



BUU **NURSE**
BURAPHA UNIVERSITY
WISDOM OF THE EAST
คณะพยาบาลศาสตร์

Vol.32 No.4

ISSN 2774 - 1214 (Online)

วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

October - December 2024

THE JOURNAL OF FACULTY OF NURSING BURAPHA UNIVERSITY



งานวารสารคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยบูรพา



วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

The Journal of Faculty of Nursing, Burapha University

บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พรชัย จุลเมตต์ คณะบดีคณะพยาบาลศาสตร์ 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.ทัศน์ี ประสบกิตติคุณ

รองศาสตราจารย์ ดร.นงนุช บุญยัง

รองศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ ชูนวล

รองศาสตราจารย์ ดร.ซัจจนะ 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 โดยผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

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

สารจากกองบรรณาธิการ

กองบรรณาธิการวารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ขอเชิญนักวิจัยทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ส่งบทความทางวิชาการเพื่อลงตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร บทความที่จะส่งลงตีพิมพ์ต้องไม่เคยลงตีพิมพ์ หรือไม่เคยตีพิมพ์ด้วยภาษาอื่นๆ หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารอื่นมาก่อน ตันฉบับบทความทุกเรื่องจะได้รับการประเมินก่อนการตีพิมพ์ (Peer review) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และต้องผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากกองบรรณาธิการวารสารก่อนที่จะลงตีพิมพ์

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 32 ฉบับที่ 4 ตุลาคม - ธันวาคม 2567 Vol. 32 No. 4 October - December 2024

สารบัญ

		หน้า
• ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล	จินตภักดิ์ ประกอบและคณะ	1-14
• ผลของการใช้การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล	ละมัด เลิศล้ำ ชนิดา ธนสารสุธี ทิพวัลย์ อีร์ศิริโรจน์	15-25
• ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหนองพะวา ตำบลบางบุตร อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง	ปัญจภัฏพร บัญพร้อม พิมพ์นภัส ภูมิภักติพิชญ์	26-38
• ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่ได้รับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก	พิชชานันท์ สุริยรัตน์ สิริวรรณ อัญญผล ฉัตรตยา สุวรรณภาค	39-51
• ประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อพฤติกรรมป้องกันการปวดกล้ามเนื้ออาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล	อภินันท์ ประยูรวงษ์ วัชรวิทย์ วชิรพันธ์ธรรม ปราณี ผลมานะ	52-68
• ประสิทธิภาพการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว	เกียรติศักดิ์ ไชยทินถ่วง เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์	69-81
• ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานในตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา	วันจันทร์ เจริญศิริ	82-94
• อิทธิพลของพฤติกรรมดูแลตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช	นันท์ณภัส สารมาศ อุราภรณ์ เขยกาญจน์ นฤเบศร์ โกศล พัชรภรณ์ ช่วยวัง	95-107
• ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ long covid ในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19	ธิดารัตน์ คณิงเพียร นริศรา เสมอ อรนุช ประดับทอง สุชุมาล แสนพวง	108-118
• Factors Related to Quality of Life Among Persons with Benign Prostatic Hyperplasia in Wenzhou, China: A Cross Sectional Study	Chun Mei Li Niphawan Samartkit Chutima Chantamit-o-pas	119-133

ผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้และทักษะ ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล

จินตศักดิ์ ประกอบ, ส.ม.¹ วโรดม เสมอเชื้อ, พย.ม.^{1*} เจษฎา เจริญศิริพิศาล, พย.ม.¹

ปรมาภรณ์ นิรมล, พย.ม.¹ จิรณัฐ ชัยชนะ, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มประเมินผลก่อนและหลังการทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อความรู้ และทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 จำนวน 43 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับประเมินทักษะ และสำหรับสอนการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นและได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง 2) หุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง และ 3) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินความรู้ และแบบประเมินทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยแบบประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1 และ ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .70 และแบบประเมินทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน มีค่าความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .98 และ ค่าความสอดคล้องภายในเท่ากับ .89 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs sign-rank test และ Mann-Whitney U test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงฯ ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ อย่างไรก็ตามกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้หลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงฯ มากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และคะแนนทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .01$ ผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลสนับสนุนในการส่งเสริมการจัดการเรียนโดยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการจัดการเรียนการสอนตามปกติสำหรับนักศึกษาพยาบาล

คำสำคัญ: สถานการณ์จำลองเสมือนจริง การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ความรู้ ทักษะ นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

* ผู้เขียนหลัก e-mail: warodom_s@payap.ac.th

The Effects of Simulation Based Learning on knowledge and skills of Emergency Patient Triage in Nursing students

Jintapak Prakob, M.PH.¹, Warodom Samerchua, M.N.S.^{1*}, Jetsada Jaroensiripisarn, M.N.S.¹,
Poramaporn Niramorn, M.N.S.¹, Jiranat Chaichana, M.N.S.¹

Abstract

A quasi-experimental research design with a two-group pretest-posttest aimed to examine the effects of simulation-based learning on knowledge and skills in emergency patient triage among nursing students. The sample consisted of 43 third-year nursing students, selected based on specified criteria through simple random sampling. The research instruments included: 1) a high-fidelity simulation scenario for assessing and teaching emergency patient triage skills, which was developed by the researcher, content-validated, and revised based on expert feedback before implementation. 2) A high-fidelity simulator 3) The data collection tools included a general information questionnaire for the participants, a knowledge assessment questionnaire for emergency patient triage, and a skills assessment form for emergency patient triage. The knowledge assessment had a content validity of 1 and an internal consistency (Cronbach's alpha) of .70. The triage skills assessment had a content validity of .98 and an internal consistency of .89, respectively. Data were analyzed using Wilcoxon matched pairs sign-rank test and Mann-Whitney U test statistic.

The research findings indicated that after the implementation of a high-fidelity simulation for emergency patient triage, there was no statistically significant difference in post-simulation knowledge scores between the control and experimental groups ($p > .05$). However, the experimental group showed a statistically significant increase in knowledge scores after the simulation compared to their pre-simulation scores ($p < .05$). Additionally, the experimental group demonstrated significantly higher emergency triage skills than the control group ($p < .01$). These findings support the integration of high-fidelity simulation with conventional teaching methods to enhance nursing students' education.

Key words: Simulation based learning, Emergency patient triage, Knowledge, skills, Nursing student

¹ Lecturer, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

* Corresponding author e-mail: warodom_s@payap.ac.th

บทนำ

การศึกษาทางการพยาบาลในปัจจุบันมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งต้องมีความรู้ความสามารถในการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกช่วงวัยทั้งผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี และภาวะสุขภาพเสี่ยง พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะในการประเมินปัญหา ให้การพยาบาลอย่างเหมาะสม และมีทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ แก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพและมีความปลอดภัย (Maraphen, 2019) ในศตวรรษที่ 21 การจัดการเรียนการสอนทางการพยาบาลได้มีการพัฒนาวิธีการสอนที่หลากหลาย เพื่อพัฒนานักศึกษาทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ วิธีการสอนที่ได้รับความนิยมและถูกนำมาใช้มากขึ้น คือ การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งถือเป็นวิธีการที่มีคุณภาพและเป็นหนึ่งในกลยุทธ์ที่ช่วยพัฒนาทักษะความสามารถของนักศึกษาพยาบาล (Durmaz, Dicle, Cakan, & Cakir, 2012)

การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่นักศึกษามีส่วนร่วม ในสถานการณ์จำลองที่ออกแบบให้คล้ายคลึงกับสถานการณ์จริง มีความปลอดภัย นักศึกษาสามารถเชื่อมโยงระหว่าง ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ ได้ทำความเข้าใจ วิเคราะห์ความคิด พัฒนาทักษะของการสะท้อนคิด เพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติ และพัฒนาสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย (Chubkhuntod, Elter, Gaewgoontol, & Potchana, 2020) นอกจากนี้ยังช่วย ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจในการปฏิบัติการพยาบาล (Janpilom, Sengsri, & Kongmanus, 2018) การสื่อสารและ การทำงานเป็นทีม อีกทั้งนักศึกษามีความพึงพอใจและสามารถฝึกปฏิบัติได้บ่อยตามต้องการ (Sinthuchai, Ubonwan, & Boonsin, 2017) ซึ่งแตกต่างจากการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง นักศึกษาจะไม่มีโอกาสได้นำความรู้ไปฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความฉุกเฉินเร่งด่วน

ผู้ป่วยฉุกเฉิน คือ บุคคลที่ได้รับบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยกะทันหัน ซึ่งเป็นอันตรายต่อการทำงานของอวัยวะ สำคัญและอาจจะเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ ดังนั้นผู้ป่วยฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต้องได้รับการประเมินการจัดการและการบำบัดรักษาอย่างทันท่วงที (National Institute for Emergency Medicine, 2015) พยาบาลถือได้ว่าเป็นผู้ที่มี บทบาทสำคัญในการปฏิบัติการฉุกเฉิน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยฉุกเฉินและการประเมินโดยวิธี การคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินวิกฤตได้รับการดูแลรักษาเป็นลำดับแรก และ ผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีอาการไม่รุนแรง ได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเป็นไปตามลำดับความเร่งด่วน อย่างไรก็ตามยังพบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดแยกประเภทไม่เหมาะสม ซึ่งการประเมินที่ผิดพลาดส่วนใหญ่ เป็นการประเมินผู้ป่วยต่ำกว่าเกณฑ์ (under triage) ร้อยละ 3.33 และสูงกว่าเกณฑ์ (over triage) ร้อยละ 15.19 (Sukjamnong, Buanban, Singharn, Srisawang, & Chamnarnborirak, 2021) หากผู้ป่วยได้รับการประเมินสูงกว่าเกณฑ์ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินระดับรุนแรง เสียโอกาสในการเข้ารับการรักษา และใช้ทรัพยากรเกินความจำเป็น ขณะเดียวกันหากได้รับการประเมินต่ำกว่าเกณฑ์ มักส่งผลให้ผู้ป่วยต้องรอคอยนาน ไม่พึงพอใจ ได้รับการดูแลที่ล่าช้า เกิดความไม่ปลอดภัย (Wachiradilok, Sirismut, Chaisit, & Sethasathien, 2016) และอาจทำให้เสียชีวิตได้ (Thonsao et al., 2020) นอกจากนี้ยังมีหลายการศึกษา ที่พบว่าอาจมาจากการขาดความรู้และทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ไม่สามารถคัดแยกประเภทผู้ป่วยและจัด ลำดับการให้การพยาบาลได้ และไม่มีความรู้เกี่ยวกับระยะเวลารอคอยของผู้ป่วยฉุกเฉินในแต่ละระดับ (Aloyce, Leshabari, & Brysiewicz, 2014; Duko, Geja, Oltaye, Belayneh, Kedir & Gebire, 2019) ดังนั้น การเตรียม ความพร้อมในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่ก่อนจบการศึกษา จึงเป็นสิ่งที่สถาบันต้องให้ความสำคัญต่อ กระบวนการเรียนการสอนไม่น้อยไปกว่าหัวข้อใดหัวข้อหนึ่ง

การจัดการเรียนการสอนในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้สอนสามารถออกแบบได้หลายวิธีขึ้นอยู่กับ วัตถุประสงค์ในการจัดการสอน สามารถช่วยเพิ่มทักษะการปฏิบัติ การทำงานเป็นทีม และความพึงพอใจของนักศึกษาได้ (Kim & Lee, 2020) หรือใช้หลายวิธีการร่วมกัน สามารถเพิ่มระดับความรู้ได้ ดังการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองในการ ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ร่วมกับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้ของนักศึกษา

พยาบาลมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการฝึกปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกตามปกติเพียงอย่างเดียว (Sinthuchai et al., 2017; Pangsuk, & Kingmala, 2021) อย่างไรก็ตามในการศึกษาการใช้สถานการณ์จำลองต่อการตอบสนองของการเกิดสาธารณภัยในนักศึกษาพยาบาล ผลการศึกษพบว่านักศึกษาพยาบาลยังขาดความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วย และส่วนใหญ่ร้อยละ 73 ตอบคำถามผิด และประเมินระดับความฉุกเฉินต่ำกว่าระดับจริง (undertriage) ซึ่งอาจเกิดจากการมีความรู้และประสบการณ์ทางคลินิกที่น้อย (Kim & Lee, 2020) ดังนั้น การจัดการเรียนการสอนร่วมกับการใช้สถานการณ์จำลองสามารถช่วยเพิ่มระดับความรู้และทักษะได้ การเตรียมความพร้อมในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน รวมถึงการฝึกทักษะปฏิบัติในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยก่อนที่จะมาปฏิบัติกับผู้ป่วยในสถานการณ์จริงจึงมีความจำเป็น

จากการทบทวนวรรณกรรม ได้ยืนยันถึงความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินต่ำและสูงกว่าระดับความฉุกเฉินจริง หากเกิดการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายตามมาได้ (Thonsao et al., 2020) ดังนั้น หากนักศึกษาได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติควบคู่กันอย่างเหมาะสมในสถานการณ์จำลองก่อนการฝึกปฏิบัติจริง อาจจะเป็นอีกวิธีการที่สามารถส่งเสริมความรู้ และพัฒนาทักษะก่อนการฝึกปฏิบัติจริงได้ แม้ว่าจะมีการใช้สถานการณ์จำลองในการฝึกอบรมนักศึกษาพยาบาลในหลายประเทศ แต่การวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการพัฒนาทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในประเทศไทยยังมีน้อยมาก จึงยังไม่สามารถยืนยันได้ว่าการฝึกแบบนี้มีประสิทธิภาพเพียงพอในบริบทของนักศึกษาพยาบาลไทยหรือไม่ โดยเฉพาะในปัจจุบันนี้มีการใช้วิธีการสอนที่หลากหลายในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน เช่น การบรรยาย การใช้สถานการณ์จำลอง หรือการฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จริง แต่ยังขาดการศึกษาเปรียบเทียบที่ชัดเจนระหว่างวิธีการเหล่านี้ในบริบทของนักศึกษาพยาบาลไทย ขณะเดียวกันยังไม่พบการศึกษาในประเทศไทยเกี่ยวกับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมาใช้ในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาล ซึ่งคาดว่าจะสามารถพัฒนาความรู้และทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลได้ และช่วยเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาพยาบาลก่อนการฝึกปฏิบัติจริง ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้สอน นักศึกษา สถาบันการศึกษา และผู้ที่สนใจเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาการเรียนการสอนทางการพยาบาลให้มีคุณภาพต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน

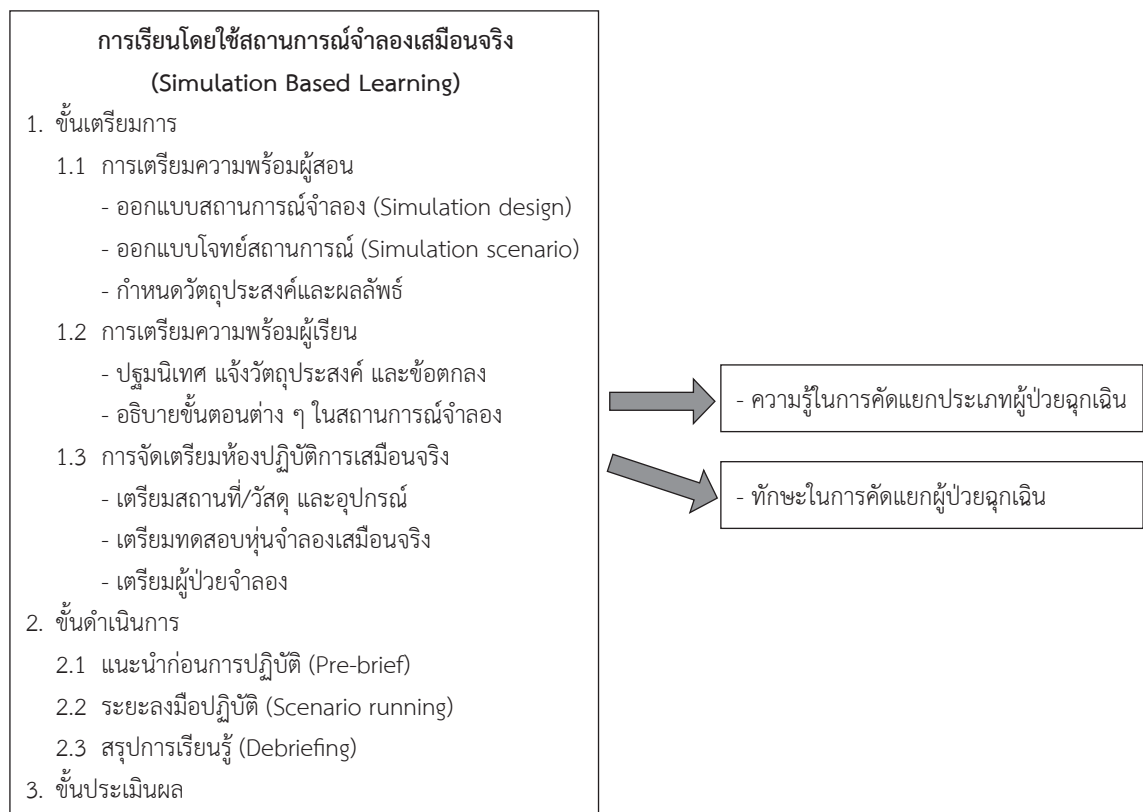
สมมติฐานวิจัย

1. คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าก่อนได้รับ

3. คะแนนทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ใช้กรอบแนวคิดการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของ เจฟฟรีย์ (Jeffries, 2005) ร่วมกับทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมการ ที่เป็นการเตรียมความพร้อมนักศึกษา ผู้สอน และเตรียมสถานการณ์ 2) ขั้นตอนดำเนินการ ในการจัดการเรียนการสอน ได้แก่ การแนะนำก่อนการปฏิบัติ (Pre-brief) การลงมือปฏิบัติ (Scenario running) และ การสรุปการเรียนรู้ (Debriefing) และ 3) ขั้นประเมินผล ซึ่งในการศึกษานี้ เป็นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการจัดการเรียนการสอนแบบปกติ เพื่อพัฒนาความรู้ และทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental study designs) แบบสองกลุ่มประเมินผลก่อนและหลังการทดลอง (Two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ที่ลงทะเบียนเรียนในปีการศึกษา 2566 จำนวน 125 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ที่จะลงทะเบียนเรียนรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤต ในการศึกษา 2567 ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่ (Selection without replacement) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*POWER (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009) โดยอาศัยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากผลการศึกษาการใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้และความมั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินของนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 (Pangsuk, & Kingmala, 2021) ผู้วิจัยนำค่าที่เกิดจากการทดลอง คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มทดลอง ($\bar{X}_E$) เท่ากับ 18 และกลุ่มควบคุม ($\bar{X}_C$) เท่ากับ 14.45 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มทดลอง (SD_E) เท่ากับ 1.56 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานกลุ่มควบคุม (SD_C) เท่ากับ 2.51 นำมาคำนวณหาค่าอิทธิพล (effect size) ได้ขนาดของอิทธิพลเท่ากับ 1.69 และกำหนดค่านัยสำคัญของการทดสอบเท่ากับ .05 กำหนดกำลังทดสอบ (Power of the test) ที่ .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 11 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเพิ่มขนาดของแต่ละกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนหนึ่งเท่า (Gray, & Grove, 2021.; Pangsuk, & Kingmala, 2021) ได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 ราย รวม 44 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือสำหรับการดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 สถานการณ์จำลองเสมือนจริงซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของเจฟฟรีย์ (Jeffries, 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Department of Medical Service, Ministry of Public Health, 2018) ประกอบด้วย 1) สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับการสอนทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 3 สถานการณ์ ประกอบด้วยสถานการณ์ผู้ป่วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ (Resuscitation) คือ ผู้ป่วยบาดเจ็บหลายระบบ (Multiple trauma) โดยใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงสมรรถนะสูง ระดับ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก (Emergency) คือ ผู้ป่วยสงสัยเลือดออกในสมอง (R/O stroke) และระดับ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน (Urgent) คือ ผู้ป่วยกระดูกหักแบบเปิด (Open fracture) โดยการใช้ผู้ป่วยจำลองร่วมกับชุดฝึกเฉพาะส่วน (Standardize patient with hybrid simulation) และ 2) สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับการประเมินทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินภายหลังการทดลอง จำนวน 3 สถานการณ์ที่แตกต่างจากขั้นฝึกทักษะ ประกอบด้วยสถานการณ์ผู้ป่วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ คือ ผู้ป่วยชัก (Seizure) โดยใช้หุ่นจำลองเสมือนจริงสมรรถนะสูง ระดับ 2 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วนมาก คือ ผู้ป่วยท้องนอกมดลูก (Ectopic pregnancy) และระดับ 3 ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน คือ ผู้ป่วยอาเจียนเป็นเลือด (Upper gastrointestinal bleeding) โดยการใช้ผู้ป่วยจำลองร่วมกับชุดฝึกเฉพาะส่วน

1.2 หุ่นผู้ป่วยเสมือนจริงสมรรถนะสูง METIMAN ขนาด 74" H x 26" W x 11" D (188 cm x 66 cm x 28 cm) Weight Mannequin/Simulator 100 lbs (45.4 kg) จำนวน 1 ตัว ควบคุมผ่านโปรแกรม Muse 2.7 ระบบปฏิบัติการ Mac OS X 10.6-10.11

