังมีการตัดสินใจเลือกดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม เช่น “เวลาไปงานนอกบ้าน จะได้โอกาสกินเยอะ รอทำกับข้าวหุงพะโล้ ไค้ก แป้งชี ยำสามกรอบ กินอ้อมกลับมาทุกครั้ง” (P8) ไม่ทันสื่อสารสนเทศที่ทันสมัย เช่น “บางทีก็ตรวจสอบข้อมูลที่โฆษณาเพื่อช่วยลดความดัน แต่บางทีก็งงว่าจะตรวจสอบอย่างไร เช่น กินสมุนไพรนี้ช่วยลดความดันโลหิต” (P12) ขาดความต่อเนื่องในการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว “แฟนที่บ้านก็พยายามทำอาหารที่เราชอบแต่พยายามลดเค็ม เพราะกลัวลูกความดันจะขึ้นสูง จะเป็นสโตร์เอา เป็นภาระทางบ้านดูแลกันอีก” (P11) สำหรับพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการเลือกอาหารตามใจตนเอง และจัดการตนเองไม่ได้ เช่น “รู้ว่าอาหารอะไรที่ทำให้ความดันขึ้น แต่ยังไม่กินอยู่ อดกินน้ำอัดลมได้ แต่ยังไม่กินขนมหวานอยู่ ขนมหวานเมืองเพชรแต่ลดหวานลง เหล้าไม่ได้ดื่มอยู่แล้ว” (P5) เลือกและออกกำลังกายไม่เหมาะสมกับตนเองและครอบครัว เช่น “มีงานประจำกลับมาก็มืดแล้ว จะออกกำลังกายตอนเย็นก็ช้า ๆ ไม่ค่อยไหว ก็จะพยายามเดินรอบ ๆ บ้านเอา” (P3) จัดเวลาพักผ่อนไม่เหมาะสม เช่น “บางทีทำงานทั้งวัน ก็ต้องหาทางผ่อนคลายความเครียดความเครียดกับงานประจำที่ทำทุกวัน ดูซีรีส์จ้ะ” (P6) สำหรับแรงสนับสนุนทางครอบครัว พบว่า ครอบครัวให้กำลังใจ และดูแลใกล้ชิด เช่น “ภรรยาช่วยเป็นกำลังใจ และช่วยให้เราสามารถลดน้ำอัดลม ปลาเค็ม ๆ ได้ คอยปลอบใจ ไม่ให้เราเครียด” (P18) และครอบครัวช่วยดูแลและติดตามในการดูแลสุขภาพ

เช่น “ลูกคอยวัดความดันให้ที่บ้านดูว่าความดันขึ้นหรือเปล่า ป้าเองก็พยายามคุมเค็มอยู่ เราโชคดีมีผู้ดูแลภัยกับเขเวนอิลเฟ่น คือดูแลกันตลอดทั้งวันทั้งคืน 24 ชั่วโมง” (P20) ดังนั้นจากข้อมูลแสดงให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีความต้องการในการพัฒนาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพรวมทั้งแรงสนับสนุนของครอบครัวมาช่วยในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

2. พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยจากการนำข้อมูลในระยะที่ 1 ร่วมกับการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ใช้เวลาจัดกิจกรรม 8 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 เสริมความสัมพันธ์ เข้าถึง เข้าใจข้อมูล นำไปปฏิบัติร่วมกับครอบครัว สัปดาห์ที่ 1 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เวลา 4 ชั่วโมง โดยการสร้างสัมพันธภาพผ่านกิจกรรมสนทนาการ คณะผู้วิจัยแนะนำตัว บรรยายถึงความสำคัญของครอบครัวในการสนับสนุนในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์และแลกเปลี่ยนสาเหตุ อาการ ผลกระทบของโรคความดันโลหิตสูง และการป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูง แนวทาง/ช่องทางการเข้าถึงภาวะสุขภาพที่ดี และฝึกปฏิบัติ วิธีค้นหาข้อมูลที่เป็นปัญหาทางสุขภาพที่พบบ่อย โดยใช้โปรแกรมที่ช่วยในการสืบค้นหาข้อมูลบนอินเทอร์เน็ตและแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟน และมีการตรวจสอบความเข้าใจด้วยการใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back) โดยให้กลุ่มตัวอย่างอธิบายสิ่งที่ได้รับคำแนะนำด้วยคำพูดของกลุ่มตัวอย่างเองด้วยการตั้งคำถามเป็นปลายเปิด

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาการสื่อสาร และการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว สัปดาห์ที่ 1 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เวลา 3 ชั่วโมง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 7-10 คน วิเคราะห์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและการพูดเพื่อโน้มน้าวใจ ฝึกทักษะการเจรจาต่อรอง ได้ตอบ ถ่ายทอดประสบการณ์กับผู้อื่นเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน ฝึกการจัดการตนเองโดยมีการกำหนดเป้าหมายที่เป็นไปได้จริงในการควบคุมสุขภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างรู้จักใช้ 3 คำถามสุขภาพ (Ask Me 3) ได้แก่ 1) ปัญหาสุขภาพของฉันทคืออะไร 2) ฉันทต้องทำอะไรบ้าง และ 3) สิ่งที่ต้องทำสำคัญอย่างไร และฝึกประเมินความเสี่ยงการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจาก แบบฟอร์มเฝ้าระวังความเสี่ยง เพื่อให้ทราบสถานการณ์และแนวโน้มทางสุขภาพ และฝึกประเมินภาวะสุขภาพจากแอปพลิเคชันในสมาร์ตโฟน และบันทึกพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงลงในสมุดบันทึกที่ให้ไป

กิจกรรมที่ 3 เสริมการเรียนรู้เท่าทันสื่อและการตัดสินใจร่วมกับครอบครัว สัปดาห์ที่ 2 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เวลา 3 ชั่วโมง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่ม กลุ่มละ 7-10 คน ให้ผู้เรียนแต่ละกลุ่มระดมสมอง เขียนประโยชน์และโทษของพฤติกรรมสุขภาพที่ควรปฏิบัติและไม่ควรปฏิบัติ ให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนสำรวจตัวเองว่าตัวเองมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อนำไปตัดสินใจ ร่วมกับครอบครัว รวมทั้งการวิเคราะห์สื่อที่ช่วยในการส่งเสริมสุขภาพที่เชื่อถือได้

กิจกรรมที่ 4 ติดตามทางไลน์แอปพลิเคชัน สัปดาห์ที่ 3-7 ติดตามประเมินผลและให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลทางไลน์แอปพลิเคชัน เพื่อติดตามปัญหาและอุปสรรค กระตุ้นกำกับ และให้กำลังใจ เพื่อให้มีการทำพฤติกรรมทางสุขภาพที่สม่ำเสมอต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 5 ชื่นชมความสำเร็จ สัปดาห์ที่ 8 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้เวลา 3 ชั่วโมง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประเมินทักษะการจัดการตนเองจากคู่มือบันทึกพฤติกรรมสุขภาพตนเอง สรุปกิจกรรมและสะท้อนให้กลุ่มตัวอย่างเห็นสิ่งที่ได้รับจากการเรียนรู้หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้รับรูปแบบเสร็จสิ้นแล้ว ได้รับการประเมินผลโดยแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบ และวัดระดับความดันโลหิต

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัว

ประสิทธิภาพของรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง หลังการทดลองพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 1.30, p < .001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -4.34, p < .05$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.84, p < .05$) ดังตารางที่ 1 และระดับความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงและครอบครัวหลังได้รับรูปแบบการกำกับตนเอง และแรงสนับสนุนของครอบครัวอยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในกิจกรรมช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุด เท่ากับ 4.73 รองลงมาคือกิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 ค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือสถานที่ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสมเท่ากับ 4.48 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมรูปแบบ (N = 60)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n= 30)		กลุ่มควบคุม (n= 30)		t
	Mean	SD	Mean	SD	
พฤติกรรมການป้องกันโรคความดันโลหิตสูง					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	3.39	.97	3.25	.71	.19
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	4.31	.44	3.36	.84	1.30**
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	129.20	7.62	130.97	5.16	.29
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	127.43	5.94	131.77	4.80	-4.34*
ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว					
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	84.33	5.74	81.97	5.05	1.32
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	81.97	5.05	85.60	5.32	-2.84*

*p-value < .05, **p-value < .001

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงหลังได้รับรูปแบบการกำกับตนเองและแรงสนับสนุนของครอบครัว (N = 30)

รายการ	M	SD	แปลผล
1. กิจกรรมช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	4.73	0.67	ดีมาก
2. กิจกรรมเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการสนับสนุนเพื่อสนับสนุนการดูแลสุขภาพ	4.68	0.50	ดีมาก
3. มีวิธีการสอนที่มีความเหมาะสม	4.63	0.49	ดีมาก
4. ผู้สอนมีความสามารถในการสอนที่เหมาะสม	4.66	0.47	ดีมาก
5. คู่มือและสื่อการสอนมีความเหมาะสม	4.64	0.44	ดีมาก
6. จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.60	0.49	ดีมาก
7. เวลาที่ใช้มีความเหมาะสม	4.61	0.49	ดีมาก
8. สถานที่ในการจัดกิจกรรมมีความเหมาะสม	4.48	0.46	ดี
ภาพรวม	4.63	0.52	ดีมาก

การอภิปรายผล

1. จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าสถานการณ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดีพอ เช่น ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารสุขภาพ ด้านการจัดการตนเอง ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Namdej et al. (2021) ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ อาจเนื่องมาจากกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจเป็นข้อจำกัดในการเข้าถึง เข้าใจ ชักถามตัดสินใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงโดยถ้าการศึกษาที่ดีจะมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้มีความสามารถในการอ่าน การคำนวณ รวมทั้งการเข้าถึงและการทำความเข้าใจในข้อมูลสุขภาพ นอกจากนี้แรงสนับสนุนของครอบครัวช่วยสร้างกำลังใจในการดูแลสุขภาพและช่วยสนับสนุนความรู้ด้านสุขภาพ ดังการศึกษาของ Sriyasak, et al. (2021) การจัดการร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงกับการจัดการของครอบครัวจะส่งผลต่อการจัดการสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และลดระดับความดันโลหิตได้

2. จากการศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงขึ้น มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัวและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวลดลง ซึ่งเป็นผลมาจากการได้รับรูปแบบการกำกับตนเองและการสนับสนุนทางครอบครัวผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) และการทบทวนวรรณกรรมซึ่งแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ช่วยส่งเสริมความรู้จากระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ จนถึงระดับวิจารณ์ญาณ ที่มีคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ด้าน ร่วมกับครอบครัวไว้ในรูปแบบ โดยมีการเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ตระหนักถึงความเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้นถ้าไม่รู้จักป้องกันโรค ได้รับการพัฒนาทักษะการเข้าถึงและสืบค้นข้อมูลได้ถูกต้องและรู้จักเท่าทันสื่อมากขึ้นที่ถูกต้อง มีความสามารถในการประเมินความเชื่อถือของข้อมูลทำให้เกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองได้มากขึ้น (Sinthuchai et al., 2022) มีการใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back) จะช่วยในการตรวจสอบความเข้าใจ

ในข้อมูลที่น่าไปปฏิบัติตน (Choeisuwan, 2017) การตั้งเป้าหมายที่มีความเจาะจง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกัน การเกิดโรคความดันโลหิตสูงเข้าสู่การดำเนินชีวิตได้จริง วิเคราะห์ความเชื่อถือของข้อมูลได้เพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ การใช้แอปพลิเคชันไลน์ในการสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในประเด็นต่าง ๆ ให้การสนับสนุน และร่วมตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม (Araahung, Hoontrakul, & Roojanvech, 2018; Sarakshetrin, Tongpeth, & Sriwongsa, 2022; Sriyasak, 2021) จากทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) โดยครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรียนรู้ในการดูแลป้องกันโรคความดันโลหิตสูง จัดหาเตรียมอาหารเครื่องดื่มที่เหมาะสม ร่วมในการออกกำลังกาย รู้จักเข้าถึง สืบค้นข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อกลุ่มเสี่ยงมีแรงผลักดันในการดูแลสุขภาพมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างเหมาะสมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Phikulthong and Markmee, 2021) ที่พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในผู้ที่มีความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัวต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงได้รับรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางครอบครัว ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองได้มากขึ้น มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียดที่เหมาะสมซึ่งมีการติดตามโดยทางโทรศัพท์และทางแอปพลิเคชันไลน์ทำให้มีการติดตามการนำความรู้ไปใช้อย่างต่อเนื่องและเข้าถึง การสื่อสารได้ง่าย (Sinthuchai et al., 2022) ร่วมกับมีครอบครัวเป็นผู้ที่ใกล้ชิดได้เข้ากิจกรรมในรูปแบบด้วยทุกครั้ง ทำให้มีความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และสามารถช่วยสนับสนุนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้ระดับความดันโลหิตลดลง ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยที่พบว่า โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและช่วยลดระดับความดันโลหิตได้ (Sinthuchai et al., 2022; Sriyasak et al., 2021)

3. ระดับความพึงพอใจของหลังได้รับรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัว อยู่ในระดับมากที่สุดมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.63 ซึ่งค่าเฉลี่ยมากที่สุด เท่ากับ 4.73 ในหัวข้อการเพิ่มความรู้ ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูง อาจเนื่องมาจากกิจกรรมที่จัดขึ้นมีความเหมาะสมและนำไปใช้ในชีวิตประจำวันที่จะช่วยในการกำกับตนเองในกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ร่วมกับการสนับสนุนจากครอบครัว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการพยาบาลครอบครัวตามรูปแบบความเชื่อการเจ็บป่วยต่อความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อกระเจก และความสามารถของครอบครัวในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคต่อกระเจก ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลกันได้อย่างเหมาะสม (Songwatthannayuth, Savatsuwa, & Nongnouch, 2019)

การนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 หน่วยบริการปฐมภูมิ ควรมีการประเมินความรู้ด้านสุขภาพเพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อคอยสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงให้มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และควรทำแนวปฏิบัติ (clinical practice guideline) ในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อควบคุมภาวะความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันและสะดวกในการติดตามประเมินผลในการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่

1.2 ระดับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์การบริหารส่วนตำบลและผู้นำชุมชนควรมีส่วนสนับสนุนร้านค้า ร้านอาหารที่จำหน่ายผลิตภัณฑ์หรืออาหารที่ลดความหวาน มัน เค็มสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สะดวกในการปรุงอาหารเองได้มีทางเลือกในการเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับภาวะความดันโลหิตสูง โดยอาจจะสนับสนุนงบประมาณสำหรับร้านอาหารนอกรั้วหมู่บ้านหรือการสนับสนุนพืชผักทางการเกษตรในท้องถิ่น นอกจากนี้การสนับสนุนงบประมาณในการจัดพื้นที่ออกกำลังกายในชุมชนที่มีมาตรฐาน

2. ข้อเสนอแนะการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนของครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงจังหวัดเพชรบุรี และสามารถขยายผลไปสู่กลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน กลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรมีการพัฒนาแบบส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงโดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัว รวมทั้งอาสาสมัครสุขภาพประจำหมู่บ้านมีการส่งเสริมในระยะยาวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการสนับสนุนที่ยั่งยืนร่วมกับมีการประเมินติดตาม

References

- Araahung, R., Hoontrakul, S., & Roojanvech, S. (2018). The effects of health literacy enhancement program on hypertensive prevention behavior of pre-hypertension risk group at a community in nakhon pathom province. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 45(3), 509-526. [In Thai]
- Chankrachang, W. (2022). *Factors influencing health literacy among people at risk group of hypertension is one district of phichit province*. Mater's Thesis, Public Health, Naresuan university. [In Thai]
- Darun, P., & Gairat, P. (2019). Health literacy factors influencing on health behavior of population in buengkan province. *Department of Health Service Support Journal*, 15(3), 71-82. [In Thai]
- Egan, B. M., & Stevens-Fabry, S. (2015). Prehypertension—Prevalence, health risks, and management strategies. *Nat. Rev. Cardiol*, 12, 289-300.
- Faselis, C., Dumas, M., Kokkinos, J. P., Panagiotakos, D., Kheirbek, R., Sherif, H. M., et al. (2012). Exercise capacity and progression from prehypertension to hypertension. *Hypertension*, 60, 333-338.
- 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.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112.
- Health Information Center of Phetchaburi Provincial Public Health Office. (2021). *Statistic of non communication disease year 2021*. Phetchaburi: Health Information Center of Phetchaburi Provincial Public Health Office.

- House, J. S. (1981). *Workstress and social support*. BostonMA: Addison-Wesley.
- Kaewdumkeiang, K. (2021). *Health literacy, process, operation, assessment apparatus*. Bangkok: Ideal Digital Print. [In Thai]
- Katsuwan, S., Boonariyatep, T., & Pinjai, R. (2022). Effect of the health behavior modification program by using group process among risk groups of hypertension in rong khem subdistrict, rong kwang district, phrae province. *Journal of the Phrae Hospital, 30*(2), 27-42. [In Thai]
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Degerming sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*, 607-610.
- National Health Development Plan Steering Committee No. 13 (2021). *National health development plan No.13*. Nonthaburi: Ministry of Public Health. [In Thai]
- Namdej, N., Sinthuchai, S., Kittiboonthawal, P., Ubolwan, K., Dejpitaksirikul, S., & Chuencham, J. (2021). Health literacy among the older adults with coexisting type 2 diabetes mellitus and hypertension in primary care cluster, Saraburi. *Journal of Nursing and Education, 14*(3), 15-30. [In Thai]
- Nutbeam, D. (2008). *Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research*. Oxford: Education Research. Oxford university press.
- Phikulthong, T., & Markmee, P. (2021). Factors influencing preventive behavior of hypertension among prehypertension in khlon-khlung district, kamphaeng-phet province. *Thai Journal of Health Education, 44*(2), 31-46. [In Thai]
- Sarakshetrin, A., Tongpeth, J., & Sriwongsa, A. (2022). The effectiveness of health literacy enhancing and developing program on A1C, blood pressure level, health literacy, and diabetes and hypertension control behaviors. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 23*(1), 333-343. [In Thai]
- Sriyasak, A., Sarakshetrin, A., Tongpeth, J., Ket-in, V., Utaitum, N., Mookui, S., & Meesub, T. (2021). The development of health literacy for health management of older persons with diabetes and hypertension in primary care cluster context: Case study in phetchaburi province. *Journal of Health Systems research. 15*(2), 155-173. [In Thai]
- Sinthuchai, S., Namdej, N., Kittiboonthawal, P., Dejpitaksirikul, S., Chuencham, J., Ubolwan, K., & Prathayawad, P. (2022). Health literacy development model to promote self-management behaviors and its health impact on older adults with both type 2 diabetes and hypertension, in primary care clusters in saraburi province. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 37*(1), 58-74. [In Thai]
- Sinto, N., Kamkaew, W., Chummalee, I., & Srisaknnok, T. (2022). Health literacy and health behaviors among risk group of hypertension disease, mahasarakham province. *Research and Development Health System Journal, 15*(3), 99-113. [In Thai]

- Songwatthannayuth, S., Savatsuwa, B., & Nongnouch, S. (2019). Effects of a family nursing intervention based on the Illness Believe model on ability of health behavior in post operation of cataract patients and ability of health behavior of their families with cataract patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 1(2), 16-31. [In Thai]
- Wanitbanha, K. (2016). *Statistical analysis: Statistics for administration and research* (16th ed.). Printing house of Chulalongkorn University. [In Thai]
- World Health Organization. (2021). *Hypertension*. Retrieved from <http://www.Who.int/health topics/hypertension>

ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกัน ภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ในผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจ

นารี ศรชัย, พย.ม.^{1*} วไลพรณ ยอดนิล, พย.ม.¹ ธรรมชาติ อินทร์จันทร์, พย.ม.¹
จารุวรรณ วงษ์วิวัฒนา, พย.บ.¹ พยูน วีระเกียรติกุล, พย.บ.² สิริพร จันทรฉำ, พย.บ.² ศรัณยา สมรส, พย.บ.²
น้ำผึ้ง บุญมี, พย.บ.² วราภรณ์ คำโย, พย.บ.² ฐานวัฒนา แสงกุล, พย.บ.² กมล ดั่งชื่น, พย.บ.²
สุภาวดี ผู้ดีอักษร, พย.บ.² จันทรา หงษ์อ่อน, พย.บ.² เสาวลักษณ์ เกตุประยูร, พย.บ.²
ณัฐกมล จันทรักษ์, พย.บ.² จริญญา เพชรคง, พย.บ.²

บทคัดย่อ

ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นการติดเชื้อที่พบบ่อยในโรงพยาบาล การวิจัยปฏิบัติการนี้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน และประเมินผลลัพธ์การนำไปใช้ในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะคือ (1) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และ (2) ระยะนำไปใช้และประเมินผล กลุ่มตัวอย่างระยะพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4 คน และพยาบาลประจำหอผู้ป่วย 11 คน ระยะนำไปใช้และประเมินผลประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 224 คน ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ ก่อนใช้แนวปฏิบัติ 40 คน และหลังใช้แนวปฏิบัติ 40 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกปอดอักเสบ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ และความร่วมมือตามแนวปฏิบัติ เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 แนวปฏิบัติทางการพยาบาลประกอบด้วย 8 หมวด ได้แก่ 1) การจัดท่านอนศีรษะสูง 2) การรักษาความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ 3) การแปรงฟันวันละครั้งและป้ายช่องปากด้วยน้ำยาคลอเฮกซิดีน 4) การดูดเสมหะระบบปิด 5) การดูแลสายเครื่องช่วยหายใจ 6) การทำความสะอาดมือ 7) การสวมกาวแนวยาวและถุงมือ และ 8) การทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ผลตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน โดยใช้ AGREE II พบว่าอยู่ในช่วงร้อยละ 76 ถึง 90 ทุกหมวด ผลการทดลองใช้พบว่าเหมาะสมและปฏิบัติได้ทั้งหมด ระยะที่ 2 พบว่าก่อนใช้แนวปฏิบัติ อุบัติการณ์ VAP 28.98 หลังใช้พบอุบัติการณ์ VAP 15.51 ครั้ง/1,000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ ความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติ ร้อยละ 90.7 และนำไปใช้เป็นประจำ ร้อยละ 58.0

ผลการวิจัยแสดงว่าแนวปฏิบัติช่วยลดอุบัติการณ์ VAP สามารถนำไปใช้ป้องกันการติดเชื้อ การนำไปใช้ควรฝึกอบรมให้มีความรู้และทักษะการใช้แนวปฏิบัติ ควรสนับสนุนอัตรากำลังใจอย่างเพียงพอ ตลอดจนปรับปรุงแนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้น เพื่อส่งเสริมการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย

คำสำคัญ: ปอดอักเสบ เครื่องช่วยหายใจ แนวปฏิบัติทางการพยาบาล เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ อะซิเนโตแบคทีเรีย บาวแมนนีไอ

¹ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

² พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

* ผู้เขียนหลัก e-mail: nareesornchai@gmail.com

The effectiveness of the clinical nursing practice guidelines for preventing of pneumonia caused by multidrug-resistance *Acinetobacter baumannii* on incidence rate of ventilator associated pneumonia in hospital

Naree Sornchai, M.N.S.^{1*}, Walaiphan Yodnil, M.N.S.¹, Thamachat Inchan, M.N.S.¹, Jaruwan Wongwichawatana, B.N.S.¹, Payoon Weerakieatikul, B.N.S.², Siriporn Jancham, B.N.S.², Saranya Somros, B.N.S.², Nampuang Boonmee, B.N.S.², Waraporn Kamyoo, B.N.S.², Yanwattana Sankoon, B.N.S.², Kamon Duangchean, B.N.S.², Supawadee Poodeeaksorn, B.N.S.², Chantra Hongorn, B.N.S.², Saowalak Kateprayoon, B.N.S.², Natthakamon Chanrak, B.N.S.², Jarinya Phetkong, B.N.S.²

Abstract

Ventilator associated pneumonia (VAP) stands out as the most prevalent nosocomial infection. This implementation research aimed to develop and assess the impact of Clinical Nursing Practice Guidelines (CNPG) designed to prevent pneumonia caused by multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* at Sawanpracharak Hospital. The study encompassed two phases: 1) the development of CNPG, involving four infection control nurses and 11 ward nurses, and 2) the implementation and evaluation of CNPG, involving 224 nurses, 40 patients with mechanical ventilation pre- and post-CNPG implementation. Research tools included VAP record forms, nurse satisfaction, and CNPG compliance questionnaires. Data collected from June 1, 2023, to July 31, 2023, underwent descriptive statistical analysis.

The CNPG, comprising eight dimensions, covered aspects such as backrest positioning, cuff pressure monitoring, daily toothbrushing, closed suction, maintaining ventilator circuits, hand hygiene practices, wearing gowns and gloves, and environmental disinfection. Validation by five experts using AGREE II revealed scores between 76 to 90 percent across all dimensions. A pilot study confirmed practicality in all dimensions. VAP rates decreased from 28.98 to 15.51 episodes per 1,000 ventilator days. Nurses demonstrated a 90.7 percent satisfaction score, with 58.0 percent regularly complying with the CNPG. These outcomes suggest that the CNPG effectively reduces VAP rates. Nurses should receive comprehensive training to enhance knowledge and skills, and organizational considerations should include standard staffing and updated guidelines to optimize CNPG implementation.

Key words: Pneumonia, Mechanical Ventilation, Clinical Nursing Practice Guidelines, Multidrug-Resistant Organism, *Acinetobacter baumannii*

¹ Infection Control Nurse, Sawanpracharak hospital, Nakornsawan province

² Infection Control Ward Nurse, Sawanpracharak hospital, Nakornsawan province

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

บทนำ

ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาล ร้อยละ 5-10 เกิดการติดเชื้อปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator associated pneumonia [VAP]) ซึ่งเป็นการติดเชื้อของปอดในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจมาแล้วนานกว่า 48 ชั่วโมง โดยที่ผู้ป่วยไม่เป็นปอดอักเสบมาก่อน (CDC, 2023) ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โดยเฉพาะ Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* (CRAB) มีแนวโน้มสูงขึ้นทั่วโลก รวมทั้งโรงพยาบาลในประเทศไทย (Chusri et al., 2020) การติดเชื้อนี้เป็นปัญหาสำคัญในโรงพยาบาล โดยพบมากในหอผู้ป่วยวิกฤตซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะโรครุนแรง ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญได้แก่ การได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่มคาร์บาเพนิม (Carbapenems) มาก่อน การใส่ท่อช่วยหายใจและการใช้เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายสวนเส้นเลือดดำส่วนกลาง การใส่สายสวนปัสสาวะ การส่องกล้องทางเดินหายใจ การผ่าตัด ระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนาน (Nguyen & Joshi, 2021; Rossi et al., 2019)

สำหรับอุบัติการณ์ VAP ในประเทศไทยแตกต่างกันไปตามระดับของโรงพยาบาล โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จัดเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ขนาด 700 เตียง ได้พัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ในปี พ.ศ. 2562 (Inchan, Sornchai, & Yodnil, 2018) ประกอบด้วยวิธีปฏิบัติดังนี้ (1) การจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา (2) การรักษาความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจระหว่าง 25-30 ซม. น้ำ (3) การดูแลช่องปาก (4) การดูดเสมหะระบบปิด (5) การเปลี่ยนชุดสายเครื่องช่วยหายใจเมื่อปนเปื้อน และ (6) การทำความสะอาดมือ อุบัติการณ์ VAP ปี พ.ศ.2561-2565 เท่ากับ 3.61, 3.16, 3.50, 3.49 และ 4.53 ครั้งต่อการใช้เครื่องช่วยหายใจ 1,000 วัน โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นเนื่องจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

จากรายงานผลการทดสอบความไวของเชื้อแบคทีเรียต่อยาปฏิชีวนะ (antibiogram) ปี พ.ศ. 2565 พบว่าเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ร้อยละ 80 ดื้อต่อยาปฏิชีวนะทุกชนิด และไม่มียาปฏิชีวนะที่ใช้รักษาการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้เกิดการระบาดของ การติดเชื้อ VAP จากเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเป็นกลุ่มก้อน (cluster) จำนวน 17 ครั้ง ในช่วงการระบาด 1 เดือน มีผู้ป่วยติดเชื้อ VAP จำนวน 98 ราย ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว และโรงพยาบาลต้องเสียค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษา VAP เฉลี่ย 50,000 บาทต่อครั้ง นอกจากนั้นยังมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจากการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตเป็นเวลานานขึ้น การติดเชื้อนี้ทำให้อัตราการเสียชีวิตร้อยละ 40 ของการติดเชื้อในโรงพยาบาล (รายงานสอบสวนการระบาดของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์, 2565) อีกทั้งอัตรา VAP สูงเกินเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการรักษายาพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลกระทบต่อหน่วยงาน การติดเชื้อทำให้การรักษาล้มเหลว ทำให้ผู้ใช้บริการขาดความเชื่อมั่นในการดูแลรักษาพยาบาล บุคลากรพยาบาลเกิดความไม่พึงพอใจต่อการปฏิบัติงานเนื่องจากจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพเพิ่มขึ้น และต้องใช้วิธีแยกผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยการย้ายเตียงผู้ป่วยที่ติดเชื้อไว้ในบริเวณเดียวกัน