2. เครื่องมือสำหรับการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยสะสม

2.2 แบบประเมินความรู้และทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Aloyce et al., 2014) ที่ผู้วิจัยขออนุญาตนำมาใช้และดัดแปลงโดยดำเนินการแปลและแปลย้อนกลับ แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 10 ข้อ คำตอบแบบเลือกตอบ (Multiple choice) จำนวน 4 ตัวเลือก ซึ่งมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว โดยตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิด ให้ 0 คะแนน รวม 10 คะแนน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งเป็นแบบสังเกตพฤติกรรมสำรวจรายการเลือกตอบ (Observational checklist) ผู้สอนเป็นผู้ประเมินโดยการสังเกตพฤติกรรมตามรายการปฏิบัติจำนวน 20 ข้อ ให้คะแนนแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน และปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน รวม 20 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)

1. สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับการสอนและประเมินทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยฉุกเฉิน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุง ทดลองใช้และลงโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อควบคุมหุ่นจำลองให้มีการเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์ที่กำหนดก่อนนำไปใช้

2. แบบประเมินความรู้และแบบประเมินทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านผู้ป่วยฉุกเฉิน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง 2 ท่าน โดยแบบประเมินความรู้ ทำการตรวจสอบค่าดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ (Index of item Objective Congruence [IOC]) ซึ่งได้ค่า เท่ากับ 1.00 และแบบประเมินทักษะ ทำการตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) เท่ากับ .98

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

1. สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับการสอนและประเมินทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน หลังการทดลอง ที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการให้อาจารย์ในกลุ่มวิชาการพยาบาลฉุกเฉินและวิกฤต จำนวน 3 ท่าน ทดลองใช้ และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

2. สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับการสอนและประเมินทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ที่ผ่านการปรับปรุงตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย (Tato, 2018) เพื่อประเมินความเข้าใจต่อเนื้อหา และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

3. แบบประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย และทำการตรวจสอบค่าความสอดคล้องภายในโดยการคำนวณหาค่าคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 [KR-20]) ได้เท่ากับ .70

4. แบบประเมินทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ผู้วิจัยดำเนินการทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย (Tato, 2018) เพื่อประเมินความเชื่อมั่นระหว่างผู้สังเกต (Interrater reliability) โดยให้ผู้ประเมินจำนวน 3 ท่าน ทำการประเมินพร้อมกันต่อนักศึกษา 1 ราย และทำการตรวจสอบค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องกัน (Percentage of agreement) ได้เท่ากับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. ภายหลังได้รับการรับรองการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยพายัพแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยต่อคณะพยาบาลศาสตร์ แม่คอร์ดมีค มหาวิทยาลัยพายัพ

2. หลังจากได้รับอนุญาต ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อนักศึกษาที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชาที่มีการจัดการเรียนการสอนแบบสถานการณ์จำลอง ประจำปีการศึกษา 2566

3. ผู้ช่วยวิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือจากนักศึกษา

อธิบายถึงวัตถุประสงค์การวิจัย และขั้นตอนของการวิจัย เมื่อนักศึกษายินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

4. กำหนดแผนการทดลอง จัดเตรียมสถานการณ์จำลอง หุ่นจำลองเสมือนจริง และเตรียมผู้ป่วยจำลอง

5. การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 ราย

5.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Pre-test) โดยใช้เวลา 15 นาที

5.2 หลังจากนั้นเรียงลำดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่างจากสูงไปต่ำ และแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม โดยการระบุหมายเลขกำกับหน่วยรายชื่อ ซึ่งหมายเลข 1 หมายถึง กลุ่มทดลอง และหมายเลข 2 หมายถึง กลุ่มควบคุม ได้กลุ่มทดลองจำนวน 22 ราย และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 ราย

5.3 กลุ่มทดลอง จำนวน 22 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

5.3.1 ภายหลังจากประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินครั้งที่ 1 กลุ่มทดลองได้รับการสอนโดยการบรรยายประกอบวิดีโอเรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage) เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

5.3.2 ภายหลังจากเสร็จสิ้นการบรรยายเรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินประกอบวิดีโอ กลุ่มทดลองถูกแบ่งเป็นกลุ่มละ 7-8 ราย เพื่อเข้ารับการฝึกทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับการสอน ตามขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของ เจฟฟรีย์ (Jeffries, 2005) ประกอบด้วย 1) ระยะเกริ่นนำ (Pre-brief) โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงรายละเอียดสถานการณ์ บทบาท หน้าที่ของพยาบาลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นเวลา 5 นาที 2) ระยะลงมือปฏิบัติ (Scenario running) ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการสอน สาธิต พร้อมอำนวยความสะดวก และช่วยเหลือในระหว่างกระบวนการเรียนรู้ หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการฝึกทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสถานการณ์ละ 5 นาที จำนวน 3 สถานการณ์ รวมครั้งละ 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง ในหนึ่งสัปดาห์ โดยแต่ละครั้งให้กลุ่มตัวอย่างแต่ละคนได้ผลัดเปลี่ยนในการปฏิบัติทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน และ 3) ระยะสรุป (Debriefing) ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติในสถานการณ์ โดยการเปิดโอกาสให้อธิบายความคิด ความรู้สึกและสถานการณ์ วิเคราะห์ถึงการปฏิบัติ และการนำไปใช้ในอนาคตในสถานการณ์จริง โดยใช้เวลา 15 นาที

5.3.3 ภายหลังจากได้รับการสอนโดยการบรรยายและการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเป็นเวลา 1 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับการประเมินทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นรายบุคคล ด้วยวิธีการสังเกตจากผู้วิจัย ตามขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของ เจฟฟรีย์ (Jeffries, 2005) ประกอบด้วย 1) ระยะเกริ่นนำ (Pre-brief) 2) ระยะลงมือปฏิบัติ (scenario running) สถานการณ์ละ 5 นาที จำนวน 3 สถานการณ์ รวมระยะเวลา 15 นาที และ 3) ระยะสรุป (Debriefing) โดยให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติในสถานการณ์โดยการเปิดโอกาสให้อธิบายความคิด ความรู้สึกและสถานการณ์ วิเคราะห์ถึงการปฏิบัติ และการนำไปใช้ในอนาคตกากเกิดสถานการณ์จริง อย่างไรก็ตาม ในขั้นตอนการประเมินทักษะ กลุ่มทดลอง จำนวน 1 ราย ขอถอนตัวจากการวิจัย

5.3.4 เมื่อเสร็จสิ้นการเข้าฝึกในสถานการณ์จำลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Post-test) โดยใช้เวลา 15 นาที

5.4 กลุ่มควบคุม จำนวน 22 ราย ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

5.4.1 ภายหลังจากประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินครั้งที่ 1 กลุ่มควบคุม ได้รับการสอนโดยการบรรยายประกอบวิดีโอเรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Triage) เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง

5.4.2 ภายหลังจากได้รับการสอนโดยการบรรยายเป็นเวลา 1 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการประเมินทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงเป็นรายบุคคล ด้วยวิธีการสังเกตจากผู้วิจัย ตาม

ขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของ เจฟฟรีย์ (Jeffries, 2005) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

5.4.3 เมื่อเสร็จสิ้นการเข้าฝึกในสถานการณ์จำลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมทำแบบประเมินความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Post-test) โดยใช้เวลา 15 นาที

5.4.4 ภายหลังการเก็บรวบรวมข้อมูลสิ้นสุดลง กลุ่มควบคุมถูกแบ่งเป็นกลุ่มละ 7-8 ราย เพื่อเข้ารับการฝึกทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงสำหรับการสอน ตามขั้นตอนการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของ เจฟฟรีย์ (Jeffries, 2005) เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

6. ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ และทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองโดยทดสอบการกระจายของข้อมูล พบว่าการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Mann-Whitney U test

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังทดลอง โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลพบว่าการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติจึงใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed-rank test

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยพายัพ รหัสโครงการ COE No. 67/029 PYU_REC No.67/038/2 โดยผู้ช่วยวิจัยดำเนินการแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมวิจัย วิธีการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และประโยชน์ที่ได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สบายใจหรือเกิดความเครียดระหว่างเข้าร่วมการทดลองต้องการที่ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย สามารถกระทำได้โดยไม่มีผลใด ๆ ต่อผลการประเมินผลการเรียนทั้งในรายวิชาทฤษฎีหรือปฏิบัติ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามถูกเก็บไว้เป็นความลับใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุถึงกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน และจำกัดผู้เข้าถึงข้อมูลเฉพาะผู้วิจัย และการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้จำนวน 43 ราย ผลการศึกษาพบว่าเกือบทั้งหมดเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.35) อายุเฉลี่ย 21.74 ปี ($SD \pm 1.67$) ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.86 และ 27.91 มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.51-3.00 และ 3.01-3.50 ตามลำดับ โดยกลุ่มทดลองจำนวน 21 ราย เป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 95.24) มีอายุเฉลี่ย 22.00 ปี ($SD \pm 1.61$) ร้อยละ 57.14 มีเกรดเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.51-3.00 และน้อยที่สุดร้อยละ 9.52 มีเกรดเฉลี่ยสะสม 2.00-2.50 และ 3.51-4.00 ขณะที่กลุ่มควบคุมจำนวน 22 ราย มากที่สุดร้อยละ 95.45 เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 21.50 ($SD \pm 1.73$) โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 31.82 มีเกรดเฉลี่ยสะสม 3.01-3.50 และน้อยที่สุดร้อยละ 4.55 มีเกรดเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 2.00 ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีเพศ อายุ และเกรดเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่าระดับคะแนนมัธยฐานของทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองหลังการใช้
สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง	Min-Max	Median	IQR	Mann-Whitney U test	
				Z	p-value
กลุ่มทดลอง (N= 21)	3-9	6	4-8	-.432	.666
กลุ่มควบคุม (N= 22)	3-9	6	4.75-7.25		

IQR = Interquartile range

3. ผลการเปรียบเทียบความรู้ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินสูงกว่าก่อนใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองก่อนและหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (n = 21)

การดำเนินการ	Min-Max	Median	IQR	Wilcoxon matched pairs sign-rank test	
				Z	p-value
ก่อนการใช้สถานการณ์จำลอง	3-7	5	4-6	-2.670	.008
หลังการใช้สถานการณ์จำลอง	3-9	6	4-8		

IQR = Interquartile range,

4. ผลการเปรียบเทียบทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนมัธยฐานสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน

กลุ่มตัวอย่าง	Min-Max	Median	IQR	Mann-Whitney U test	
				Z	p-value
กลุ่มทดลอง (N= 21)	16-19	18	16-19	-5.671	.001
กลุ่มควบคุม (N= 22)	9-14	12	9-13		