จากอุบัติการณ์และผลกระทบดังกล่าว ประกอบกับปัจจุบันมีการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลซึ่งเน้นการให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ได้ดำเนินการทบทวนแนวทางปฏิบัติทุก 2 ปี ผลพบว่าแนวปฏิบัติมีความเหมาะสมในด้านการป้องกัน VAP แต่ยังขาดความครอบคลุมในด้านการแยกผู้ป่วยและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพอย่างเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล จากการศึกษาสถานการณ์การปฏิบัติของพยาบาลพบว่ายังไม่มีแนวทางที่ชัดเจนในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ส่งผลให้มีการปฏิบัติที่แตกต่างกันในแต่ละหอผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงได้รับการปฏิบัติที่พยาบาลเพื่อป้องกัน VAP ตามความรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน จากผลการสอบสวนการระบาดพบแหล่งโรคร่วมคือ หน้าจอสัมผัสที่ปรับเครื่องช่วยหายใจ และเครื่องมือแพทย์อื่น ๆ ซึ่งแพร่กระจายผ่านมือของบุคลากรที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทางเดินหายใจ ได้แก่ การดูแลช่องปาก การดูดเสมหะ การปรับเครื่องช่วยหายใจ การได้รับเชื้อผ่านทางละอองฝอยของ nebulizer หรือมีน้ำค้างอยู่ในสายเครื่องช่วยหายใจ ส่งผลให้เกิดการระบาดของ การติดเชื้อ VAP

นอกจากนั้นการประเมินปัญหาอุปสรรคพบข้อจำกัดด้านความแออัดของผู้ป่วย จึงไม่สามารถจัดห้องแยกหรือพื้นที่แยกผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าลักษณะของเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน สามารถอาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลได้เป็นเวลานาน และยากต่อการทำลายเชื้อ (Meschiari et al., 2021; Nguyen & Joshi, 2021) โดยวิธีหลักในการแพร่กระจายเชื้อคือ ผ่านการสัมผัสทางมือของบุคลากร (Montoya et al., 2019) และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ปนเปื้อนเชื้อดื้อยา (Wang et al., 2017; Weinberg et al., 2020) จึงมีข้อเสนอแนะการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่มุ่งเน้นวิธีการที่จำเพาะต่อลักษณะทางระบาดวิทยาของเชื้อก่อโรค โดยการนำชุดแนวปฏิบัติเพื่อควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยา Carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* (CRAB) ซึ่งประกอบด้วยปฏิบัติได้แก่ (1) การล้างมืออย่างเคร่งครัด (2) การสุ่มตรวจเชื้อดื้อยาในสิ่งแวดล้อมเป็นระยะ (3) การใช้มาตรการป้องกันการสัมผัสกับผู้ป่วยทุกราย (4) การกำหนดตารางเวลาทำความสะอาดและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม ผลการนำไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤตพบว่าสามารถควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ CRAB ได้โดยไม่ต้องจัดพื้นที่แยกโรค ไม่ต้องจำกัดการเข้ารักษา หรือปิดหอผู้ป่วยวิกฤต (Meschiari et al., 2021) ซึ่งเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพ จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องปรับปรุงแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกัน VAP จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้น และใช้มาตรการแยกผู้ป่วยทางการสัมผัส (contact isolation) ให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล โดยเริ่มเมื่อผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และยุติการแยกผู้ป่วยเมื่อหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจและตรวจไม่พบเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ ซึ่งจะช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ดื้อยาต้านจุลชีพไปสู่ผู้ป่วยรายอื่น

ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะปรับปรุงแนวปฏิบัติเดิมและศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ซึ่งจะส่งผลให้การป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ด้านคลินิกคือ อุบัติการณ์ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และด้านผลลัพธ์กระบวนการคือ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล และความร่วมมือของพยาบาลในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ใช้กรอบแนวคิดการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของซุคัพ (Soukup, 2000) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ (1) การค้นหาปัญหา (2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์แล้วนำไปสร้างแนวปฏิบัติ (3) การทดลองใช้แนวปฏิบัติ และ (4) การนำแนวปฏิบัติไปใช้และประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ โดยการศึกษาครั้งนี้ประเมินผลลัพธ์ด้านคลินิก ได้แก่ อุบัติการณ์ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ และด้านผลลัพธ์กระบวนการคือ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อแนวปฏิบัติการพยาบาล และความร่วมมือของพยาบาลในการปฏิบัติตามกิจกรรมตามแนวปฏิบัติการพยาบาล

ระเบียบวิธีวิจัย

สถานที่ดำเนินการวิจัยคือ หอผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤต โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนา ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 ทีมพัฒนาเป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย เภสัชกรคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัยคือ ปฏิบัติหน้าที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วยระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมวิจัย เภสัชกรคัดออกจากการวิจัยคือ การไม่สามารถเข้าร่วมในทุกกิจกรรมของโครงการวิจัย มีผู้เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 15 คน โดยเป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จำนวน 4 คน และพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย จำนวน 11 คน กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย เป็นผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง เภสัชกรคัดออกคือผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 48 ชั่วโมง หรือเกิดปอดอักเสบใน 48 ชั่วโมงแรกของการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 40 คน ในส่วนการทดลองใช้ดำเนินการระหว่างวันที่ 1-31 พฤษภาคม 2566 ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ผู้ป่วยจำนวน 8 คน และหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ผู้ป่วยจำนวน 4 คน

ระยะที่ 2 ระยะนำไปใช้ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม คัดเลือกตามเกณฑ์กำหนดคุณสมบัติคือ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 1 ปีขึ้นไป จำนวน 224 คน (2) ผู้ป่วยจำนวน 40 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ (Inclusion criteria) ประกอบด้วย ผู้ป่วยอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจผ่านหลอดลมคอ และใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยไม่เป็นปอดอักเสบก่อนการใส่ท่อช่วยหายใจ ในระหว่างดำเนินการวิจัยผู้ป่วยที่มีลักษณะต่อไปนี้ได้ทำการคัดออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจน้อยกว่า 48 ชั่วโมง เกิดปอดอักเสบใน 48 ชั่วโมงแรกของการใช้เครื่องช่วยหายใจ

เครื่องมือวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะพัฒนา เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย

- (1) แบบคัดกรองเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นแบบสำรวจรายการเอกสารงานวิจัยตามเกณฑ์กำหนด
- (2) แบบประเมินคุณภาพงานวิจัย เพื่อจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์
- (3) แบบบันทึกการสกัดข้อมูลงานวิจัย ของสถาบันโจแอนนาบริกส์
- (4) แบบคำถามสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

ระยะที่ 2 ระยะนำไปใช้ เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ปรับปรุงจากแนวปฏิบัติเดิมที่พัฒนาในปี พ.ศ. 2562 ซึ่งองค์ประกอบของแนวปฏิบัติเดิมมีความเหมาะสมในด้านการป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ และเพิ่มองค์ประกอบด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 เครื่องมือรวบรวมข้อมูลของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย

(1) แบบตรวจสอบรายการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาล (checklist) ตามแนวทางของศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2023) มีค่าคะแนน 2 ระดับคือ 1 = ปฏิบัติ 0 = ไม่ปฏิบัติ ประกอบด้วยกิจกรรม 8 หมวดคือ 1) การจัดท่าศีรษะสูง 2) การวัดความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ 3) การแปรงฟัน 4) การดูดเสมหะระบบปิด 5) การดูแลสายเครื่องช่วยหายใจ 6) การใส่กาวและถุงมือ 7) การล้างมือและการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ และ

8) การทำความสะอาดและทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence : IOC) พบว่าทุกข้อมีค่า IOC = 1 แบบประเมินนี้ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติของบุคลากรประจำวัน โดยผู้ช่วยวิจัยสังเกตการปฏิบัติ และตรวจสอบรายการปฏิบัติทุกวัน เวลา 14.00 น.

(2) แบบสอบถามความร่วมมือการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นการวัดระดับความถี่ของพฤติกรรมด้วยตนเองตามกิจกรรม 8 หมวด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับดังนี้ 5 = ทำเป็นประจำสม่ำเสมอ 4 = ทำบ่อย ๆ 3 = ทำบางครั้ง 2 = ทำนาน ๆ ครั้ง 1 = ไม่เคยทำเลย

(3) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกัน VAP ตามกิจกรรม 8 หมวด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ 5 = มากที่สุด 4 = มาก 3 = ปานกลาง 2 = น้อย 1 = น้อยที่สุด

2.2 เครื่องมือรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ได้แก่ แบบบันทึกการวินิจฉัยปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นแบบตรวจสอบรายการอาการและการแสดงของปอดอักเสบ ผลการอ่านภาพรังสีทรวงอกโดยรังสีแพทย์ และวินิจฉัยปอดอักเสบโดยแพทย์ผู้รักษาซึ่งมีข้อมูลครบตามเกณฑ์ของศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC, 2023) มีลักษณะดังนี้คือ ผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจนานกว่า 48 ชั่วโมง ที่มีผลการตรวจภาพรังสีทรวงอกผิดปกติตั้งแต่ 2 ภาพขึ้นไป พบความผิดปกติที่เกิดขึ้นใหม่และไม่หายไป หรือมากขึ้น 1 ข้อต่อไปนี้ infiltrate, consolidation หรือ cavitation มีอาการอย่างน้อย 1 ข้อคือ (1) มีไข้ อุณหภูมิร่างกายมากกว่า 38 องศาเซลเซียส โดยไม่มีสาเหตุอื่น (2) ภาวะ Leukocytosis (เม็ดเลือดขาวในเลือด มากกว่า 12,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) หรือ Leukopenia (เม็ดเลือดขาวในเลือดน้อยกว่า 4,000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร) และการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างน้อย 1 ข้อต่อไปนี้ (1) แยกเชื้อได้จากการเพาะเชื้อในเลือด (2) แยกเชื้อได้จากสิ่งส่งตรวจทางเดินหายใจส่วนล่าง (3) ตรวจพบเชื้อจากน้ำล้างหลอดลมจำนวนมากถึงเกณฑ์วินิจฉัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item Objective Congruence : IOC) พบว่าทุกข้อมีค่า IOC = 1 ข้อคำถามมีความถูกต้องและเหมาะสม

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวัดความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน โดยการประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) คำนวณค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1 ผู้ประเมินมีความเห็นสอดคล้องกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Implementation research) ดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของซูกัพ (Soukup, 2000) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การค้นหาปัญหา (2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (3) การพัฒนาแนวปฏิบัติและทดลองใช้ (4) การประเมินผลการนำไปใช้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา ผู้วิจัยศึกษาสถานการณ์และดำเนินการประชุมกลุ่มพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ประเด็นคำถามที่ใช้สนทนากลุ่มประกอบด้วยสถานการณ์การระบาดของเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ปัญหาด้านการปฏิบัติเพื่อป้องกันปอดอักเสบในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล ดำเนินการโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นผู้นำสนทนากลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 3 กลุ่ม ระยะเวลากลุ่มละ 1 ชั่วโมง เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

กำหนดวัตถุประสงค์คือเพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน การนำแนวปฏิบัติทางการพยาบาลไปใช้ดูแลผู้ป่วย และปัญหาอุปสรรคการนำไปใช้ กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ และผลลัพธ์คือการลดอุบัติการณ์ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มนำไปกำหนดแนวทางการนำไปใช้เพื่อเพิ่มความร่วมมือในการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติเดิม กำหนดคำสำคัญที่ใช้สืบค้น PICO (P = Population, I = Intervention, C = Comparison intervention และ O = Outcome) คำสำคัญที่ใช้สืบค้นคือ Mechanical ventilation, Ventilator associated Pneumonia, *Acinetobacter baumannii*, Prevention, Guidelines สืบค้นจากเอกสารงานวิจัยในวารสารและฐานข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ ได้แก่ Pubmed, Sciencedirect, Google scholar กำหนดเกณฑ์คัดเลือกคืองานวิจัย แนวปฏิบัติ หรือการสังเคราะห์วรรณกรรมฉบับเต็มที่มีพิมพ์เผยแพร่ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2019-2023 การคัดเลือกรงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมคนที่ 1 สืบกรายการเอกสารงานวิจัยที่สืบค้นได้จากชื่อเรื่องและบทคัดย่อแล้วทำการคัดเลือกลงในแบบคัดกรองเอกสารที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพจำนวน 39 เรื่อง ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิจัยเชิงทดลอง (Level 1) จำนวน 21 เรื่อง การวิจัยกึ่งทดลอง (Level 2) จำนวน 15 เรื่อง การวิจัยเชิงวิเคราะห์ติดตามไปข้างหน้า (Level 3) จำนวน 3 เรื่อง การประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยผู้วิจัยและผู้วิจัยร่วมคนที่ 1 อ่านรายงานวิจัยและสรุปลงในแบบประเมินคุณภาพงานวิจัย จัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ ตามเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute, 2013) ในกรณีที่ผู้วิจัยอ่านผลงานวิจัยแล้วพบว่าการประเมินค่างานวิจัยไม่ตรงกันได้ทำการปรึกษาเพื่อหาข้อสรุปร่วมกัน บันทึกผลลงในแบบบันทึกการสกัดข้อมูลงานวิจัย นำข้อมูลมาสังเคราะห์และสรุปเชิงเนื้อหาในการอธิบายการป้องกันภาวะปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ผลพบว่าวิธีการที่มีประสิทธิภาพในการป้องกัน VAP คือ การจัดทำศีรษะสูง 30 องศา และการดูแลช่องปาก สำหรับองค์ความรู้ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเน้นมาตรการล้างมืออย่างเคร่งครัด การเปลี่ยนถุงมืออย่างเหมาะสม การใช้กาวกันแขนยาวและถุงมือ และมาตรการทำความสะอาดและทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมอย่างทั่วถึง ซึ่งผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติคือ อุบัติการณ์ VAP ลดลง

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาแนวปฏิบัติโดยยกร่างแนวปฏิบัติซึ่งปรับปรุงเพิ่มเติมด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางการสัมผัส ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหา และประเมินคุณภาพโดยใช้เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวปฏิบัติ (AGREE II, 2009) ผลพบว่ามีเหมาะสมต่อการนำไปใช้ปฏิบัติในโรงพยาบาล ดำเนินการศึกษานำร่องที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม เป็นเวลา 1 เดือน โดยกลยุทธ์เพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติได้แก่ การให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดทำคู่มือปฏิบัติ การนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ การตรวจสอบรายการปฏิบัติประจำวัน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการประชุมกลุ่มทุกสัปดาห์ จากการประเมินผลการทดลองใช้พบว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจน สามารถปฏิบัติตามได้ มีประโยชน์และเหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยก่อนการใช้แนวปฏิบัติ

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัยกับหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วย ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัยจำนวน 11 คน เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย จัดประชุม 1 ครั้งในช่วงสัปดาห์แรก เพื่อชี้แจงการใช้แนวทางปฏิบัติเดิม และแนวทางการเก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน 2566 ถึงวันที่ 31 พฤษภาคม 2566 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยตรวจเยี่ยมผู้ป่วยทุกวัน เวลา 9.00 น. ตรวจสอบรายการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ (checklist) ทุกวันเวลา 14.00 น. ประสานรังสีแพทย์อ่านภาพรังสีทรวงอกทุกราย ติดตามผู้ป่วยจนกระทั่งหยุดใช้เครื่องช่วยหายใจเป็นเวลา 48 ชั่วโมง การวินิจฉัย VAPตามเกณฑ์มาตรฐาน CDC โดยแพทย์ผู้รักษาซึ่งมีข้อมูลครบตามแบบตรวจสอบรายการวินิจฉัย

ระยะที่ 2 ระยะการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอนคือ

(1) ขั้นเตรียมการ โดยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย ผีอกบรมและฝึกทักษะการใช้แนวปฏิบัติแก่บุคลากรแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม จำนวน 12 หอผู้ป่วย ในช่วงสัปดาห์แรกของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการปฏิบัติ เตรียมแผนการนิเทศ คู่มือปฏิบัติงาน แบบประเมินการปฏิบัติ และการประสานงานจัดเตรียมอุปกรณ์ตามแนวปฏิบัติ

(2) ขั้นตอนการนำไปใช้ โดยการวางแผนการนิเทศติดตามกำกับตามแนวปฏิบัติ การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการประเมินผลลัพธ์คืออุบัติการณ์ VAP

กลยุทธ์ที่ใช้เพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติของบุคลากร ได้แก่ การนิเทศ ประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับประจำวัน ช่วยให้ผู้ป่วยติดตามตรวจสอบตนเองและปรับปรุงพฤติกรรมให้สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ การจัดกิจกรรมทบทวนการติดเชื้อ VAP ทุกสัปดาห์ โดยประเมินประเด็นต่อไปนี้เป็นได้มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติหรือไม่ และปัญหาอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งเป็นการสร้างการมีส่วนร่วม ช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย การประชุมสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้และช่วยแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติ

การใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ โดยบุคลากรเริ่มใช้แนวปฏิบัติเมื่อผู้ป่วยได้รับการใส่เครื่องช่วยหายใจ ทุกสายบุคลากรสวมกาวน์และถุงมือเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยทุกรายและเปลี่ยนเมื่อดูแลผู้ป่วยรายใหม่ การทำความสะอาดมืออย่างเคร่งครัดเมื่อทำกิจกรรมตามแนวปฏิบัติทางการแพทย์ การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่เป็นจุดสัมผัสร่วมได้แก่ หน้าจอสัมผัสของเครื่องมือแพทย์โดยใช้กระดาษเช็ดฆ่าเชื้อ การทำลายเชื้อพื้นผิวสัมผัสวันละครั้งภายหลังทำกิจกรรมตรวจรักษาพยาบาลแล้วเสร็จ เวลา 10.00 น. การเก็บรวบรวมข้อมูลการปฏิบัติ โดยผู้ช่วยวิจัยตรวจสอบรายการปฏิบัติประจำวัน และให้ข้อมูลย้อนกลับแก่บุคลากรทุกวันเวลา 14.00 น.

(3) ขั้นประเมินผลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มผู้ป่วยหลังใช้แนวปฏิบัติ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2566 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงใหม่ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ

จากการติดตามการปฏิบัติของบุคลากรตามแนวปฏิบัติในหอผู้ป่วย 11 แห่ง พบปัญหาด้านการสื่อสารแนวปฏิบัติเกี่ยวกับระยะเวลาที่กำหนดทำกิจกรรม เช่น การดูแลช่องปาก ทุก 4-6 ชั่วโมง การวัดความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจทุก 8 ชั่วโมง ผู้ใช้แนวปฏิบัติต้องการรวบรวมกิจกรรมให้สอดคล้องกันในช่วงเวลาเดียวกันให้เป็นแนวทางเดียวกันทุกหอผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ใช้แนวปฏิบัติทำตามได้ง่าย และสะดวกในการประเมินติดตามการปฏิบัติของบุคลากร ปัญหาอุปสรรคที่พบคือการกำหนดเวลาทำกิจกรรมของแต่ละหอผู้ป่วยแตกต่างกันเนื่องจากภาระงาน และเวลาในการตรวจเยี่ยมของแพทย์ จึงประสานงานกับคณะกรรมการบริการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล เพื่อปรับเวลาให้การพยาบาลพื้นฐานเป็นแนวทางเดียวกัน และกำหนดลำดับของกิจกรรมการพยาบาลตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยให้ทุกหอผู้ป่วยทำกิจกรรมการพยาบาลพื้นฐาน ได้แก่ การเช็ดตัวผู้ป่วย การทำความสะอาดเตียง และการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมเป็นกิจกรรมสุดท้ายโดยให้เสร็จสิ้นก่อนการตรวจเยี่ยมของแพทย์ในเวลาเช้า และการเข้าเยี่ยมของญาติผู้ป่วย เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพจากสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย นอกจากนั้นพบปัญหาด้านอุปกรณ์ไม่เพียงพอ ได้แก่ แก้วน้ำสำหรับใช้ดูแลช่องปาก สายดูดเสมหะระบบปิด ชุดกาวน์แขนยาว และกระดาษเช็ดฆ่าเชื้อ จึงประสานงานผู้เกี่ยวข้องเพื่อจัดทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติ การแก้ไขปัญหาในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ดังกล่าวช่วยให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติได้ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะทางประชากร โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลความพึงพอใจ ข้อมูลความร่วมมือการปฏิบัติของพยาบาล โดยแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ

3. ข้อมูลการเกิด VAP นำมาวิเคราะห์อุบัติการณ์ VAP ต่อ 1,000 วัน การใส่เครื่องช่วยหายใจ และเปรียบเทียบอุบัติการณ์ VAP ก่อนการใช้ และขณะใช้แนวปฏิบัติ

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้รับอนุมัติการทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ (เลขที่ COA.10/2566) ลงวันที่ 24 มีนาคม 2566 ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยแนะนำตนเอง และชี้แจงต่อญาติสายตรงของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ บิดา มารดา คู่สมรส หรือบุตรตามกฎหมาย เกี่ยวกับวิธีการศึกษา และออกจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับ กรณีที่มีปัญหาเกิดขึ้นผู้วิจัยและทีมพยาบาลพร้อมให้ความช่วยเหลือและแก้ไขปัญหาอย่างทันที ในกรณีที่พบว่ามี การติดเชื้อได้มีการให้พยาบาลตามมาตรฐานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ข้อมูลที่ได้เก็บเป็นความลับ การรายงานผลในภาพรวมและใช้ประโยชน์เพื่อการปรับปรุงคุณภาพการรักษาพยาบาล หลังจากที่ได้ญาติสายตรงของกลุ่มตัวอย่างเข้าใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการศึกษา จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ จำนวน 224 ราย อายุระหว่าง 21-58 ปี อายุเฉลี่ย 31.3 ปี ($SD = 8.9$) ปฏิบัติงานที่แผนกอายุรกรรม จำนวน 135 ราย (ร้อยละ 60.3) แผนกศัลยกรรม จำนวน 89 ราย (ร้อยละ 39.7) จำแนกตามประเภทหอผู้ป่วยพบว่า ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 74 ราย (ร้อยละ 33.0) หอผู้ป่วยสามัญ จำนวน 150 ราย (ร้อยละ 67.0) ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1-5 ปี จำนวน 126 ราย (ร้อยละ 56.3) 6-10 ปี จำนวน 40 ราย (ร้อยละ 17.9) มากกว่า 10 ปีขึ้นไป จำนวน 58 ราย (ร้อยละ 25.9) ดังตารางที่ 1

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ มีอายุระหว่าง 20-79 ปี อายุเฉลี่ย 55.6 ปี ($SD = 16.8$) ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่าง 5-66 วัน ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 18.9 วัน ($SD = 11.5$) กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ มีอายุระหว่าง 16-82 ปี อายุเฉลี่ย 59.1 ปี ($SD = 17.8$) ระยะเวลาการใช้เครื่องช่วยหายใจ ระหว่าง 6-40 วัน ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจเฉลี่ย 14.5 วัน ($SD = 7.7$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปกลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ($n = 224$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ($n = 224$)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	0.9
หญิง	222	99.1
อายุ ($M = 31.3$ ปี, $SD = 8.9$ ปี, Range = 21-58 ปี)		
20-29 ปี	129	57.6
30-39 ปี	45	20.1
40-49 ปี	42	18.7
50-59 ปี	8	3.6
แผนกที่ปฏิบัติงาน		
อายุรกรรม	135	60.3
ศัลยกรรม	89	39.7

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ (n = 224)	
	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทหอผู้ป่วย		
หอผู้ป่วยวิกฤต	74	33.0
หอผู้ป่วยสามัญ	150	67.0
ระยะเวลาปฏิบัติงาน		
1-5 ปี	126	56.2
6-10 ปี	40	17.9
มากกว่า 10 ปี	58	25.9

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 80)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 40)		กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	23	57.5	24	60.0
หญิง	17	42.5	16	40.0
โรคที่เป็นสาเหตุหลัก				
โรคหัวใจและหลอดเลือด	7	17.5	10	25.0
โรกระบบประสาท	18	45.0	15	37.5
โรกระบบทางเดินหายใจ	6	15.0	5	12.5
โรกระบบทางเดินอาหาร	3	7.5	5	12.5
โรกระบบทางเดินปัสสาวะ	2	5.0	2	5.0
โรคกระดูกและข้อ	2	5.0	3	7.5
โรคต่อมไทรอยด์	1	2.5	0	0.0
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง	1	2.5	0	0.0
อายุ				
กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ	(M = 55.6 ปี, SD = 16.8 ปี, Range = 20-79 ปี)			
กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ	(M = 59.1 ปี, SD = 17.8 ปี, Range = 16-82 ปี)			
ระยะเวลาใช้เครื่องช่วยหายใจ				
กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ	(M = 18.9, SD = 11.5, Range = 5-66 วัน)			
กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ	(M = 14.5, SD = 7.7, Range = 6-40 วัน)			

วัตถุประสงค์ที่ 1 เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์พยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่อง

ช่วยหายใจจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน โดยทีมพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในแผนกอายุรกรรมและ ศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 10 คน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ 2 คน เกษศกรเฉพาะทางด้าน เชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 1 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 5 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 คน อาจารย์ พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และด้านการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ 1 คน สารสำคัญของแนวปฏิบัติการ พยาบาลโดยสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ การสกัดข้อมูลงานวิจัยและนำข้อมูลมาสรุปผลเชิงเนื้อหา และจัดระดับ ของข้อแนะนำตามหลักเกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ และการจัด หมวดหมู่ครบตามแนวทางการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ (AGREE II, 2009) แนวปฏิบัตินี้มีองค์ประกอบ 8 หมวด มีรายละเอียดดังนี้

- หมวดที่ 1 การจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา level of evidence 1
ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศา ถ้าไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์
- หมวดที่ 2 การรักษาความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ level of evidence 2
ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการวัดความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจให้มีค่าระหว่าง 25-30 ซม. น้ำ
- หมวดที่ 3 การดูแลช่องปาก level of evidence 1
ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินสภาพช่องปากวันละครั้ง การดูแลช่องปากโดยการแปรงฟันอย่างน้อย วันละครั้ง ดูแลความชุ่มชื้นของเยื่อช่องปาก และป้ายช่องปากด้วยน้ำยา 0.12% Chlorhexidine gluconate ทุก 4-6 ชั่วโมง ยกเว้นผู้ป่วยที่มีแผลในช่องปากให้ใช้น้ำปราศจากเชื้อ (sterile water)
- หมวดที่ 4 การดูดเสมหะระบบปิด level of evidence 1
ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการดูดเสมหะระบบปิดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปสู่สิ่งแวดล้อม
- หมวดที่ 5 การดูแลสายเครื่องช่วยหายใจ level of evidence 1
ผู้ป่วยทุกรายควรได้รับการประเมินปริมาณน้ำที่ค้างในสายเครื่องช่วยหายใจทุก 4-6 ชั่วโมง หากมีน้ำค้างอยู่ใน สายเครื่องช่วยหายใจ ควรเทน้ำออกด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ เปลี่ยนสายเครื่องช่วยหายใจเมื่อปนเปื้อน ไม่กำหนดเปลี่ยน เป็นประจำ
- หมวดที่ 6 การทำความสะอาดมืออย่างเคร่งครัด level of evidence 2
บุคลากรควรทำความสะอาดมือระดับหัตถการ (Hygienic handwashing) ก่อนให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่อง ช่วยหายใจ และอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ
- หมวดที่ 7 การสวมกาวน์และถุงมือ level of evidence 3
บุคลากรควรสวมกาวน์แขนยาวและถุงมือเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจทุกรายเพื่อป้องกันเชื้อดื้อยา ด้านจุลชีพปนเปื้อนที่ลำตัวของบุคลากร และเปลี่ยนกาวน์และถุงมือเมื่อให้การดูแลผู้ป่วยรายใหม่
- หมวดที่ 8 การทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย level of evidence 3
บุคลากรควรทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยประจำวัน และทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมด้วยน้ำยา 0.5% Sodium hypochlorite วันละครั้ง
- ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและคุณภาพของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 2 ท่าน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 2 ท่าน และพยาบาลด้านผู้ป่วยวิกฤต 1 ท่าน โดยใช้ เครื่องมือการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ (AGREE II, 2556) ของสถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้คะแนนการประเมินหมวดที่ 1 ขอบเขตและวัตถุประสงค์ ร้อยละ 83.33 หมวด ที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้อง ร้อยละ 76.67 หมวดที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ร้อยละ 85.00 หมวดที่ 4 ความชัดเจนและการนำเสนอ ร้อยละ 83.33 หมวดที่ 5 การประยุกต์ใช้ ร้อยละ 85.83 หมวดที่ 6 ความเป็นอิสระของ

ทีมจัดทำแนวปฏิบัติ ร้อยละ 90.00 คะแนนประเมินภาพรวม ร้อยละ 80.00 และผู้ประเมินทั้งหมดมีความเห็นว่าแนวปฏิบัติทางการแพทย์มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน

ผู้วิจัยทำการศึกษานำร่องโดยการทดลองใช้ที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เป็นเวลา 1 เดือน ในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 12 คน และพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 20 คน ผลการทดสอบความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ โดยพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ 8 หมวด มีความเห็นว่าเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดั้มาก ร้อยละ 100 ทุกหมวด