IQR = Interquartile range

อภิปรายผล

ผลการศึกษากฎการตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

1. คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) อภิปรายได้ว่า การจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลอง (Jeffries, 2005) มีกระบวนการทบทวนความรู้ให้นักศึกษาก่อนเรียน (Pre-briefing) จากนั้นได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์เสมือนจริงทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่ได้รับ มีการสะท้อนคิดประสบการณ์และสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) ภายหลังการเรียน ทำให้เกิดการส่งเสริมความรู้ที่มากกว่าการบรรยาย ส่วนการจัดการเรียนการสอนตามปกติ ที่มีการบรรยายความรู้มอบหมายให้นักศึกษาได้ศึกษาด้วยตนเองในหัวข้อที่กำหนด ผู้สอนแนะนำวิธีการศึกษาช่วยให้นักศึกษาสามารถค้นคว้าหาความรู้อย่างเป็นระบบทำให้เกิดการจดจำ การทำความเข้าใจ และนำไปใช้ เพื่อสรุปความคิดรวบยอดของตนเองจึงทำให้มีคะแนนความรู้ที่เพิ่มขึ้นได้เช่นเดียวกัน แม้ว่ากลุ่มควบคุมได้รับการบรรยายความรู้และมอบหมายให้ศึกษาทบทวนด้วยตนเองในหัวข้อนั้น ๆ ซึ่งก็อาจมีส่วนช่วยให้นักศึกษามีความรู้ที่มากขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้ของบลูม (Bloom, Engelhart, Furst, Hill, & Krathwohl, 1956) ได้กล่าวว่า การเรียนรู้หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากเดิมไปสู่พฤติกรรมใหม่ที่ค่อนข้างถาวร หากบุคคลเกิดการเรียนรู้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ความเข้าใจ และความคิด (Cognitive Domain) เป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับเนื้อหาสาระใหม่ ก็จะทำให้เกิดการเกิดความรู้ความเข้าใจได้มากขึ้น ผ่านการจดจำ เข้าใจ สามารถแสดงออกมาในรูปของการแปลความ ตีความ คาดคะเน ขยายความ หรือ การกระทำอื่น ๆ และส่งผลต่อการนำความรู้ไปใช้ สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มความรู้ของนักศึกษาได้ นอกจากนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับประสบการณ์ทางคลินิกของนักศึกษา (Kim & Lee, 2020) หรือจากประสบการณ์การทำงานในด้านการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีผลต่อความรู้ในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Duko et al., 2019) นอกจากนั้นการจัดการเรียนการสอนให้เหมาะสมกับบริบทของผู้เรียน และมีการผสมผสานการจัดการเรียนรู้ในรูปแบบหลากหลาย จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chubkhuntod et al. (2020) ที่ศึกษาผลของการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองต่อความรู้ ความมั่นใจ และความสามารถในการใช้กระบวนการพยาบาลมารดาและทารกในระยคลอด ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสอนตามปกติ ($p > .05$)

2. คะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลอง ภายหลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินมากกว่าก่อนได้รับ ผลการศึกษาคะแนนความรู้ของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการใช้สถานการณ์จำลองฯ มากกว่าก่อนได้รับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจมีส่วนจากกระบวนการเรียนการสอนโดยวิธีการบรรยายประกอบวิดีโอหรือวิธีการสอนแบบปกติ หลังจากนั้นได้รับการสอนโดยการเข้าฝึกทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน และอีก 1 ครั้ง ภายในหนึ่งสัปดาห์ ตามขั้นตอนการเรียนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงของ เจฟฟรีย์ (Jeffries, 2005) คือ การแจ้งถึงรายละเอียดสถานการณ์ บทบาท หน้าที่ของพยาบาลในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Pre-briefing) จากนั้นจึงลงมือฝึกปฏิบัติ (Scenario running) การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินในสถานการณ์เสมือนจริงที่มีความหลากหลาย ถือได้ว่าเป็นการทบทวนความรู้ผนวกกับการเรียนรู้จากประสบการณ์ และร่วมสรุปผลการเรียนรู้ (Debriefing) สะท้อนคิดเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับ อาจส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้นอกจากความรู้ที่เกิดจากการเรียนรู้ด้วยวิธีการสอนแบบปกติเพียงอย่างเดียว ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาที่แม้ว่าจะมีวิธีการจัดการเรียนการสอนด้วยการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงที่แตกต่างกันในแง่ของรายละเอียดการประยุกต์ใช้วิธีการสอนอื่น ๆ หรือแง่ของเวลา ก็พบว่าหลังการทดลองนักศึกษาพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนทดลองและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chubkhuntod et al., 2020; Kulachat

et al., 2022; Norkaeo et al., 2018; Pangsuk, & Kingmala, 2021; Sinthuchai et al., 2017)

3. การใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินนักศึกษา พบว่าการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะของพยาบาลเกี่ยวกับการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานของหญิงตั้งครรภ์ เหตุผลสำคัญที่ทำให้การสอนแบบจำลองสถานการณ์มีประสิทธิภาพ ได้แก่ 1) การจำลองสถานการณ์ช่วยให้พยาบาลได้ประสบการณ์ทางคลินิกที่หาได้ยากในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย 2) การจำลองสถานการณ์ช่วยให้มีโอกาสในการรับความคิดเห็นและแก้ไขข้อผิดพลาดได้ทันที 3) การฝึกปฏิบัติจริงช่วยเสริมสร้างความรู้ทางทฤษฎี และ 4) การจำลองสถานการณ์ช่วยเพิ่มการเก็บรักษาความรู้และการพัฒนาทักษะ

ดังนั้น จึงกล่าวได้ว่าการเรียนรู้ที่ใช้สถานการณ์จำลองให้ผลให้ความรู้ และทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาลเพิ่มขึ้นได้ นักศึกษามีส่วนร่วมอภิปรายเกี่ยวกับการปฏิบัติทักษะในการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินในชั้นสรุปร่วมกับผู้สอนทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ โดยการสร้างบรรยากาศที่ดี ใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้นักศึกษาแสดงความคิดเห็นต่อการปฏิบัติทักษะทั้งในด้านบวกและด้านลบ และให้เสนอทางเลือกเพื่อให้การปฏิบัติทักษะดังกล่าวดีขึ้น ทำให้นักศึกษามีความพยายามอย่างเต็มที่ในการทำกิจกรรมนั้น ๆ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สามารถนำแนวทางการจัดการเรียนรู้โดยใช้สถานการณ์จำลองเกี่ยวกับทักษะการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยกำหนดการฝึกซ้ำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ไปประยุกต์ใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่ยังไม่มีประสบการณ์ในแผนกฉุกเฉินก่อนขึ้นปฏิบัติจริง เพื่อช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะของนักศึกษา และเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่การฝึกปฏิบัติจริง

2. ควรมีการนำสถานการณ์จำลองเสมือนจริงไปใช้ในหลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลในโรงพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการเตรียมพร้อมในกรณีฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงกับตัวแปรอื่น เช่น ความมั่นใจในตนเอง ความพึงพอใจภาวะผู้นำ การสื่อสาร การทำงานเป็นทีม เป็นต้น

2. ศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงร่วมกับการสอนรูปแบบอื่น เช่น การสอนแบบ Active learning เพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

3. ศึกษาปัจจัยอื่นและควบคุมตัวแปรที่อาจมีผลต่อความรู้และทักษะของการคัดแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉินของนักศึกษาพยาบาล เช่น ประสบการณ์ทางคลินิกที่แตกต่างกันต่อการเรียนรู้ในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

4. ควรมีการเพิ่มระยะเวลาของการฝึกฝนหรือการทบทวนเพิ่มเติมในการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในกลุ่มทดลอง ซึ่งอาจเพียงพอสำหรับการพัฒนาทักษะในเชิงลึกเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

References

Aloyce, R., Leshabari, S., & Brysiewicz, P. (2014). Assessment of knowledge and skills of triage among nurses working in the emergency centres in Dar es Salaam, Tanzania. *African Journal of Emergency Medicine*, 4(1), 14-18. doi: 10.1016/J.AFJEM.2013.04.009

- Bloom, B. S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1956). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. Handbook I: Cognitive domain*. New York: David McKay Company. Retrieved from <https://uwaterloo.ca/centre-for-teaching-excellence/catalogs/tip-sheets/blooms-taxonomy>
- Chubkhuntod, P., Elter, P. T., Gaewgoontol, N., & Potchana, R. (2020). Effects of simulation based learning model on knowledge, self-Efficacy and abilities of applying nursing process skills during intrapartum care of nursing students. *Journal of Health Science*, 29(6), 1062-1072. [In Thai]
- Department of Medical Service, Ministry of Public Health. (2018). *MOPH ED TRIAGE* (2nd ed.). Nonthaburi: Ministry of Public Health, Department of Medical Service. [In Thai]
- Duko, B., Geja, E., Oltaye, Z., Belayneh, F., Kedir, A., & Gebire, M. (2019). Triage knowledge and skills among nurses in emergency units of Specialized Hospital in Hawassa, Ethiopia: Cross sectional study. *BMC Res Notes*, 12(1), 1-4. doi: 10.1186/s13104-019-4062-1.
- Durmaz, A., Dicle, A., Cakan, E., & Cakir, S. (2012). Effect of screen-based computer simulation on knowledge and skill in nursing students' learning of preoperative and postoperative care management; a randomized controlled study. *CIN*, 30(4), 196-203. doi: 10.1097/NCN.0b013e3182419134
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41(4), 1149-1160. doi: 10.3758/BRM.41.4.114
- Gray, J. R., & Grove, S. K., (2021). *Burns and Grove's The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (9th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.
- Janpilom, N., Sengsri, S., & Kongmanus, K. (2018). Attitudes of nursing instructors and students towards simulation-based teaching in the subject of nursing practical. *Boromarajonani College of Nursing Uttaradit Journal*, 10(2), 222-233. [In Thai]
- Jeffries, P. R. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26(2), 96-103.
- Jeffries, P. R., Rodgers, B., & Adamson, K. (2015). NLN Jeffries simulation theory: Brief narrative description. *Nursing Education Perspectives*, 36(5), 292-293. doi: 10.5480/1536-5026-36.5.292
- Kim, J., & Lee, O. (2020). Effects of a simulation-based education program for nursing students responding to mass casualty incidents: A pre-post intervention study. *Nurse education today*, 85, 104297. doi: 10.1016/j.nedt.2019.104297
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2005). Learning styles and learning spaces: Enhancing experience learning in higher education. *Acad Manage Learn Educ*, 4(2), 193-212. doi.org/10.5465/AMLE.2005.17268566