กลยุทธ์เพิ่มความร่วมมือในการปฏิบัติได้แก่ การให้ความรู้และฝึกทักษะ การจัดทำคู่มือปฏิบัติ การนิเทศติดตามการใช้แนวปฏิบัติโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ การตรวจสอบรายการปฏิบัติประจำวัน การให้ข้อมูลย้อนกลับ และการประชุมกลุ่มทุกสัปดาห์ ผลการทดลองใช้พบว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจน มีความเหมาะสมในการปฏิบัติในหน่วยงานสามารถปฏิบัติตามได้ มีประโยชน์ต่อหน่วยงานสามารถลดอุบัติการณ์ VAP ได้ และลดภาระงานของพยาบาลโดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าเขตแยกโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้วิธีปฏิบัติแยกผู้ป่วยทางการสัมผัสเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยทุกรายเป็นการลดผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ถูกจำกัดในเขตแยกโรค บุคลากรพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติในระดับมาก โดยมีข้อเสนอแนะคือ บุคลากรทุกคนควรเพิ่มการทำความสะอาดมืออย่างเคร่งครัด นอกจากนั้นการนิเทศโดยพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ และการตรวจสอบรายการปฏิบัติประจำวันช่วยสื่อสารการปฏิบัติที่ถูกต้อง และกระตุ้นเตือนผู้ปฏิบัติงานให้ปฏิบัติตามอย่างสม่ำเสมอ การติดตามประเมินการปฏิบัติของบุคลากรและการให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อสิ้นสุดการปฏิบัติงานในแต่ละเวรช่วยให้การปฏิบัติสอดคล้องกับแนวปฏิบัติการพยาบาล การประชุมกลุ่มทุกสัปดาห์เพื่อประเมินปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้พบปัญหาด้านการจัดเตรียมอุปกรณ์เช่น ชุดดูแลช่องปาก เครื่องป้องกันร่างกายไม่เพียงพอ การปฏิบัติงานของพนักงานทำความสะอาด จึงมีการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

วัตถุประสงค์ที่ 2 ศึกษาประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติการพยาบาล

กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ พบอุบัติการณ์ VAP จำนวน 22 ราย (ร้อยละ 55.0) คิดเป็นอุบัติการณ์ 28.98 ครั้ง/1,000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ เชื้อก่อโรคที่พบเป็น *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานจำนวน 17 ราย (ร้อยละ 77.3) และ *Pseudomonas aeruginosa* 5 ราย (ร้อยละ 22.7) กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติพบอุบัติการณ์ VAP จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 22.5) คิดเป็นอุบัติการณ์ 15.51 ครั้ง/1,000 วันการใช้เครื่องช่วยหายใจ เชื้อก่อโรคทั้งหมดเป็น *Acinetobacter baumannii* ที่ดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 อุตการณ์ปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจกลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ

กลุ่มตัวอย่าง	จำนวนการเกิด VAP (ครั้ง)	จำนวน Ventilator day (วัน)	VAP incidence/ 1,000 ventilator day
กลุ่มก่อนใช้แนวปฏิบัติ (n = 40)	22	759	28.98
กลุ่มหลังใช้แนวปฏิบัติ (n = 40)	9	580	15.51

ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล ร้อยละ 90.7 ระดับมากที่สุด จำนวน 125 ราย (ร้อยละ 55.8) ระดับมาก จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 42.0) และระดับปานกลาง จำนวน 5 ราย (ร้อยละ 2.2) การประเมินความร่วมมือตามแนวปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองพบว่า ทำเป็นประจำสม่ำเสมอ จำนวน 130 ราย (ร้อยละ 58.0) และทำบ่อยครั้ง จำนวน 94 ราย (ร้อยละ 42.0) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาล (n = 224)

ระดับความพึงพอใจ	กลุ่มพยาบาลผู้ใช้นโยบาย (n = 224)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจ		
มากที่สุด	125	55.8
มาก	94	42.0
ปานกลาง	5	2.2
ระดับความร่วมมือในการปฏิบัติ		
ทำเป็นประจำสม่ำเสมอ	130	58.0
ทำบ่อยครั้ง	94	42.0

อภิปรายผล

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติทางการพยาบาลสำหรับการป้องกันภาวะปอดอักเสบที่สัมพันธ์กับการใช้เครื่องช่วยหายใจจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน มีองค์ประกอบ 8 หมวดได้แก่ ได้แก่ 1) การจัดทำนอนศีรษะสูง 2) การรักษาความดันในกระเปาะลมของท่อช่วยหายใจ 3) การแปรงฟันวันละครั้งและป้ายช่องปากด้วยน้ำยาคลอเฮกซิดีน 4) การดูดเสมหะระบบปิด 5) การดูแลสายเครื่องช่วยหายใจ 6) การทำความสะอาดมือและการใช้เทคนิคปลอดเชื้อ 7) การสวมกาวแน่นแขนยาวและถุงมือ และ 8) การทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม การปรับปรุงแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพิ่มขึ้นในด้านการควบคุมการติดเชื้อต้านจุลชีพหลายขนานดำเนินการตามขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของซุคัพ (Soukup, 2000) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ (1) การค้นหาปัญหา (2) การสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ (3) การพัฒนาแนวปฏิบัติและทดลองใช้ (4) การประเมินผลการนำไปใช้ ขั้นตอนการพัฒนาดังกล่าวมุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติซึ่งได้มาจากปัญหาการปฏิบัติงานและการมีส่วนร่วมของบุคลากร เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทั้งต่อบุคลากรและผู้รับบริการ ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติประกอบด้วยบุคลากรสหสาขาวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จำนวน 10 คน ได้แก่ อายุรแพทย์โรคติดเชื้อ 2 คน เภสัชกรเฉพาะทางด้านเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพ 1 คน พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 5 คน พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 คน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และด้านการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ 1 คน

สาระสำคัญของแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยสังเคราะห์จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ผ่านเกณฑ์ประเมินคุณภาพจำนวน 39 เรื่อง ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และการวิจัยเชิงทดลอง (Level 1) จำนวน 21 เรื่อง การวิจัยกึ่งทดลอง (Level 2) จำนวน 15 เรื่อง การวิจัยเชิงวิเคราะห์ติดตามไปข้างหน้า (Level 3) จำนวน 3 เรื่อง การสกัดข้อมูลงานวิจัย นำข้อมูลมาสังเคราะห์และสรุปผลเชิงเนื้อหา ผลการวิเคราะห์พบประเด็นหลักในการป้องกัน VAP คือ การจัดท่าศีรษะสูง 30 องศา และการดูแลช่องปาก สำหรับผลการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานเน้นมาตรการล้างมืออย่างเคร่งครัด การเปลี่ยนถุงมืออย่างเหมาะสม การใช้กาวแน่นแขนยาวและถุงมือ การทำความสะอาดและทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมอย่างทั่วถึง จึงช่วยป้องกันการนำสิ่งคัดหลั่งในช่องปากที่ปนเปื้อนเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนานจากสิ่งแวดล้อมการดูแลรักษาเข้าสู่ทางเดินหายใจของผู้ป่วย ร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อื่น ๆ นำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติเดิมและจัดหมวดหมู่ให้ครอบคลุมแนวทางการประเมินคุณภาพแนวทางปฏิบัติ (AGREE II, 2009) รวมทั้งการมีผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการ

พัฒนาแนวปฏิบัติตรวจสอบจึงทำให้ข้อแนะนำอยู่บนพื้นฐานของการทบทวนอย่างเป็นระบบ จึงได้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือ

การประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยทำการศึกษา นำร่องในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ ผลการศึกษาภายหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 12 คน พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทั้ง 8 หมวด มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก ร้อยละ 100 ทุกหมวด โดยเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน มีประโยชน์ต่อหน่วยงานช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อและลดค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน

การพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ครั้งนี้ พบว่าข้อแนะนำด้านการดูแลช่องปากเพื่อป้องกัน VAP ไม่แนะนำการใช้ chlorhexidine (SHEA/IDSA/APIC, 2022) เนื่องจากผลการสังเคราะห์งานวิจัยว่าคุณภาพของหลักฐานระดับปานกลางและผลลัพธ์ไม่ชัดเจนในการป้องกันปอดอักเสบ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลช่องปากมีรายงานความสัมพันธ์ที่ชัดเจนในด้านเชื้อก่อโรคที่อาศัยในช่องปากกับการเกิด VAP จึงมีข้อแนะนำเรื่องการแปรงฟันวันละครั้ง แต่ในด้านการใช้น้ำยานั้นยังคงมีความแตกต่างกันในเรื่องการใช้น้ำยา chlorhexidine ที่ความเข้มข้นต่าง ๆ กัน อย่างไรก็ตามอาจพิจารณาใช้ในบริบทที่มีความชุกของเชื้อดื้อยาสูง เนื่องจากน้ำยา chlorhexidine มีคุณสมบัติเป็นประจุบวกจึงช่วยลดการเกาะติดของเชื้อแบคทีเรียแกรมลบในเยื่อช่องปาก สำหรับการดูแลช่องปากในงานวิจัยนี้ใช้วิธีการแปรงฟันวันละครั้ง ร่วมกับการใช้น้ำยา 0.12% chlorhexidine ป้ายเยื่อช่องปากตามข้อแนะนำแนวทางป้องกัน VAP ของประเทศไทย จากการพิจารณารูปแบบของน้ำยาที่ใช้สำหรับช่องปากตามมาตรฐานเภสัชกรรม การกำหนดวิธีการใช้น้ำยาโดยการทาในเยื่อช่องปาก ไม่ได้เหนี่ยวน้ำยาเข้าช่องปากโดยตรง และการใช้ในระยะเวลาสั้น ๆ จึงมีความปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามการนำแนวทางปฏิบัติการดูแลช่องปากไปใช้ซึ่งมีข้อควรระวังคืออาจทำให้เกิดการสำลักระหว่างทำหัตถการ จำเป็นต้องมีการฝึกทักษะการปฏิบัติอย่างถูกวิธี และนิเทศติดตามการปฏิบัติของพยาบาลที่ปฏิบัติงานใหม่

การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลนี้เป็นชุดกิจกรรม (bundle approach) ที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งดำเนินการอย่างเป็นระบบ โดยรวบรวมผลงานวิจัยที่ทันสมัยและได้มาตรฐาน โดยผ่านกระบวนการประเมินค่าคุณภาพงานวิจัยและคัดเลือกผลงานวิจัยที่ได้มาตรฐาน มาวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลจากผลงานวิจัยอย่างเป็นระบบ ใช้ข้อมูลหลักฐานมีระดับความน่าเชื่อถือที่สามารถนำไปใช้ได้ และมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ แนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาขึ้นจึงมีความเหมาะสมกับบริบทของการให้บริการในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ อย่างไรก็ตามการมีแนวปฏิบัติเพียงอย่างเดียว ไม่อาจลดอุบัติการณ์ VAP จำเป็นต้องมีการส่งเสริมการนำไปใช้ในการปฏิบัติประจำวันจึงจะช่วยลดอุบัติการณ์ VAP ได้

ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปใช้

การวิจัยนี้ได้ทำการศึกษา นำร่องในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและหอผู้ป่วยหนักโรคหัวใจ เพื่อการประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผลการศึกษาภายหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ 12 คน พบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทั้ง 8 หมวด มีความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับมาก ร้อยละ 100 ทุกหมวด โดยเห็นว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลมีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ สะดวกในการนำไปใช้ มีประโยชน์ต่อหน่วยงานช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อและลดค่ายาต้านจุลชีพที่ใช้รักษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยา มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเพื่อป้องกันการเกิดปอดอักเสบจากการติดเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการประเมินความพร้อมด้านนโยบายและสิ่งสนับสนุนตามแนวปฏิบัติพบว่ามีความพร้อมด้านนโยบายบริหารการพยาบาลซึ่งสนับสนุนการใช้

แนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วยและบุคลากร การเตรียมทีมพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย (Infection control ward nurse : ICWN) เพื่อชี้แจงวิธีการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลโดยมีการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรพยาบาลทุกคน 1 ครั้ง และฝึกทักษะการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติเพื่อป้องกัน VAP จัดเตรียมคู่มือปฏิบัติงาน และแบบสังเกตการปฏิบัติประจำวัน ภายหลังการตรวจสอบความเชื่อมั่นของการสังเกต ICWN จึงดำเนินการถ่ายทอดความรู้ให้แก่บุคลากรในหอผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ในระยะการใช้แนวปฏิบัติ ได้มีการตรวจสอบการปฏิบัติและติดตามสังเกตการปฏิบัติของบุคลากรรายบุคคล ติดตามอุบัติการณ์ VAP ในกรณีที่ผู้ป่วยเกิด VAP ทีมดำเนินการจัดประชุมกลุ่มย่อยเพื่อทบทวนการปฏิบัติและการให้ข้อมูลย้อนกลับ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันทุกคน ผู้วิจัยเปิดช่องทางการติดต่อสอบถามทางไลน์และโทรศัพท์มือถือ เพื่อให้ทีมพยาบาลติดต่อสอบถามเมื่อเกิดปัญหาในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในการนำไปใช้ ช่วยให้เกิดการยอมรับและนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยประจำวัน

จากการประเมินด้านความเหมาะสมในการนำมาใช้ในหน่วยงาน ซึ่งข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติโดยการเริ่มมาตรการป้องกันทางการสัมผัสในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทุกรายมีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบัน เนื่องจากเชื้อก่อโรคในพื้นที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 80 เป็นเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ชนิดดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน การเริ่มมาตรการดังกล่าวก่อนที่จะทราบผลการเพาะเชื้อจึงช่วยลดโอกาสแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ และช่วยป้องกันการก่อนิคมของเชื้อโรคในสิ่งแวดล้อม จึงช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพหลายขนานไปสู่ผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ จากการประเมินผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้พบว่ามีความเหมาะสมในการปฏิบัติในหน่วยงาน สามารถปฏิบัติตามได้ มีประโยชน์ต่อหน่วยงานสามารถลดอุบัติการณ์ VAP ได้ และลดภาระงานของพยาบาลโดยไม่ต้องเคลื่อนย้ายผู้ป่วยเข้าเขตแยกโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้วิธีปฏิบัติแยกผู้ป่วยทางการสัมผัสเป็นมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยทุกราย เป็นการลดผลทางด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ถูกจำกัดในเขตแยกโรค สอดคล้องกับการศึกษาของเมสชิอาริ (Meschiari et al, 2021) ที่นำชุดแนวปฏิบัติควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยา CRAB ซึ่งประกอบด้วยการปฏิบัติ 5 หมวด ได้แก่ (1) การเข้มงวดล้างมืออย่างเคร่งครัด (2) การสุ่มตรวจเชื้อดื้อยาในสิ่งแวดล้อมที่มีการระบาดเป็นระยะ (3) การใช้มาตรการป้องกันทางการสัมผัสกับผู้ป่วยทุกราย (4) การกำหนดตารางเวลาทำความสะอาด (5) วิธีการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อม การนำไปใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าสามารถควบคุมการระบาดของเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพ CRAB ได้โดยไม่ต้องจัดพื้นที่แยกโรค ไม่ต้องจำกัดการเข้ารักษา หรือปิดหอผู้ป่วยวิกฤต