- Kulachat, K., Pangam, N., Kuasri, J., Neelasmith, S., Thepha, T., Panthuchin, Ch., ... Sungworapongpana, Th. (2022). Effects of simulation-based learning for preparation of midwifery practicum on knowledge, satisfaction, and self-confidence of the fourth year nursing students, Faculty of Nursing, Khon Kaen University. *Journal of Nursing and Health*, 45(1), 112-123. [In Thai]
- Maraphen, R. (2019). *Development of a learning management model using standardized patients in simulation base in community health nursing* (Doctoral dissertation). Retrieved from <https://sure.su.ac.th/xmlui/handle/123456789/24988?attempt=2&> [In Thai]
- National Institute for Emergency Medicine. (2015). *Guidelines for emergency patient triage and care prioritization in the emergency room according to the criteria established by the NIEM* (3rd ed.). Nonthaburi, Thailand: National Institute of Emergency Medicine. [In Thai]
- Norkaeo, D., Treenon, P., Chabuakam, N., Kanbupar, N., Teanthong, S., & Kaewmanee, C. (2018). Nursing students knowledge and skills about basic life support (bls): The effects of simulation-based learning. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 84-95. [In Thai]
- Pangsuk, P., & Kingmala, C. (2021). The effect of simulation-based learning on knowledge and self-efficacy of the third year nursing students in caring for emergency patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(2), 89-100. [In Thai]
- Sathianathan, P., Sony, A., & Abraham, A. (2020). Effectiveness of simulation based teaching on knowledge and skill regarding cardiopulmonary resuscitation of pregnant women among nursing personnel. *International Journal of Science and Research*, 9(8), 1483-1488. doi: 10.21275/SR20827114638
- Sinthuchai, S., Ubonwan, K., & Boonsin, S. (2017). Effects of high-fidelity simulation based learning on knowledge, satisfaction, and self-confidence among the fourth year nursing students in comprehensive nursing care practicum. *Rama Nurs J*, 23(1), 113-128. [In Thai]
- Sukjamnong, S., Buanban, P., Singham, S., Srisawang, W., & Chamnarnborirak, P. (2021). The quality of emergency patient triage in Nadun Hospital, Nadun District, Mahasarakham Province. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand*, 1(2), 123-133. [In Thai]
- Tato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (3rd ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. [In Thai]
- Thonsao, C., Wichakkanalun, W., Chaiprom, K. Laengsatan, P., Chantaphim, P., Saensuk, P., & Thonsao, M. (2020). A study of quality of emergency patient triage at emergency department suddhavej hospital faculty of medicine Mahasarakham university. *The 7th National Conference Nakornrachasima College*, (pp. 1140-1148). Nakornrachasima: Nakornrachasima College. [In Thai]
- Wachiradilok, P., Sirismut, T., Chaisit, S., & Sethasathien, A. (2016). Patient triage in emergency departments in Thailand. *Nursing Council Journal*, 31(2), 96-108. [In Thai]

ผลของการใช้การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ต่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล

ละมัด เลิศล้ำ, พย.ม.¹ ชนิตา ธนสารสุธี, พย.ม.^{1*} ทิพวัลย์ ชีรสิริโรจน์, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2566 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 146 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - พฤษภาคม 2567 ด้วยแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของลาซาเตอร์ ฉบับภาษาไทย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาแบบคอร์กอร์บาค เท่ากับ 0.78 โดยนักศึกษาทำแบบประเมินด้วยตนเองก่อนเริ่มสถานการณ์จำลองเสมือนจริงกรณีแรกและเมื่อสิ้นสุดกรณีสุดท้าย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ ด้วยสถิติ Paired T-Test ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกหลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p < .001$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงมีประโยชน์ต่อการเรียนรู้ของนักศึกษา และสามารถพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ จึงควรมีการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในทุกรายวิชาทางการพยาบาลเพื่อพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง การตัดสินใจทางคลินิก นักศึกษาพยาบาล

¹ อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: chanida@bcnsprnw.ac.th

Effects of Simulation Based-Learning on Nursing Students' Clinical judgement

Lamad Lertlum, M.S.N.¹, Chanida Tanasansutee, M.S.N.^{1*}, Tippawan Teerasiroj, M.S.N.¹

Abstract

This study is quasi-experimental research with a one-group pre-posttest design. The objective was to examine the effect of simulation based-learning on nursing students' clinical judgement. The sample consisted of 146 third-year Bachelor of Science in nursing students from Boromarajonani College of Nursing Sawanpracharak Nakhonsawan, academic year 2023, who were enrolled in the adult nursing practicum II. Data were collected from October 2023 to May 2024 using the Thai version of a Lasater Clinical Judgment rubric assessment tool, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.78. Students completed the evaluation themselves before starting the first simulation scenario and at the end of the last scenario. Data were analyzed using paired t-test statistics through computer software. The result illustrated that the sample group had significantly higher clinical judgment skills scores after the trial compared to before the trial, with a statistical significance at the .01 level ($p < .001$).

These findings suggest that learning through simulation based-learning is beneficial for students' learning and can enhance the clinical judgment skills of nursing students. Therefore, simulation based-learning should be incorporated into all nursing courses to continuously develop the clinical decision-making skills of nursing students.

Key words: Simulation Based-Learning, Clinical judgement, Nursing student

¹ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing SAWANPRACHARAK NAKHONSAWAN, Faculty of nursing

* Corresponding author e-mail: chanida@bcnsprnw.ac.th

บทนำ

การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกในปัจจุบันมีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากองค์ความรู้ทางการแพทย์และการพยาบาลมีความก้าวหน้า รวมทั้งภาวะการดำเนินของโรคที่มีความยุ่งยากซับซ้อนและความชุกของการเจ็บป่วยเรื้อรังมีมากขึ้น อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวกทางคลินิกที่จำกัด และการขาดแคลนอัตราากำลัง (Tamata & Mohammadnezhad, 2023) กำหนดให้พยาบาลต้องมีความสามารถในการตอบสนองต่อสถานการณ์ทางคลินิกที่ซับซ้อน (Premji & Hatfield, 2016) การพยาบาลจึงต้องอาศัยทักษะความรู้ความเข้าใจที่สูงขึ้น การคิดและการตัดสินใจทางคลินิกถือเป็นทักษะที่สำคัญและจำเป็นสำหรับพยาบาลทุกระดับ

การตัดสินใจทางคลินิก (Clinical Judgement) หมายถึง การแปลความและการสรุปเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยและการตัดสินใจที่จะปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย (Connor et al., 2023; Lasater, 2007, 2011) ทักษะการสังเกตและการให้เหตุผลเป็นสิ่งจำเป็นในการตัดสินใจทางคลินิกที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ ซึ่งต้องอาศัยการพิจารณาปัจจัยที่ซับซ้อน การตัดสินใจเลือกการพยาบาลที่เหมาะสมจะตามสถานการณ์ของผู้ป่วยแต่ละราย พยาบาลจำเป็นต้องใช้ความรู้ทางวิชาชีพและทางคลินิก ประสบการณ์ เพื่อตีความสิ่งที่สังเกตเห็น และตัดสินใจให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยรายบุคคล การตัดสินใจทางคลินิกถือเป็นทักษะสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ช่วยให้พยาบาลสามารถตัดสินใจทางคลินิกได้เหมาะสมและปฏิบัติการพยาบาลที่ปลอดภัยแก่ผู้ป่วย และยังช่วยปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล (Manetti, 2018; Strickland et al., 2017; Van Graan et al., 2016) ความปลอดภัยของผู้ป่วยขึ้นอยู่กับทักษะการตัดสินใจและการตัดสินใจทางคลินิกของพยาบาล โดยทักษะการสังเกตและการให้เหตุผลถือเป็นองค์ประกอบสำคัญ การส่งเสริมทักษะเหล่านี้ในนักศึกษาพยาบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญของการศึกษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ (Fogg et al., 2020)

การจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ที่ผ่านมามีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักศึกษาพยาบาลสามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพในระยะเฉียบพลัน วิกฤติ เรื้อรัง และระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม พบว่า นักศึกษามีข้อจำกัดในการฝึกปฏิบัติจริง เนื่องจากส่วนใหญ่ได้รับอนุญาตให้ทำหน้าที่เพียงผู้สังเกตการณ์ในคลินิกเท่านั้น ซึ่งจำกัดโอกาสในการมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยโดยตรง ด้วยเหตุผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ส่งผลให้นักศึกษาพัฒนาทักษะการปฏิบัติการพยาบาลและการตัดสินใจทางคลินิกไม่ได้เต็มที่ ส่งผลกระทบต่อความพร้อมในการปฏิบัติงานหลังสำเร็จการศึกษา ทำให้มีสมรรถนะการตัดสินใจทางคลินิกไม่เพียงพอกับความคาดหวังของหน่วยงาน นั่นคือพยาบาลจบใหม่มักไม่มีทักษะการตัดสินใจทางคลินิกที่เพียงพอที่จะให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยอย่างปลอดภัย และไม่สามารถปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองโดยอิสระ ยังต้องอยู่ภายใต้การนิเทศของพยาบาลรุ่นพี่ที่มีประสบการณ์ (Dickison et al., 2019) สภาพแวดล้อมการพยาบาลในปัจจุบัน ทำให้นักศึกษาต้องการการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกก่อนสำเร็จการศึกษา

การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (Simulation Based-Learning: SBL) เป็นการจัดการเรียนการสอนแบบโต้ตอบ (Interactive learning) ที่ใช้หลักทฤษฎีการเรียนรู้แบบประสบการณ์ (Experiential learning) ซึ่งเน้นการเรียนรู้จากการทำจริงในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย โดยนักศึกษาได้รับโอกาสในการฝึกฝนการตัดสินใจทางคลินิกในสถานการณ์ที่ไม่สามารถเกิดขึ้นจริงในภาคปฏิบัติได้ (Klenke-Borgmann et al., 2021; Salameh et al., 2021) นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติซ้ำหลายครั้งจนเกิดความชำนาญในการตัดสินใจที่เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยไม่ส่งผลเสียต่อผู้ป่วย และเสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมสู่การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Fawaz et al., 2016) การฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิกที่หลากหลายยังช่วยพัฒนาและเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ (Ayed & Khalaf, 2018; Ayed et al., 2022) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่างานวิจัยส่วนใหญ่เน้นการจัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงในบริบทของการแพทย์หรือพยาบาลเฉพาะบางสถานการณ์ อย่างไรก็ตาม การศึกษาที่ประยุกต์ใช้การเรียนรู้จากสถานการณ์จำลองเพื่อพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลยังคงมีผลวิจัยที่ยังไม่ชัดเจน (Thammakijpirote,

et al., 2023) นอกจากนี้ ยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินและการวัดทักษะการตัดสินใจทางคลินิกที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลผ่านการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาเรื่อง ผลของการใช้การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล โดยใช้แนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของ ลาสาเตอร์ (Miraglia & Asselin, 2015; Rogers & Franklin, 2023) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก และใช้แบบจำลองการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ของ Klob (1984) เป็นกรอบในการออกแบบการจัดการเรียนการสอน เพื่อส่งเสริมให้นักศึกษามีความมั่นใจในการตัดสินใจทางคลินิกและการปฏิบัติพยาบาล สามารถปฏิบัติกรพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยเกิดความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะทางปัญญา สำหรับนักศึกษาพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

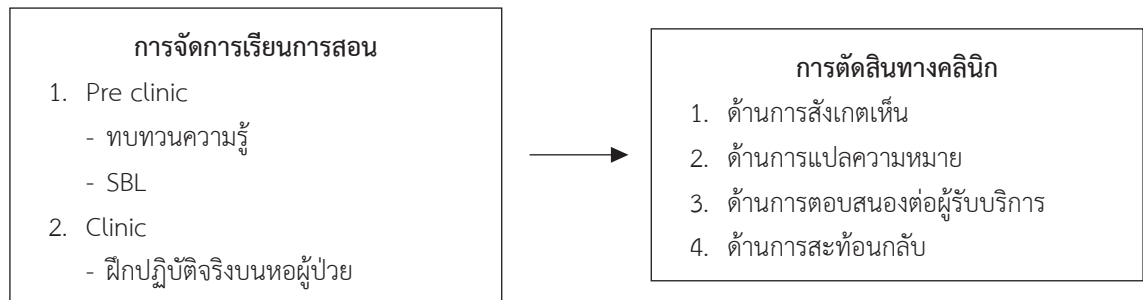
เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล ก่อนและหลังการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง

สมมติฐานการวิจัย

นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงจะมีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน

กรอบแนวคิดการวิจัย

งานวิจัยนี้ ใช้แบบจำลองการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) ของ Klob (1984) เป็นกรอบในการออกแบบการจัดการเรียนการสอน โดยแบบจำลองการเรียนรู้จากประสบการณ์ (Experiential Learning) หรือ Experiential Learning Cycle ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. ประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete Experience) 2. การสะท้อนคิดจากการสังเกต (Reflective Observation) 3. การสร้างแนวคิดที่เป็นนามธรรม (Abstract Conceptualization) 4. การทดลองปฏิบัติ (Active Experimentation) งานวิจัยนี้จัดให้นักศึกษาพยาบาลได้ลงมือทำและมีส่วนร่วมในสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ซึ่งช่วยให้เกิดประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรม (Concrete Experience) ภายหลังจากการจำลองสถานการณ์เสมือนจริง นักศึกษาพยาบาลจะต้องสะท้อนความคิดและวิเคราะห์เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (Reflective Observation) เพื่อทำความเข้าใจและสรุปแนวคิดเชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) หลังจากนั้น นักศึกษาพยาบาลนำแนวคิดที่ได้เรียนรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงบนหอผู้ป่วย (Active Experimentation) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงแบ่งการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา ออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกภาคปฏิบัติ (Pre clinic) ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง และระยะการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย (Clinic) และใช้แนวคิดการตัดสินใจทางคลินิกของลาสาเตอร์ (Lasater, 2007, 2011) ซึ่งพัฒนามาจากโมเดลการตัดสินใจทางคลินิกของแทนเนอร์ Tanner's Clinical Judgement Model (2006) เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิก โดยการประเมินการตัดสินใจทางคลินิก ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 11 มิติ ดังนี้ 1) ด้านการสังเกตเห็น ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ การสังเกตแบบเจาะจง การตระหนักรู้ถึงรูปแบบ การวินิจฉัยทางคลินิกที่ไม่เป็นไปตามคำทหายและการแสวงหาข้อมูล 2) ด้านการแปลความหมาย ประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่ การจัดลำดับความสำคัญของข้อมูลและการเข้าใจข้อมูล 3) ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ ความสุขุมและการแสดงออกอย่างมีความมั่นใจ ความชัดเจนในการสื่อสาร มีการวางแผนที่ดีและมีความยืดหยุ่น และทักษะการพยาบาล และ 4) ด้านการสะท้อนกลับ ประกอบด้วย 2 มิติได้แก่ การประเมิน/การวิเคราะห์ ตนเองและความมุ่งมั่นที่จะพัฒนา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-post test) เพื่อศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ การฝึกปฏิบัติการพยาบาลในรายวิชานี้แบ่งออกเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์โดยมีรายละเอียดคือสัปดาห์ที่ 1 และ 2 นักศึกษาจะฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม, ในสัปดาห์ที่ 3 ฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม, และในสัปดาห์ที่ 4 จะฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม ซึ่งนักศึกษาพยาบาลจะถูกหมุนเวียนมาฝึกปฏิบัติในรายวิชานี้ครั้งละ 3-4 กลุ่ม (รวมจำนวนประมาณ 24-32 คน) ต่อตารางการฝึกภาคปฏิบัติ โดยมีอาจารย์ผู้สอนกลุ่มเดียวกันตลอดระยะเวลา

ประชากร นักศึกษาพยาบาลบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2566 จำนวน 146 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นนักศึกษาพยาบาลบัณฑิต ชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ ปีการศึกษา 2566 ที่ลงทะเบียนเรียนวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 146 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

1. เครื่องมือในการวิจัย

สถานการณ์จำลองเสมือนจริง จำนวน 4 สถานการณ์ ได้แก่ 1) ผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน 2) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว 3) ผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงระยะสูง ภายหลังผ่าตัดสมอง และ 4) ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นที่ต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลจำนวน 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 1 คน โดยตรวจสอบความตรงเนื้อหาและความถูกต้องในการใช้ภาษา และปรับปรุงแก้ไขก่อนที่จะนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนจริง

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลประชากรของผู้เข้าร่วม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ เกรดเฉลี่ย รูปแบบการเรียนรู้
2) แบบวัดการตัดสินใจทางคลินิกของอาสาสมัคร ฉบับภาษาไทย ของ ตรีชฎา ปุณสรัง สุปรรณิ กัณหดิลก และศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ (2563) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาแบบคอร์นบาร์ค (Cronbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.88 ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ 11 มิติ ได้แก่ 1) ด้านการสังเกต จำนวน 3 มิติ 2) ด้านการแปลความหมาย จำนวน 2 มิติ 3) ด้านการตอบสนองต่อผู้รับบริการ จำนวน 4 มิติ และ 4) ด้านการสะท้อนผลลัพธ์ จำนวน 2 มิติ เกณฑ์การให้คะแนน (Rubric score) ระดับคะแนนรายข้อคือ 1 ถึง 4 คะแนน โดยคะแนนรวมขั้นต่ำที่เป็นไปได้และคะแนนสูงสุดของแบบวัดคือ 11 ถึง 44 คะแนน การแปลผลโดยคะแนนสูงหมายถึงมีการตัดสินใจทางคลินิกที่ดี นอกจากนี้ ผู้วิจัยทดสอบ

ค่าความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบวัดไปทดลองใช้วัดผลลัพธ์การเรียนรู้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาแบบคอนบาค (Conbach's Alpha coefficient) เท่ากับ 0.78 ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) ผู้วิจัยปฐมนิเทศนักศึกษาพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยที่นักศึกษาสามารถยุติการเป็นกลุ่มตัวอย่างได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียน
- 2) ประเมินการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลก่อนการจัดการเรียนการสอน ด้วยแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิก ผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความถูกต้องเพื่อนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ
- 3) จัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในวันแรกของการขึ้นฝึกปฏิบัติการในแต่ละสัปดาห์ตามขั้นตอนดังนี้

3.1) ขั้นเตรียมการ (Pre-Brief) ปฐมนิเทศการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เพื่อชี้แจงโจทย์สถานการณ์ (Scenario) วัตถุประสงค์การเรียนรู้ การใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ และหุ่นจำลอง รวมทั้งบทบาทหน้าที่ระหว่างดำเนินสถานการณ์

3.2) การดำเนินสถานการณ์ (Simulation Activity) นักศึกษาฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือน (scenario practice) ในห้องปฏิบัติการ ครั้งละ 3 คน ใช้เวลา 15 นาทีต่อสถานการณ์ และนักศึกษาหมุนเวียนจนครบทุกคน โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวก และนักศึกษาสามารถฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลซ้ำได้หลายครั้ง จนคล่องแคล่ว

3.3) การสรุปบทเรียน (Debrief) โดยผู้วิจัยประชุมกลุ่มนักศึกษา สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้นักศึกษารู้สึกปลอดภัย และใช้คำถามปลายเปิดกระตุ้นให้นักศึกษามีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็น สิ่งที่ได้เรียนรู้ และวิเคราะห์การฝึกทักษะปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลอง ใช้เวลาอย่างน้อย 30 นาที

3.4) การสะท้อนผลลัพธ์การเรียนรู้ (Reflection) เพื่อสะท้อนรูปแบบการจัดการเรียนการสอน และผลลัพธ์การเรียนรู้

4) ผู้วิจัยให้นักศึกษาทำแบบวัดการตัดสินใจทางคลินิก ภายหลังจากเสร็จสิ้นการจัดการเรียนการสอนใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2

5) เมื่อเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์ผล

ตารางที่ 1 การเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงในสถานการณ์ ในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จำนวน 4 สัปดาห์

สัปดาห์ที่ 1	สัปดาห์ที่ 2	สัปดาห์ที่ 3	สัปดาห์ที่ 4
หอผู้ป่วยอายุรกรรม		หอผู้ป่วยหนักศัลยกรรม	หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม
สถานการณ์ผู้ป่วย Acute MI	สถานการณ์ผู้ป่วย Acute Heart failure with AF with RVR	สถานการณ์ผู้ป่วย หลังผ่าตัดสมองที่มีภาวะ Increased intracranial pressure	- สถานการณ์ ACLS

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลประชากรค่านวณร้อยละ และความถี่
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจทางคลินิก ก่อนและหลังการเรียนรู้ด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ด้วยสถิติ Paired T-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ โครงการวิจัยรหัส SPR NW-REC 060/2566 ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลพร้อมทั้งชี้แจง อธิบายขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ แต่ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเข้าร่วมหรือต้องการถอนตัวออกจากการวิจัย ผู้วิจัยจะเคารพการตัดสินใจ โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการเรียนการสอน และการประเมินผลในรายวิชาฯ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามจนมีความเข้าใจดีทุกประการ ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ ผลการวิจัยจะรายงานข้อมูลในภาพรวม ไม่ระบุชื่อ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะนำมาใช้ในการศึกษาเท่านั้น เมื่อการวิจัยสิ้นสุดลงจะทำลายเอกสารของแบบสอบถามทันที

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 93.84 (137 คน) รองลงมาเป็น เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 6.16 (9 คน) อายุระหว่าง 19-21 ปี เกือบเฉลี่ยระหว่าง 3.01-4.00 ร้อยละ 58.93 (86 คน) รูปแบบการเรียนรู้เป็นแบบฟังพายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 32.88 (48 คน) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ของข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย (N = 146)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	6.16
หญิง	137	93.84
อายุ		
19-21 ปี	146	100
เกรดเฉลี่ย		
< 2.00	0	0
2.01-3.00	60	41.10
3.01-4.00	86	58.90
รูปแบบการเรียนรู้		
แบบมีส่วนร่วม	43	29.45
แบบฟังพา	48	32.88
แบบร่วมมือ	15	10.27
แบบอิสระ	18	12.33
แบบร่วมมือและมีมีส่วนร่วม	0	0
แบบร่วมมือและฟังพา	7	4.80
แบบฟังพาและมีมีส่วนร่วม	15	10.27

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนการตัดสินใจทางคลินิก ก่อนและหลังการเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (N = 146)

การตัดสินใจทางคลินิก	M	SD	t	p-value
ก่อนเรียน	12.05	1.83	50.28	< .001
หลังเรียน	23.94	2.92		