ด้านประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติผลพบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางการพยาบาล พบอุบัติการณ์ VAP 28.98 ส่วนหลังใช้พบว่าอุบัติการณ์ VAP ลดลงเป็น 15.51 ครั้ง/1,000 วัน การใช้เครื่องช่วยหายใจ ทั้งนี้เนื่องจากกลยุทธ์ส่งเสริมการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลไปใช้ครั้งนี้ ได้แก่ (1) การเตรียมบุคลากรโดยการให้ความรู้ และการฝึกทักษะ (2) การจัดทำแผนดำเนินการ โดยการจัดทำคู่มือปฏิบัติงาน แผนการนิเทศ แผนการติดตามการปฏิบัติโดยการตรวจสอบรายการปฏิบัติประจำวัน ร่วมกับการประเมินผลและให้ข้อมูลย้อนกลับในทันที ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติพัฒนาในด้านความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน ช่วยให้มีความพึงพอใจต่อการปฏิบัติที่สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติ และ (3) แผนการประเมินผล โดยการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ และการจัดกิจกรรมทบทวนการเกิด VAP ทุกวัน ในประเด็นต่อไปนี้คือ ได้มีการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติหรือไม่ ผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นหรือทัศนคติต่อแนวปฏิบัติอย่างไร และปัญหาอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ซึ่งเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ ได้ทบทวนการปฏิบัติของตนเอง การรับรู้ผลลัพธ์ช่วยให้เห็นความสำคัญของการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการนำไปใช้และช่วยแก้ไขปัญหามา ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติ

แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพจะเกิดผลลัพธ์ในการป้องกัน VAP ได้นั้น จำเป็นต้องมีการนำไปใช้เป็นประจำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จากการประเมินกระบวนการพบว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในการนำ

แนวปฏิบัติไปใช้ ร้อยละ 90.7 การประเมินระดับความร่วมมือตามแนวปฏิบัติ พบว่าทำตามแนวปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ จำนวน 130 คน (ร้อยละ 58.0) และทำบ่อยครั้ง จำนวน 94 คน (ร้อยละ 42.0) ทั้งนี้เนื่องจากการใช้แนวปฏิบัติไปพร้อม ๆ กับการเก็บผลลัพธ์ อาจทำให้การนำไปใช้ยังไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเป็นข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการทบทวนและปรับปรุงแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ให้เหมาะสมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีเพิ่มขึ้น และควรมีการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงรจนา ขอนทอง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ นายแพทย์วิทยา หวังสมบุญศิริ ประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คุณทองสุข สุภาราญ หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย และพยาบาลทุกท่าน ที่สนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณ ดร.นฤมล จันทร์สุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเขานา ที่แนะนำแนวทางแก้ไขภาคินพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

References

- AGREE Next Steps Consortium (2009). *The AGREE II instrument* [Electronic version]. Retrieved from <http://www.agreetrust.org>.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023). *Pneumonia (Ventilator-associated [VAP] and non-ventilator associated Pneumonia [PNEU]) Event*. 1-19. Retrieved from <https://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/6pscvapcurrent.pdf>
- Chusri, S., Jongsuwiwanwong, W., Silpapojakul, K., Hortiwakul, T., Charoenmak, B., & Pomwised, R. (2020). *Epidemiology and infection control of carbapenem-resistant Acinetobacter baumannii (CRAB) and carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE) in hospital network of lower southern Thailand*. 1-269. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11228/5279>
- Hayakawa, K., Mezaki, K., Sugiki, Y., Nagamatsu, M., Miyoshi-Akiyama, T., Kirikae, T., Kutsuna, S., Takeshita, N., Yamamoto, K., Katanami, Y., Ohmagari, N. (2016). High rate of multidrug-resistant organism colonization among patients hospitalized overseas highlights the need for preemptive infection control. *American Journal of Infection Control*, 44(11), e257-e259. doi.org/10.1016/j.ajic.2016.06.040
- Klompas, M., Branson, R., Cawcutt, K., Crist, M., Eichenwald, E. C., Greene, L. R., Lee G., Maragakis, L. L., Powell, K., Priebe, G. P., Speck, K., Yokoe, D. S., & Berenholtz, S. M. (2022). SHEA/IDSA/APIC Practice Recommendation Strategies to prevent ventilator-associated pneumonia, ventilator-associated events, and nonventilator hospital-acquired pneumonia in acute-care hospitals: 2022 Update. *Infection Control & Hospital Epidemiology*, 43, 687–713. doi.org/10.1017/ice.2022.88

- Inchan, T., Sornchai, N., & Yodnil, W. (2018). The effectiveness of the clinical nursing practice guidelines for preventing pneumonia associated with mechanical ventilation on incidence rate of ventilator-associated pneumonia, Sawanpracharak hospital. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 12(3), 146-156. [In Thai]
- Meschiari, M., Lòpez-Lozano, J. M., Di Pilato, V., Gimenez-Esparza, C., Vecchi, E., Bacca, E., & Mussini, C. (2021). A five-component infection control bundle to permanently eliminate a carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii* spreading in an intensive care unit. *Antimicrobial Resistance and Infection Control*, 10(1), 1-13. doi.org/10.1186/s13756-021-00990-z
- Montoya, A., Schildhouse, R., Goyal, A., Mann, J. D., Snyder, A., Chopra, V., & Mody, L. (2019). How often are health care personnel hands colonized with multidrug-resistant organisms? A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Infection Control*, 47, 693-703. doi.org/10.1016/j.ajic.2018.10.017
- Nguyen, M., & Joshi, S. G. (2021). Carbapenem resistance in *Acinetobacter baumannii*, and their importance in hospital-acquired infections: A scientific review. *Journal of Applied Microbiology*, 131(6), 2715-2738. doi.org/10.1111/jam.15130
- Rossi, I., Royer, S., Ferreira, M. L., Campos, P. A., Fuga, B., Melo, G. N., Machado, L. G., Resende, D. S., Batistao, D., Urzedo, J. E., Gontijo-Filho, P. P., Ribas, R. M. (2019). Incidence of infections caused by carbapenem-resistant *Acinetobacter baumannii*. *American Journal of Infection Control*, 47(12), 1431-1435. doi.org/10.1016/j.ajic.2019.07.009
- Soukup, S. M. (2000). The center for advanced nursing practice evidence-based practice model: promoting the scholarship of practice. *The Nursing Clinics of North America*, 35(2), 301-309. doi.org/10.1016/S0029-6465(22)02468-9
- Wang, H. P., Zhang, H. J., Liu, J., Dong, Q., Duan, S., Ge, J. Q., Wang, Z. H., Zhang, Z. (2017). Antimicrobial resistance of 3 types of gram-negative bacteria isolated from hospital surfaces and the hands of health care workers. *American Journal of Infection Control*, 45(11), e143-e147. doi.org/10.1016/j.ajic.2017.06.002
- Weinberg, S. E., Villedieu, A., Bagdasarian, N., Karah, N., Teare, L., & Elamin, W. F. (2020). Control and management of multidrug resistant *acinetobacter baumannii*: A review of the evidence and proposal of novel approaches. *Infection Prevention in Practice*, 2(3), 1-9. doi.org/10.1016/j.infpip.2020.100077

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมี ของเกษตรกรสวนทุเรียน อำเภอหลังสวน จังหวัดชุมพร

ปิยาพัชร นาคมุสิก, พย.บ.^{1*}

บทคัดย่อ

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูล ข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพให้คงที่อยู่เสมอ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive studies) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน กลุ่มตัวอย่างคือ เกษตรกรที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนของสำนักงานเกษตร อ.หลังสวน จ.ชุมพร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ จำนวน 380 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรสวนทุเรียนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับมากที่สุด ($M = 4.01$ คะแนน, $SD = 0.55$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ($M = 2.87$ คะแนน $SD = 0.36$) และพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.115, p < .05$) การวิจัยครั้งนี้สามารถนำข้อมูลไปใช้ในวางแผนการจัดการเรียนรู้เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพและปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สูงขึ้นได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เกษตรกรสวนทุเรียน

* กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลหลังสวน อ.หลังสวน จ.ชุมพร

ผู้เขียนหลัก e-mail: peeyapat@live.com

The Relationship Between Health Literacy of Pesticide Use and Pesticide Protective Behaviours Among Durian Farmers in Lang Suan District, Chumphon Province

Peeyapat Nakmusik, B.N.S.*

Abstract

Health literacy represents an individual's intellectual and social competency in acquiring, comprehending, and utilizing health-related information and services to foster and maintain optimal health. This descriptive study aimed to assess the level of health literacy regarding pesticide use, pesticide protection behaviors, and the correlation between health literacy related to pesticide use and protective behaviours among durian farmers. The study population comprised registered durian farmers affiliated with the Lang Suan District Agricultural Office in Chumphon Province, with 380 participants selected through systematic sampling. Research instruments included demographic questionnaires, a health literacy assessment tool for pesticide use, and a questionnaire on pesticide protection behaviours. Data were analysed using descriptive statistics and Pearson product-moment correlation.

The study found that registered durian farmers exhibited an important level of health literacy related to pesticide use ($M = 4.01$, $SD = 0.55$). Furthermore, a positive and significant correlation was identified between health literacy concerning pesticide use and pesticide protective behaviours among durian farmers at a statistical significance level of .05 ($r = 0.115$).

Key words: Health Literacy, Pesticides, Durian Farmers

* Primary and Holistic care Department, Lang Suan Hospital, Lang Suan, Chumphon province
Corresponding author e-mail: peeyapat@live.com

บทนำ

นโยบายรัฐบาลที่มุ่งเน้นการสร้างรายได้ของชาติดิจจากการส่งออกพืชผลทางการเกษตร ทำให้มีการเพิ่มพื้นที่ปลูกพืชเชิงเดี่ยวเพื่อเป็นสินค้าส่งออก (Jantasuwana & Jaraeprapal, 2018) ส่งผลให้มีการพึ่งพาสารเคมีเป็นปัจจัยการผลิตเพิ่มผลผลิต ทั้งสารเคมีกำจัดวัชพืช สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและปุ๋ยเคมี ซึ่งการใช้สารเคมีในกระบวนการผลิตส่งผลให้มีสารเคมีตกค้างในร่างกายของเกษตรกร โดยเฉพาะผู้ที่มิอาจหลีกเลี่ยงพ่นยาฆ่าแมลงหรือยากำจัดวัชพืช ในปี 2556 มีรายงานผลการศึกษาดูระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในซีรัมของเกษตรกรในพื้นที่ 48 จังหวัดของประเทศไทยพบว่าผลการตรวจซีรัมเพื่อดูระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสของเกษตรกรกว่า 3 แสนคน อยู่ในเกณฑ์ไม่ปลอดภัยถึงร้อยละ 32.45 (Sirirat et al., 2016) และในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราป่วยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรต่อแสนคนเท่ากับ 13.13 (Khongkaew, 2022) การมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในร่างกายมีผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยอาการพิษเฉียบพลันในระยะสั้น เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ ท้องเสีย ตาพร่า หายใจไม่สะดวก ในขณะที่สารเคมีสะสมในร่างกายเป็นระยะเวลานานจะทำให้เกิดพิษเรื้อรัง เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนัง การเป็นหมัน การพิการของทารกแรกเกิด การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น (Thailand Pesticide Alert Network, 2021) ซึ่งการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีสาเหตุหนึ่งมาจากการที่เกษตรกรขาดความรู้ด้านสุขภาพในการใช้สารเคมีที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งขาดความเข้าใจและทักษะที่จำเป็นในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Tobklang & Banchonhattakit, 2019)

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ (Intarakamhang, 2017) ความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วยคุณลักษณะพื้นฐาน 6 ประการ คือ การใช้ทักษะความรู้และความเข้าใจด้านสุขภาพ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ทักษะการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และการใช้ทักษะการตัดสินใจ (Department of Health, 2018) การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีของเกษตรกร พบว่า เกษตรกรมีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (Tobklang & Banchonhattakit, 2019) ซึ่งประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลให้อัตราการตาย เข้าวินิจฉัยในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง เพราะมีความรู้เรื่องโรคและดูแลสุขภาพตนเองต่ำ มีการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพต่ำ และเข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพต่ำ (Osborn, 2013) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ พฤติกรรมความเสี่ยงทางสุขภาพ ทักษะความสามารถส่วนบุคคล (Manganello, 2008) ระยะเวลาในการทำการเกษตร และการใช้สารเคมีในการเกษตร (Montgomery, et al., 2020) และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ความรุนแรงจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การรับรู้ประโยชน์ต่อการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระยะเวลาในการเพาะปลูก สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา (Khongkaew, 2022) โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงจากพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชคือ อาชีพรับจ้างเพาะปลูก และรับจ้างพ่นสารเคมี (Pansombat, 2022)

โดยสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสามารถเข้าสู่ร่างกายของเกษตรกรได้ 3 ทาง คือ เข้าทางปากจากการบริโภคอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีสารเคมีเจือปน เข้าทางระบบหายใจโดยการสูดดมของสารเคมีขณะผสมสารเคมีหรือฉีดพ่น และเข้าทางผิวหนังโดยการสัมผัสสารเคมี (Department of Agriculture, 2022) ความเป็นพิษของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชแบ่งได้ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีพิษเฉียบพลัน (acute toxicity) ที่แสดงอาการทันทีที่แม้จะรับพิษเพียงครั้งเดียว เกิดจาก

การได้รับสารเคมีในปริมาณมากอย่างกะทันหัน เช่น อาการอ่อนเพลีย วิงเวียนศีรษะ อาเจียน ปวดท้อง และท้องร่วง และกลุ่มพิษเรื้อรัง (chronic toxicity) เป็นการรับพิษครั้งละไม่มากเป็นระยะเวลานานและได้รับหลายครั้ง ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอทรุดโทรม เกิดการเจ็บป่วยโดยไม่ทราบสาเหตุ นอกจากนี้ยังมีผลทางอ้อม เช่น ร่างกายต้านทานต่อโรคภัยไข้เจ็บได้น้อยลง (Department of Agriculture, 2021) การศึกษาถึงอาการผิดปกติจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร พบว่า อาการผิดปกติที่พบมากที่สุดคือ ระบบดวงตา ได้แก่ ระคายเคืองตา และรองลงมาคืออาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ เจ็บคอหรือคอแห้ง (Chaikhan et al., 2019) หลักสำคัญในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช คือ การใช้สารเคมีเฉพาะที่จำเป็น การสวมใส่ชุดป้องกันที่มิดชิด การอยู่เหนือลมขณะฉีดพ่น การอาบน้ำทันทีหลังจากฉีดพ่นสารเคมีทุกครั้ง และการจัดเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสถานที่เหมาะสม (Phetjon & Nilvises, 2017)

จังหวัดชุมพรเป็นจังหวัดมีการปลูกทุเรียนมากที่สุดในภาคใต้ (Department of Agricultural Extension, 2022) ซึ่งการทำสวนทุเรียนจำเป็นต้องใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทุก ๆ 2 สัปดาห์ (Phetjon & Nilvises, 2017) เนื่องจากทุเรียนเป็นพืชที่เกิดโรคได้ง่าย (Jankaew et al., 2021) โดยในปี 2565 มีเกษตรกรขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปลูกทุเรียนที่สำนักงานเกษตร อ.หลังสวน จ.ชุมพร มากถึง 7,015 คน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชน มีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูสุขภาพ จึงสนใจศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีของเกษตรกรสวนทุเรียนในบริบทของชุมชนเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ใช้เป็นแนวทางให้ความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันสารเคมีเข้าสู่ร่างกายของเกษตรกรสวนทุเรียน และเพื่อป้องกันการเกิดโรคที่เกิดจากการสะสมของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในร่างกายของเกษตรกรสวนทุเรียนในระยะยาว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน
 2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน
 3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรม
- การป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน

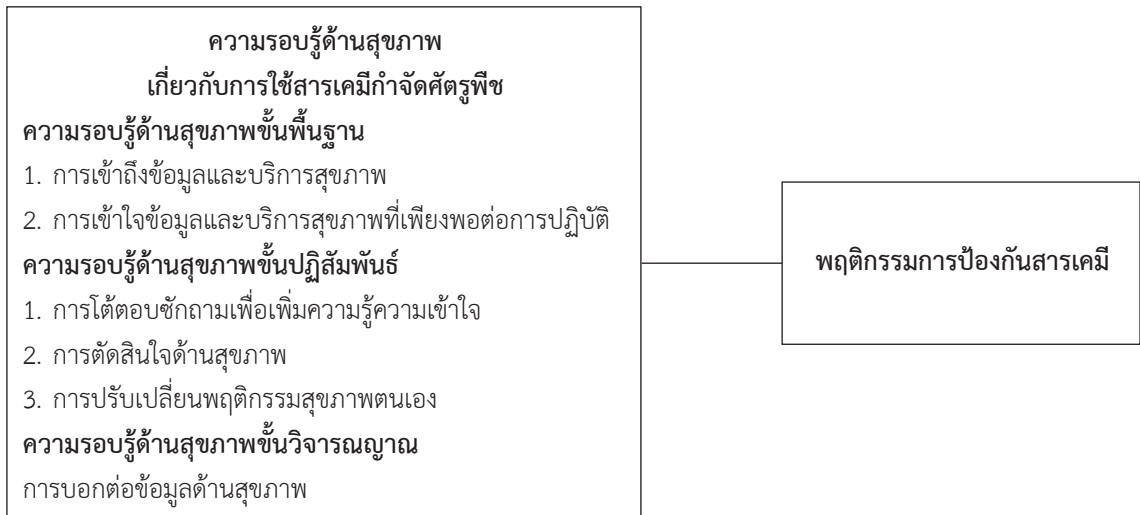
สมมติฐานวิจัย

ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีของเกษตรกรสวนทุเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ประยุกต์แนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) มาเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย โดยความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพ จะมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางด้านสุขภาพที่เหมาะสม มีการตอบโต้ชักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจที่เพียงพอในการตัดสินใจด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสามารถบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของบุคคลนั้นร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพไปในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพแบ่งได้ 3 ระดับ คือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถหรือสมรรถนะพื้นฐานของบุคคลในการอ่านเขียนที่มีอย่างเพียงพอในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 2) ความรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ คือ ความสามารถหรือสมรรถนะ

ของบุคคลที่สูงขึ้น ในด้านทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมในการเข้าร่วมกิจกรรมด้านสุขภาพ รวมไปถึงการรู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสารมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจาร์ณญาณ เป็นความสามารถในการนำความรู้ด้านสุขภาพที่มีไปกระทำทางสังคม โดยอาจมีส่วนร่วมผลักดันทางสังคมเกี่ยวกับด้านสุขภาพของประชาชน ได้แก่ การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ดังแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive studies)

ประชากร คือ เกษตรกรที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน ของสำนักงานเกษตรอำเภอลำลูกเกด จ.ชุมพร ปี 2565 จำนวน 7,015 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรที่ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนของสำนักงานเกษตร อ.ลำลูกเกด จ.ชุมพร คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Wayne W.D. (1995) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 365 ราย จากสูตรดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}{d^2(N-1) + \sigma^2 z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = ประชากร (7,015 คน)

σ = ความแปรปรวน (จากการศึกษาของ Jankaew, et al. (2021) เท่ากับ 1.40)

d = ความแม่นยำของการประมาณค่าคิดร้อยละ 10 เท่ากับ 0.14

$z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ค่ามาตรฐานที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% ($\alpha = 0.05$) เท่ากับ 1.96

เพื่อป้องกันการสูญหาย (drop out) จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 รวมเป็น 400 คน ซึ่งผู้ช่วยวิจัยทำการสุ่มเลือกเกษตรกรสวนทุเรียนอย่างเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยการสุ่มตามลำดับรายชื่อที่ได้มาจากสำนักงานเกษตรอำเภอลำลูกเกดจากทุกตำบล และสุ่มเลือกตามสัดส่วนประชากรในแต่ละตำบล ทำการสุ่มเลือกโดยเว้นช่วงห่างตามลำดับบัญชีรายชื่อทุก ๆ 18 คน เมื่อตรวจสอบแบบสอบถามที่ได้กลับมา พบแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ 20 ฉบับ จึงเหลือจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 380 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรคประจำตัว และประวัติเจ็บป่วยจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดของ Nutbeam (2008) และของกองสุศึกษา (Health Education Division, 2018) ประกอบด้วย ข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ โดยวัดใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 4 ข้อ 3) ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความเข้าใจ จำนวน 4 ข้อ 4) ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ 5) ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 4 ข้อ และ 6) การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (มากที่สุด = 5, มาก = 4, ปานกลาง = 3, น้อย = 2 และ น้อยที่สุด = 1) ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยพยาบาลทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item – Objective Congruence) = 0.9

คะแนนเฉลี่ยมาก หมายถึง ระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับมาก การแปลผลระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช แบ่งคะแนนเป็น 5 ระดับ คือ

คะแนน 4.1 - 5 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับมากที่สุด

คะแนน 3.1 - 4 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับมาก

คะแนน 2.1 - 3 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับปานกลาง

คะแนน 1.1 - 2 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับน้อย

คะแนน 0 - 1 หมายถึง ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชระดับน้อยที่สุด

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมา ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 8 ข้อ ได้แก่ 1) การอ่านฉลากข้างภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและทำความเข้าใจคำแนะนำบนฉลาก 2) การใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 3) การใช้อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมีครบชุด 4) การดูทิศทางลมขณะพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 5) การดูแลสุขภาพอากาศและช่วงเวลาที่เหมาะสมในการฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช 6) การทำความสะอาดชุดป้องกันสารพิษและอุปกรณ์ 7) การทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า 8) การจัดเก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเฉพาะ และเชิงลบจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) การตก กอบ โถย หรือกวนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยมือเปล่า 2) การดื่มหรือรับประทานอาหารระหว่างการพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหรือก่อนการทำความสะอาดร่างกาย โดยคำถามแต่ละข้อแบ่งคะแนนเป็น 3 ระดับ (Likert's scale) คือ ทุกครั้ง (3 คะแนน) บางครั้ง (2 คะแนน) และไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) โดยข้อคำถามที่เป็นด้านลบแปลค่าข้อมูลให้เป็นไปในทิศทางตรงข้ามกับด้านบวก และแปลผลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ 0 - 1 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันสารเคมีอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.1 - 2 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 2.1-3 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมป้องกันอยู่ในระดับดี ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยพยาบาลทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน และอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน ได้ค่า IOC (Index of Item – Objective Congruence) = 0.9

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม 2566 ตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามก่อนตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอม

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามทั้งสามตอน โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โรคประจำตัว ประวัติเจ็บป่วยจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช คะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช พฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน ใช้การวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตามเอกสารรับรอง เลขที่ REC 66-0061 วันที่ 30 สิงหาคม 2566 ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตอบหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยทำการปกปิดรายชื่อกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและทำลายทิ้งทั้งหมดเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย โดยการศึกษาครั้งนี้ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 ราย พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.3 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 29.7 ($M = 42.32, SD = 15.55$) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70 และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 28.9 มีรายได้ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 38.7 ระยะเวลาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ระหว่าง 5 - 10 ปี ร้อยละ 40 ($M = 12.60, SD = 12.38$) ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนทุเรียนด้วยตนเองบางครั้งร้อยละ 48.7 ไม่มีประวัติโรคประจำตัวร้อยละ 87.6 และไม่มีประวัติการเจ็บป่วยจากการได้รับหรือการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 98.2

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับมากที่สุด ($M = 4.01, SD = 0.55$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 4.03 ($SD = 0.66$) รองลงมาคือ การตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจมีคะแนนเฉลี่ย 4.02 ($SD = 0.63$) และการตัดสินใจด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ย 4.02 ($SD = 0.62$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองมีคะแนนเฉลี่ย 3.98 ($SD = 0.65$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช	ระดับ มากที่สุด (5)	ระดับ มาก (4)	ระดับ ปานกลาง (3)	ระดับ น้อย (2)	ระดับ น้อยที่สุด (1)
จำนวน (ร้อยละ)					
1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (M = 3.99 คะแนน, SD = 0.66)					
1. สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยหรือปัญหาสุขภาพที่มีผลมาจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ เช่น จากผู้รู้ จากสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์	125 (32.9)	125 (32.9)	124 (32.6)	5 (1.3)	1 (0.3)
2. สามารถตรวจสอบความถูกต้องของแหล่งที่มาของข้อมูล เพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ	99 (26.1)	163 (42.9)	114 (30.0)	2 (0.5)	2 (0.5)
3. สามารถไปพบแพทย์ บุคลากรสาธารณสุข หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยได้ ทั้งการเจ็บป่วยจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และจากสาเหตุอื่น ๆ	109 (28.7)	172 (45.3)	93 (24.5)	2 (0.5)	4 (1.1)
4. สามารถสืบค้นหาแหล่งบริการสุขภาพได้ตรงกับสภาพปัญหาสุขภาพและอาการของตนและคนในครอบครัวที่เป็นอยู่	99 (26.1)	189 (49.7)	90 (23.7)	1 (0.3)	1 (0.3)
5. มั่นใจว่าแหล่งบริการสุขภาพที่เลือกใช้นั้น สามารถให้ความช่วยเหลือได้ตรงกับความต้องการ	114 (30.0)	178 (46.8)	83 (21.8)	3 (0.8)	2 (0.5)
2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติสุขภาพ (M = 4.00 คะแนน, SD = 0.64)					
6. สามารถกรอกข้อมูลด้านสุขภาพของตนได้ถูกต้องตามแบบฟอร์มของแหล่งบริการสุขภาพนั้นได้	113 (29.7)	177 (46.6)	88 (23.2)	2 (0.5)	0
7. รู้และเข้าใจคำอธิบายต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลเรื่องโรค อาการหรือการดูแลสุขภาพและบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพได้	108 (28.4)	188 (49.5)	82 (21.6)	2 (0.5)	0
8. สามารถอ่านและปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือ เอกสาร แผ่นพับ หรือโปรแกรมใช้งานบนมือถือ (application) และสื่อออนไลน์ (facebook, line) ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้ เช่น เรื่องความปลอดภัยและการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	115 (30.3)	128 (33.7)	131 (34.5)	5 (1.3)	1 (0.3)
9. ท่านเข้ารับการตรวจสุขภาพและเข้าใจในผลการตรวจที่จำเป็นต่อสุขภาพ เช่น ดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับสารเคมีในเลือด เป็นต้น	107 (28.2)	159 (41.8)	111 (29.2)	3 (0.8)	0
3) การตอบคำถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ (M = 4.02 คะแนน, SD = 0.63)					
10. สามารถบอกเล่าข้อมูลสุขภาพของตนเองให้แพทย์ พยาบาล หรือคนอื่นรับรู้และเข้าใจสุขภาพได้	114 (30.0)	171 (45.0)	94 (24.7)	1 (0.3)	0

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ระดับมากที่สุด (5)	ระดับมาก (4)	ระดับปานกลาง (3)	ระดับน้อย (2)	ระดับน้อยที่สุด (1)
จำนวน (ร้อยละ)					
11. ซักถามข้อมูลทางสุขภาพกับผู้ที่ให้บริการสุขภาพเพื่อนำมาดูแลสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้	100 (26.3)	192 (50.5)	88 (23.2)	0	0
12. สามารถติดต่อขอข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพกับผู้รู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้หายสงสัยได้	103 (27.1)	182 (47.9)	93 (24.5)	0	0
13. สามารถแลกเปลี่ยนความรู้หรือแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของตนให้ปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้	99 (26.1)	181 (47.6)	96 (25.3)	0	0
4) การตัดสินใจด้านสุขภาพ ($M = 4.02$ คะแนน, $SD = 0.62$)					
14. เปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลาย ๆ แหล่ง ก่อนตัดสินใจปฏิบัติตาม	111 (29.2)	169 (44.5)	100 (26.3)	0	0
15. นำข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ที่น่าเชื่อถือมาใช้ประกอบการยืนยันข้อมูลนั้นก่อนตัดสินใจปฏิบัติตาม	98 (25.8)	194 (51.0)	88 (23.2)	0	0
16. ไตร่ตรองถึงเหตุผลความเป็นจริงของประโยชน์และโทษของผลิตภัณฑ์และสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่าง ๆ หรือการเข้ารับบริการด้านสุขภาพก่อนตัดสินใจใช้ตาม	112 (29.5)	193 (50.8)	75 (19.7)	0	0
17. ใช้เหตุผลในการพิจารณาข้อดีข้อเสียของผลิตภัณฑ์และสารเคมีกำจัดศัตรูพืชต่าง ๆ รวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ ถึงแม้จะมีคนที่ใช้แล้วได้ผล ก่อนที่จะนำมาใช้ตาม	112 (29.5)	147 (38.7)	121 (31.8)	0	0
5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ($M = 3.98$ คะแนน, $SD = 0.65$)					
18. สามารถควบคุมกำกับสุขภาพตนเอง เช่น ชั่งน้ำหนัก ตรวจสุขภาพประจำปี การออกกำลังกาย เป็นต้น	98 (25.8)	185 (48.7)	94 (24.7)	2 (0.5)	1 (0.3)
19. สามารถวางแผนทำกิจกรรมที่จำเป็นเพื่อการมีสุขภาพที่ดี	99 (26.1)	191 (50.3)	83 (21.8)	4 (1.1)	3 (0.8)
20. สามารถแบ่งเวลาเพื่อดูแลสุขภาพตนเองได้	94 (24.7)	190 (50.0)	90 (23.7)	5 (1.3)	1 (0.3)
21. เข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับครอบครัว คนในชุมชน หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพที่มีผลดีต่อสุขภาพ	90 (23.7)	188 (49.5)	98 (25.8)	2 (0.5)	2 (0.5)
6) การบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ($M = 4.03$ คะแนน, $SD = 0.66$)					
22. สามารถชักชวนให้ผู้อื่นเพิ่มการกระทำที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของเขาได้ เช่น การสวมอุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	101 (26.6)	182 (47.9)	93 (24.5)	3 (0.8)	1 (0.3)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมี กำจัดศัตรูพืช	ระดับ มากที่สุด (5)	ระดับ มาก (4)	ระดับ ปานกลาง (3)	ระดับ น้อย (2)	ระดับ น้อยที่สุด (1)
	จำนวน (ร้อยละ)				
23. สามารถเตือนผู้อื่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ไม่ชำระล้างร่างกายทันทีหลังฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นต้น	95 (25.0)	186 (48.9)	94 (24.7)	1 (0.3)	4 (1.1)
24. สามารถเป็นแบบอย่างให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญที่จะดูแล สุขภาพตนเองให้ได้อยู่เสมอ	106 (27.9)	193 (50.8)	78 (20.5)	3 (0.8)	0
25. สามารถเสนอทางเลือกเพื่อสุขภาพที่ดีให้กับผู้อื่น เช่น การเลือกเวลาที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายในการฉีดพ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เป็นต้น	118 (31.1)	184 (48.4)	76 (20.0)	2 (0.5)	0