จากตารางที่ 3 พบว่า หลังเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SBL) กลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยการตัดสินใจทางคลินิก (M = 23.94, SD = 2.92) สูงกว่าก่อนเรียน (M = 12.05, SD = 1.83) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง (SBL) สามารถสร้างเสริมทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Ayed และคณะ (2022) ที่จัดการเรียนการสอนโดยใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงขั้นสูง (High fidelity Simulation) กับนักศึกษาพยาบาลในรายวิชาการพยาบาลเด็ก ส่งผลให้นักศึกษามีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Klenke-Borgmann และคณะ (2021) ที่ศึกษาการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงหลายครั้งกับนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษามีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$) รวมทั้งการศึกษาของ Strickland และคณะ (2017) ซึ่งศึกษาผลของการใช้สถานการณ์จำลองเสมือนจริงต่อการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาพยาบาล พบว่า นักศึกษามีคะแนนการตัดสินใจทางคลินิกหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .03 เช่นเดียวกัน และนอกจากนี้ การศึกษาของ Salameh และคณะ (2020) ศึกษาผลของการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริงโดยใช้กรณีศึกษาที่ซับซ้อน พบว่า สถานการณ์จำลองเสมือนจริงช่วยพัฒนาการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($P < .001$) รวมทั้งส่งเสริมให้นักศึกษามีความรู้และความมั่นใจในตนเองและเพิ่มความสามารถในการคิดเชิงวิพากษ์ การสังเกต การตีความ การไตร่ตรอง และการตอบสนองต่อสถานการณ์

จะเห็นได้ว่า การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง มีผลต่อทักษะการตัดสินใจทางคลินิกและระดับความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษา จากการที่นักศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์จำลองเสมือนจริงด้วยตนเอง ทั้งการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วย ซึ่งนักศึกษาไม่มีโอกาสได้ปฏิบัติในสถานการณ์จริง ทำได้เพียงเป็นผู้สังเกตการณ์หรือปฏิบัติตามคำสั่งของอาจารย์หรือพยาบาลที่เลี้ยงเท่านั้น (Dickison et al., 2019) ทั้งนี้เนื่องจากเหตุผลด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง สามารถส่งเสริมและเปิดโอกาสให้นักศึกษาสามารถฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยได้หลายครั้งจนกว่าจะสามารถตัดสินใจปฏิบัติการพยาบาลได้ถูกต้องเหมาะสมกับสถานการณ์ โดยไม่เกิดผลเสียกับผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้นักศึกษามีความมั่นใจในตัวเองและความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาล อันจะช่วยส่งเสริมให้สามารถก้าวไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงได้ (Fawaz & Hamdan-Mansour, 2016)

การจัดให้นักศึกษาฝึกปฏิบัติในสถานการณ์จำลองทางคลินิกที่หลากหลายเป็นวิธีจัดการเรียนการสอนที่ช่วยเสริมสร้างทักษะการตัดสินใจทางคลินิก (Ayed & Khalaf, 2018; Salameh et al., 2020; Pardue et al., 2022) ซึ่งนักศึกษาสะท้อนว่าการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง เป็นการเรียนรู้ที่มีความสุข สนุก กระตุ้นการคิดวิเคราะห์ และทำให้มองเห็นภาพของการเจ็บป่วยและการปฏิบัติการพยาบาลในสถานการณ์วิกฤตและฉุกเฉินได้ชัดเจน การได้ลงมือปฏิบัติการพยาบาลด้วยตนเองช่วยให้เกิดความเข้าใจมากกว่าการปฏิบัติตามคำบอกของอาจารย์หรือ

พยาบาลที่เลี้ยง ดังคำพูดของนักศึกษาที่สะท้อนคิดขณะเรียนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่ว่า “...ก่อนหน้านี้เวลา มี case cardiac arrest หนูได้แต่ยืนดู กับบางครั้งก็ให้ช่วยกดหน้าอกบ้าง แต่หนูไม่เข้าใจเลยว่าอาจารย์เหมือนกับที่พยาบาล กำลังทำอะไรช่วยเหลือผู้ป่วย แต่หลังจากที่หนูเข้า Sim ACLS ทำให้หนูเข้าใจสถานการณ์ของผู้ป่วย และรู้ว่าจะต้องทำอย่างไรกับสถานการณ์นี้...” จะเห็นว่า การจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง จึงช่วยลดช่องว่าง ระหว่างการศึกษาและการปฏิบัติงานทางคลินิก (Klenke-Borgmann et al., 2021)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. อาจารย์ผู้สอนสามารถนำผลการวิจัยไปปรับใช้เป็นแนวทางในการออกแบบหลักสูตรการเรียนการสอน ที่มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการสร้างสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ที่ช่วยให้นักศึกษาได้ฝึกฝนการตัดสินใจและการปฏิบัติการพยาบาลในสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงกับสถานการณ์จริง เพื่อส่งเสริมความมั่นใจและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับนักศึกษา ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยอย่างปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี สร้างประโยชน์ต่อสังคมและประชาชนในวงกว้าง
2. ผู้บริหารสถาบันการศึกษาสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางนโยบายและการพัฒนาหลักสูตรการศึกษา เพื่อส่งเสริมการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง โดยการสนับสนุนการใช้เทคโนโลยีและเครื่องมือการจำลองที่มีคุณภาพ เพื่อเสริมสร้างประสบการณ์การเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพสำหรับนักศึกษา การสร้างสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่เสมือนจริงนี้จะช่วยให้นักศึกษามีทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจ และการปฏิบัติการในสถานการณ์จริงได้ดียิ่งขึ้น ทำให้ผลลัพธ์ของการศึกษาเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองต่อความต้องการของระบบสุขภาพในปัจจุบัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1. ควรมีการศึกษาที่เน้นการวิเคราะห์ผลของการเรียนการสอนผ่านการจัดการเรียนการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในด้านทักษะต่าง ๆ ที่สำคัญต่อการปฏิบัติการพยาบาล เช่น ทักษะการสื่อสารกับผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ทักษะการประเมินสถานการณ์และการแก้ปัญหาในกรณีฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการในภาคปฏิบัติจริงได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมการประยุกต์ใช้การจัดการสอนด้วยสถานการณ์จำลองเสมือนจริง ในรายวิชาการพยาบาลที่หลากหลาย เช่น การพยาบาลผู้ป่วยเฉียบพลัน การพยาบาลผู้สูงอายุ หรือการพยาบาลสุขภาพจิต เพื่อสร้างโอกาสในการพัฒนาทักษะการตัดสินใจทางคลินิกของนักศึกษาในสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะช่วยเพิ่มความพร้อมในการปฏิบัติการในสถานการณ์จริงและเสริมสร้างความมั่นใจในทักษะการทำงานของนักศึกษา

References

- Ayed, A., & Khalaf, I. (2018). The outcomes of integrating high fidelity simulation in nursing education: An integrative review. *Open Journal of Nursing*, 8(5), 292-302. <https://doi.org/10.4236/ojn.2018.85025>
- Ayed, A., Khalaf, I. A., Fashafsheh, I., Saleh, A., Bawadi, H., Abuidhail, J., & Joudallah, H. (2022). Effect of high-fidelity simulation on clinical judgment among nursing students. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 59, 1-6. <https://doi.org/10.1177/00469580221081997>

- Connor, J., Flenady, T., Massey, D., & Dwyer, T. (2023). Clinical judgement in nursing-An evolutionary concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(13-14), 3328-3340. <https://doi.org/10.1111/jocn.16469>
- Dickison, P., Haerling, K. A., & Lasater, K. (2019). Integrating the National Council of State Boards of Nursing clinical judgment model into nursing educational frameworks. *Journal of Nursing Education*, 58(2), 72-78. <https://doi.org/10.3928/01484834-20190122-03>
- Fawaz, M. A., & Hamdan-Mansour, A. M. (2016). Impact of high-fidelity simulation on the development of clinical judgment and motivation among Lebanese nursing students. *Nurse education today*, 46, 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.08.026>
- Fogg, N., Kubin, L., Wilson, C. E., & Trinka, M. (2020). Using virtual simulation to develop clinical judgment in undergraduate nursing students. *Clinical Simulation in Nursing*, 48, 55-58. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.08.010>
- Kavanagh, J. M., & Szweda, C. (2017). A crisis in competency: The strategic and ethical imperative to assessing new graduate nurses' clinical reasoning. *Nursing Education Perspectives*, 38(2), 57-62. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000112>
- Klenke-Borgmann, L., Cantrell, M. A., & Mariani, B. (2021). Clinical judgment in nursing students after observation of in-class simulations. *Clinical Simulation in Nursing*, 51, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2020.11.006>
- Kolb, D. A. (1984). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Lasater, K. (2007). Clinical judgment development: using simulation to create an assessment rubric. *Journal of nursing education*, 46(11). <https://doi.org/10.3928/01484834-20071101-04>
- Lasater, K. (2011). Clinical judgment: The last frontier for evaluation. *Nurse Education in Practice*, 11(2), 86-92. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2010.11.013>
- Lindsey, P. L., & Jenkins, S. (2013). Nursing students' clinical judgment regarding rapid response: the influence of a clinical simulation education intervention. *Nursing forum*, 48(1), 61-70. <https://doi.org/10.1111/nuf.12002>
- Manetti, W. (2018). Evaluating the clinical judgment of prelicensure nursing students in the clinical setting. *Nurse Educator*, 43(5), 272-276. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000489>
- Miraglia, R., & Asselin, M. E. (2015). The Lasater Clinical Judgment Rubric as a framework to enhance clinical judgment in novice and experienced nurses. *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(5), 284-291. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000209>
- Pardue, K. T., Holt, K., Dunbar, D. M., & Baugh, N. (2023). Exploring the development of nursing clinical judgment among students using virtual reality simulation. *Nurse Educator*, 48(2), 71-75. <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000001318>
- Punsumreung, T., Kanhadilok, S., & Inchaithep, S. (2020). The Thai version of Lasater clinical judgement rubric (T-LCJR): Psychometric properties. *Journal of Nursing and Education*, 13(1), 15-26.