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี ($M = 2.87, SD = 0.36$) โดยพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ มีสถานที่เก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเฉพาะ ($M = 2.91, SD = 0.36$) รองลงมาคือ ทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า ด้วยสบู่และน้ำ หลังการพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($M = 2.89, SD = 0.42$) โดยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนทุเรียนครบชุด ($M = 1.67, SD = 0.47$) ดังรายละเอียดในตารางที่ 2 และไม่มีเกษตรกรสวนทุเรียนกลุ่มตัวอย่างที่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนทุเรียนครบชุด โดยพบว่าเกษตรกรสวนทุเรียนกลุ่มตัวอย่างสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ดังนี้ หน้ากากป้องกันสารเคมี ร้อยละ 88.4 รองเท้าบูท ร้อยละ 79.7 ถุงมือ ร้อยละ 65.0 กระบังหน้า/แว่นตา ร้อยละ 44.7 อุปกรณ์ลดเสียง ร้อยละ 29.5 ชุดป้องกันสารเคมี ร้อยละ 26.3 และ เข็มยาง ร้อยละ 23.7

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

พฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ไม่เคยปฏิบัติ/ ไม่มี (1)	ปฏิบัติ บางครั้ง (2)	ปฏิบัติ ทุกครั้ง (3)
	จำนวน (ร้อยละ)		
1. อ่านฉลากข้างภาชนะบรรจุสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและทำความเข้าใจคำแนะนำบนฉลากทุกครั้งก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($M = 2.64$ คะแนน, $SD = 0.54$)	11 (2.9)	114 (30.0)	255 (67.1)
2. สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนทุเรียนทุกครั้ง ($M = 2.85$ คะแนน, $SD = 0.37$)	1 (0.3)	56 (14.7)	323 (85.0)
3. สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในสวนทุเรียนครบชุด ($M = 1.67$ คะแนน, $SD = 0.47$)	126 (33.2)	254 (66.8)	0

ตารางที่ 2 (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	ไม่เคยปฏิบัติ/ ไม่มี	ปฏิบัติ บางครั้ง	ปฏิบัติ ทุกครั้ง
	(1)	(2)	(3)
จำนวน (ร้อยละ)			
4. ไม่สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้วยมือเปล่า (ตัก กอบ โขย หรือ กวน) ($M = 2.74$ คะแนน, $SD = 0.58$)	29 (7.6)	42 (11.1)	309 (81.3)
5. พ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากด้านใต้ลมและอยู่เหนือลมตลอด เวลา ($M = 2.25$ คะแนน, $SD = 0.75$)	70 (18.4)	144 (37.9)	166 (43.7)
6. พ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในช่วงเช้าหรือเย็นที่มีอากาศไม่ร้อนและ หลีกเลี่ยงการพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเมื่อมีลมพัดแรง ($M = 2.54$ คะแนน, $SD = 0.74$)	58 (15.3)	58 (15.3)	264 (69.5)
7. ล้างทำความสะอาดชุดป้องกันสารพิษตลอดจนอุปกรณ์ต่าง ๆ หลังการพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($M = 2.65$ คะแนน, $SD = 0.60$)	25 (6.6)	84 (22.1)	271 (71.3)
8. ทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า ด้วยสบู่และน้ำหลังการพ่น สารเคมีกำจัดศัตรูพืช ($M = 2.89$ คะแนน, $SD = 0.42$)	15 (3.9)	11 (2.9)	354 (93.2)
9. ไม่ดื่มหรือรับประทานอาหารระหว่างการพ่นสารเคมีกำจัดศัตรู พืช หรือก่อนการทำความสะอาดร่างกาย ($M = 2.67$ คะแนน, $SD = 0.69$)	49 (12.9)	29 (7.6)	302 (79.5)
10. มีสถานที่เก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเฉพาะ เช่น ตู้ กล่อง หรือ ห้องเก็บสารเคมี โดยแยกออกจากอาหารหรือยาอย่างชัดเจน และทุกคนในครอบครัวรับรู้ ($M = 2.91$ คะแนน, $SD = 0.36$)	9 (2.4)	16 (4.2)	355 (93.4)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กับพฤติกรรม การป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.115$, $p < .05$) และเมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่า ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ และด้านการบอกต่อข้อมูลด้าน สุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.141$ และ 0.152 ตามลำดับ $p < .01$) และพบว่า ด้านการได้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และด้านการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.101$ และ 0.107 ตามลำดับ $p < .05$) ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการเข้าใจข้อมูลและ บริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร สวนทุเรียน (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและพฤติกรรม
การป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

	ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	r	Sig	แปลผล
พฤติกรรม การป้องกัน สารเคมี กำจัดศัตรู พืช	ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช	0.115*	0.025	มีความ สัมพันธ์เชิงบวก
	- ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	0.031	0.548	ไม่มีความสัมพันธ์
	- ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	0.058	0.263	ไม่มีความสัมพันธ์
	- ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	0.101*	0.050	มีความ สัมพันธ์เชิงบวก
	- ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ	0.141**	0.006	มีความ สัมพันธ์เชิงบวก
	- ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	0.107*	0.037	มีความ สัมพันธ์เชิงบวก
	- ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	0.152**	0.003	มีความ สัมพันธ์เชิงบวก

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

การอภิปรายผล

เกษตรกรสวนทุเรียนกลุ่มตัวอย่าง อ.หลังสวน จ.ชุมพร ส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jantasuwon and Jaraeprapal (2018) และ Jankaew et al. (2021) ที่พบว่าเกษตรกรสวนทุเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การที่เกษตรกรสวนทุเรียนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจสูง ส่งผลให้เกษตรกรได้รับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและการเจ็บป่วยที่ถูกต้องจากผู้ให้บริการสุขภาพ ทำให้มีข้อมูลที่น่าเชื่อถือมาประกอบการตัดสินใจด้านสุขภาพ และสามารถบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพที่มีความสำคัญให้กับผู้อื่นได้ ในขณะที่คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพด้านที่ต่ำสุด คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ซึ่งคะแนนเฉลี่ยทั้ง 2 ด้านนี้อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จึงมีความสามารถในการเขียนอ่าน และทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ได้ ซึ่งการศึกษาทำให้แต่ละบุคคลมีสติปัญญา สามารถเรียนรู้เรื่องสุขภาพ จึงปฏิบัติกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองได้มาก ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะสามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ได้มากกว่าตลอดจนเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (Intarakamhang, 2017)

เกษตรกรสวนทุเรียนกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี โดยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมด้านการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง ทั้งการมีสถานที่เก็บสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยเฉพาะ และการทำความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้าด้วยสบู่และน้ำหลังการพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ซึ่งอธิบายได้ว่าพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีอิทธิพลมาจากการที่เกษตรกรสวนทุเรียนกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับมากที่สุด

ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและมีสมรรถนะที่เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ (Intarakamhang, 2017) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Piromchit and Paileeklee (2014) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อ.นาวัง จ.หนองบัวลำภู พบว่าเกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับดี

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน พบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($r = 0.115, p < .05$) โดยพบว่า ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการโต้ตอบซักถาม เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2008) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามมา อธิบายได้จากผลการศึกษาที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการโต้ตอบซักถาม เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และการตัดสินใจด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด ซึ่งการที่มีการตอบโต้ซักถามเป็นการเพิ่มความเข้าใจที่เพียงพอในการตัดสินใจด้านสุขภาพ จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และสามารถบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการไปยังบุคคลอื่นได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จากการศึกษาครั้งนี้จึงพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองในระดับมาก ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Panyasaisophon et al., (2022) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรสวนทุเรียน ทั้งนี้เนื่องจากเกษตรกรกลุ่มตัวอย่างมีแบบแผนในการปฏิบัติเพื่อการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่สืบทอดต่อ ๆ กันมา และส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตามระบบปกติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ได้ข้อมูลที่สามารถนำไปใช้สำหรับการวางแผนจัดการเรียนรู้ เพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรสวนทุเรียนให้สูงขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เรื่องความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และพฤติกรรมการป้องกันสารเคมีของเกษตรกรสวนทุเรียน จึงควรทำศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวก และมีผลต่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของเกษตรกรสวนทุเรียน

References

- Chaikhan, S., Junsiri, S., & Batsuwan, A. (2019). Health effect of pesticide use among farmers in Ban Tei, Na Khra Saeng sub-district, Det Udom district, Ubon Ratchathani province. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*, 21(3), 181-93. [In Thai]

- Department of Agriculture. (2021). *Recommendations for safe prevention and elimination of insects and pests from research 2021*. Retrieved from https://www.doa.go.th/ac/nan/wp-content/uploads/2022/06/เอกสารวิชาการ_คำแนะนำการใช้สารป้องกันกำจัด.pdf
- Department of Agricultural Extension. (2022). *Durian in Chumphon province 2565*. Retrieved from <https://esc.doe.go.th/?s=พื้นที่ปลูกทุเรียนมากเป็นอันดับ+1+ของภาคใต้+> [In Thai]
- Health Education Division. (2018). *Concepts and principles of health literate organization*. Retrieved from https://psdg.anamai.moph.go.th/th/health-literacy-km/download?id=34112&mid=11567&mkey=m_document&lang=th&did=11744 [In Thai]
- Intarakamhang, U. (2017). *Creating and developing of Thailand health literacy scales*. Retrieved from <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf> [In Thai]
- Jankaew, B., Khammaneechan, P., & Kaewsawat, S. (2021). Factors influencing health literacy of pesticide use among durian farmers, Tha Sala district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of the Police Nurses*, 13(2), 357-65. [In Thai]
- Jantasuan, R., & Jaraepapal, U. (2018). Preventive behavior of chemical substances in fruits and vegetables into the body and blood levels of cholinesterase in the consumer who live in Khao Pra Bath sub-district, Nakhon Si Thammarat province. *Journal of the Department of Medical Services*, 3(6), 119-25. [In Thai]
- Khongkaew, S. (2022). Factors affecting self-protection behavior from pesticide using of corn growers in Ban Khok district, Uttaradit province. Master's Thesis, Public Health Program, Faculty of Public Health, Naresuan University. [In Thai]
- Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, 23(5), 840-847.
- Montgomery, H., Morgan, S., Srithanaviboonchai, K., Ayood, P., Siviroj, P., & Wood, M. (2020). Correlates of health literacy among farmers in Northern Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7071), 1-14.
- National Health Security Office. (2020). *Register of patients per disease 2019*. Retrieved from <https://www.nhso.go.th> [In Thai]
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Osborn, R. H., Batterham, R. W., Elsworth, G. R., Hawkins, M., & Buchbinde, R. (2013). The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health*, 13, 1-17.
- Pansombat, S. (2022). Prevalence and related factors of pesticide exposure among agriculturist in Ladpattana sub district Mueang Mahasarakham district Mahasarakham province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 19(1), 147-56. [In Thai]
- Panyasaisophon, T., Saichanma, S., Suwannarat, J., Muanphak, N., & Ruengsri, E. (2022). Relationship between health literacy and pesticide protection behaviors on farmers. *Journal of Health Science Nakhon Ratchasima College*, 1(1), 1-10. [In Thai]

- Phetjon, S., & Nilvises, P. (2017). *Chemical Pesticide Application for Durian Production by Farmers in Sawi District of Chumphon Province*. Proceedings of the 14th KU-KPS Conference. (p.3785-92). Kasetsart University, Nakhon Pathom (Thailand). Retrieved from https://kukr.lib.ku.ac.th/kukr_es/covid19/search_detail/result/20005001. [In Thai]
- Piromchit, P., & Paileeklee, S. (2014). Knowledge and behavior regarding pesticide use among agriculturists in Ban Na Lao, Na Wang district, Nong Bua Lam Phu province. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 2(3), 299-309. [In Thai]
- Sirirat, J., Srimanee, J., Phuyorit, S., Punechouy, P., Chaladleard, P., & Chuchert, T. (2016). Descriptive analysis of pesticide toxic effect surveillance data system in 5 dimensions of operation. In: Hinjoy, S., Tiprat, K., & Taechakamonsuk, P. (Eds.). *Conclusions of the surveillance system analysis approach 5 groups of diseases in 5 dimensions*. (p. 138-147). Nonthaburi: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. [In Thai]
- Thailand Pesticide Alert Network Thailand. (2021). *Impact of pesticides on Thai health*. Retrieved from <http://www.thaipan.org/node/20> [In Thai]
- Tobklang, P., & Banchonhattakit, P. (2019). Effects of health literacy promoting program for pesticide usage of cassava farmer, Soeng Sang district, Nakhonratchasima province. *Journal of Health Education*, 42(1), 80-92. [In Thai]
- Wayne, D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
อื่น ๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่าน
การพิจารณาจากผูทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผูทรงคุณวุฒิ
และผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จจะตีพิมพ์

1. บทความวิชาการ หรือ บทความวิจัย ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การพยาบาล การ
สาธารณสุข การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือ
รับรอง 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) เว้น
ระยะห่างจากขอบกระดาษทั้ง 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 และระบุ
ผู้เขียนหลัก (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. ส่วนประกอบในบทคัดย่อได้แก่ วัตถุประสงค์ของการศึกษา (ไม่ต้องมีส่วนนำ) รูปแบบและวิธีการวิจัย (กลุ่ม
ตัวอย่าง 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 และไม่ใช่คำย่อ 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 ฝ่าวารสารขอสงวนสิทธิ์ในการคืนค่าใช้จ่ายดังกล่าว
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 ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็กจึงต้องใช้ผู้อบรมเลี้ยงดูที่มีความรู้ความสามารถเข้าใจเด็กทั้งด้านชีวจิตสังคม 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>

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



40th ANNIVERSARY
Faculty of Nursing
Burapha University