- Rogers, B. A., & Franklin, A. E. (2023). Lasater clinical judgment rubric reliability for scoring clinical judgment after observing asynchronous simulation and feasibility/usability with learners. *Nurse Education Today*, 125, 105769. [https://doi.org/ 10.1016/j.nedt.2023.105769](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105769)
- Salameh, B., Ayed, A., & Lasater, K. (2021). Effects of a complex case study and high-fidelity simulation on mechanical ventilation on knowledge and clinical judgment of undergraduate nursing students. *Nurse Educator*, 46(4), 64-69. [https://doi.org/ 10.1097/NNE.0000000000000938](https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000938)
- Strickland, H. P., Cheshire, M. H., & March, A. L. (2017). Clinical judgment during simulation: A comparison of student and faculty scores. *Nursing Education Perspectives*, 38(2), 85-86. <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000109>
- Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of nursing education*, 45(6). [https://doi.org/ 10.3928/01484834-20060601-04](https://doi.org/10.3928/01484834-20060601-04)
- Tamata, A. T., & Mohammadnezhad, M. (2023). A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. *Nursing open*, 10(3), 1247-1257. <https://doi.org/10.1002/nop2.1434>
- Thammakijpirote, K., Maneewong, C., & Sanongyard, J. (2023). Teaching and learning using virtual simulation for critical thinking in nursing students: A systematic review. *The Journal of Boromarjonani College of Nursing, Suphanburi*, 6(1), 5-28.
- Van Graan, A. C., Williams, M. J., & Koen, M. P. (2016). Professional nurses' understanding of clinical judgement: A contextual inquiry. *health sa gesondheid*, 21, 280-293. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.04.001>
- Victor, J., Ruppert, W., & Ballasy, S. (2017). Examining the relationships between clinical judgment, simulation performance, and clinical performance. *Nurse Educator*, 42(5), 236-239. <https://doi.org/10.1097/nne.0000000000000359>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของงานสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหนองพะวา ตำบลบางบุตร อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง

ปัญญ์พัชรกร บุญพร้อม, วศ.ม.^{1*} พิมพ์นภัส ภูมิภักดีพิชญ์, ประ.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมและปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ประชากรที่ศึกษาคือ อสม. ในหมู่บ้านหนองพะวา อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง จำนวน 114 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 85 คนเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2567 และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันและไคสแควร์ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีความรู้ความเข้าใจในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ย 14.22 คะแนน ระดับการมีส่วนร่วมของ อสม.ในงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทุกด้านมีค่าเฉลี่ย 4.04 (SD = 0.56) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการเสียสละพัฒนาและปฏิบัติตามมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16, SD = 0.42) รองลงมา คือการมีส่วนร่วมในการประเมินผล (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04, SD = 0.54) ปัจจัยด้านอายุ ($r = -0.220$, $p < .05$) และระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ($r = -0.218$, $p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ แนวทางในการสร้างเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมในการระบุปัญหาและสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา มีส่วนร่วมในการตัดสินใจและจัดกิจกรรม มีการมอบหมายงานให้สอดคล้องกับความรู้ความสามารถและความถนัดของแต่ละบุคคล รวมทั้งมีการประชุมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานระหว่าง อสม.ด้วยกันเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทำความเข้าใจสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและถูกต้อง

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

¹ อาจารย์คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม

² รองศาสตราจารย์ คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: punpapatpomb@siamtechno.ac.th, pimnapat_i@rmutt.ac.th

Factors Associated Participation in Health Promoting for Elderly of Village Health Volunteers at Nong Phawa Village, Bangbut Sub-district, Ban Khai District, Rayong Province

Punpaphatporn Bunprom, M.Eng^{1*}, Pimnapat Bhumkittipich, Ph.D.^{2*}

Abstract

This survey research aimed to study the participation and related factors of village health volunteers (VHVs) in promoting the health of the elderly. The study population consisted of 114 VHVs in Nong Pawa Village, Ban Khai District, Rayong Province. The sample size was 85 people. Data were collected between January and February 2024 and analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation, and Chi-square tests at a significance level of 0.05.

The results of the study found that VHVs had a moderate level of knowledge and understanding of promoting the health of the elderly in the community, with an average score of 14.22. The level of VHV participation in all aspects of promoting the health of the elderly had an average score of 4.04 (SD = 0.56). When considering each aspect, it was found that participation in sacrifice, development, and practice was the highest (average score of 4.16, SD = 0.42), followed by participation in evaluation (average score of 4.04, SD = 0.54). Age ($r = -0.220$, $p < .05$) and duration of work ($r = -0.218$, $p < .05$) were negatively related to the level of participation in promoting the health of the elderly. Guidelines for promoting the participation of VHVs in activities promoting the health of the elderly should emphasize participation in identifying problems and their real causes, participation in decision-making and organizing activities, assignment of tasks consistent with the knowledge, abilities, and aptitudes of each individual, and holding meetings to exchange work experiences among VHVs to create learning and understanding, enabling them to perform their duties appropriately and correctly.

Key words: Participation, Village Health Volunteers, Health Promoting Elderly

¹ Lecturer of Faculty of Health Science, Siam Technology College, Bangkok

² Associate Professor, Faculty of Liberal Arts, Rajamangala University of Technology Thanyaburi

* Corresponding author e-mail: punpaphatpormb@siamtechno.ac.th, pimnapat_i@mutt.ac.th

ความสำคัญของปัญหา

โครงสร้างประชากรโลกและประชากรของประเทศต่าง ๆ กำลังเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่มีประชากรผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นทั้งสัดส่วนและจำนวน สถิติปี ค.ศ. 2023 จากเอกสารข้อมูลประชากรโลก โดยสำนักงานอ้างอิงประชากร (Population Reference Bureau, 2023) ได้ระบุว่าปัจจุบันประชากรโลกมีมากกว่า 8 พันล้านคน แต่ภายในปี 2050 คาดว่าประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นถึง 9.8 พันล้านคน ขณะที่การเพิ่มขึ้นของประชากรนั้นช้าลง แต่จำนวนประชากรสูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้น ขณะที่องค์การสหประชาชาติได้คาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุจะเพิ่มสัดส่วนถึง 1 ใน 5 ของประชากรโลก สำหรับประเทศไทยช่วงปี พ.ศ. 2565 มีผู้สูงอายุจำนวน 12,698,362 คน คิดเป็นร้อยละ 19.21 โดยพบผู้สูงอายุช่วงอายุ 60 - 69 ปี จำนวนมากที่สุดถึงร้อยละ 56.07 (Department of Older Person, 2024) และจำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นเหตุสมควรให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรวัยนี้ให้มากขึ้น นอกจากนี้พบว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้กลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (completely aged society)” สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป $\geq 20\%$ นอกจากนี้คาดว่าในปี พ.ศ. 2576 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงอายุระดับสุดยอด” (super-aged society)” สัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป $\geq 28\%$ (Department of Older Persons, 2024) การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ประเทศต้องเผชิญกับความท้าทายหลายด้าน เช่น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การปรับปรุงระบบประกันสังคม และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคมของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังต้องเตรียมความพร้อมในเรื่องการพัฒนาสิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสาธารณะที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพและมีความสุขในช่วงบั้นปลายของชีวิต ทั้งนี้ จากแนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนี้ทำให้มีภาวะเสี่ยงจากปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ รัฐบาลได้มีนโยบายการพัฒนาเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่อย่างไรก็ตามสังคมไทยยังให้ความสำคัญกับระบบครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ในอนาคตคาดว่าเครือข่ายทางสังคมครอบครัวและเครือข่ายจะมีข้อจำกัดมากขึ้น

การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและลดภาระทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ การดูแลสุขภาพที่ดีช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระ มีความสุข และลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังช่วยลดภาระทางการแพทย์และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลในระยะยาวที่ผ่านมา ประเทศไทยได้ดำเนินงานหลายด้านเพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ เช่น การจัดตั้งคลินิกเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การให้บริการตรวจสุขภาพประจำปี การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย เช่น โครงการเดินสำหรับผู้สูงอายุ และการจัดกิจกรรมฝึกสมองเพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อม นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อสร้างความตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ รวมถึงการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้ยา การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่มีสุขภาพทางกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม มีการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองอย่างเป็นปกติสุข ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันได้ ลดภาระการพึ่งพิงทางสังคมของผู้สูงอายุซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ดังนั้นหน่วยงานด้านสาธารณสุขจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลสุขภาพอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินกิจกรรมงานส่งเสริมสุขภาพในชุมชนอีก โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพชุมชนโดยใช้กระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อให้มีทัศนคติที่ดี และเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมซึ่ง อสม. มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพในพื้นที่ แต่ที่ผ่านมาก็มีสาเหตุที่ทำให้ อสม. ไม่เข้ามามีส่วนร่วมหรือเข้ามามีส่วนร่วมน้อย เนื่องจาก อสม. มีหน้าที่ต้องหารายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรหรือรับจ้างทั่วไปถ้าหากสละเวลามาปฏิบัติงานอาจทำให้ขาดรายได้ (Chaweewan, Jiraporn, Chanyawee & Atchara, 2016) การขาดการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งในเรื่องงบประมาณและอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็น การให้ความรู้ การจัดอบรมและอีกทั้งยังมีปัญหาการสื่อสารและความเข้าใจที่แตกต่างระหว่าง อสม. กับผู้สูงอายุ ทำให้

การให้คำแนะนำบางครั้งไม่เกิดผลตามที่คาดหวัง

แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมีบทบาทมากขึ้น เพราะชุมชนจะเป็นพลังสนับสนุนและเป็นฐานรองรับการพึ่งพาตนเองของประชาชน พร้อมทั้งลดการพึ่งพาบริการของรัฐ โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐต้องเปลี่ยนบทบาทจากผู้ให้เป็นผู้สนับสนุน ทั้งในด้านทรัพยากรและองค์ความรู้โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตั้งแต่เริ่มต้นกระบวนการจนถึงสิ้นสุดกระบวนการ ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพของประชากรไทย คือ การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพผ่านงานสาธารณสุขมูลฐาน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) (Suraphak, 2017) เป็นระบบการดำเนินการเชิงสังคมในระดับพื้นฐาน ที่ทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานประสบความสำเร็จ โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมบทบาทของ อสม. จากลักษณะการทำงานแบบตั้งรับเป็นบริการเชิงรุก เพื่อให้การจัดการสุขภาพของประชาชนในชุมชนทั่วถึงและเพื่อให้การดำเนินการในระบบสาธารณสุขสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2561-2580) มีเป้าหมายที่ให้ความสำคัญกับการดึงเอาพลังของภาคส่วนต่าง ๆ มาร่วมขับเคลื่อน โดยการสนับสนุนการรวมตัวของประชาชนในการร่วมคิดร่วมทำเพื่อส่วนรวมการกระจายอำนาจและความรับผิดชอบไปสู่กลไกบริหารราชการแผ่นดินในระดับท้องถิ่น การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการตนเองและการเตรียมความพร้อมของประชากรไทยทั้งในมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมให้เป็นประชากรที่มีคุณภาพ สามารถพึ่งตนเองและทำประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมให้นานที่สุดซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Siripattra et al. (2022) ที่ทำการศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) พบว่า อสม. มีการวางแผนในการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในสถานการณ์โควิดเพราะ อสม. ตระหนักถึงความรุนแรงจึงทำให้มีการตื่นตัวในการมีส่วนร่วมในการกำหนดหน้าที่ และกำหนดพื้นที่และขอบเขตความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย สร้างและรักษากาลังคนด้านสุขภาพ (Yhaicharoen, 2022) ให้เพียงพอ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน ตลอดจนพร้อมเผชิญกับสถานการณ์ความเปลี่ยนแปลง ซึ่งการพัฒนาคนด้านสุขภาพเป็นประเด็นสำคัญที่ควรอยู่ในความสนใจของสังคมอย่างต่อเนื่องและจริงจัง ภายใต้อำนาจเพื่อให้ประชาชนได้รับบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ และเป็นธรรม

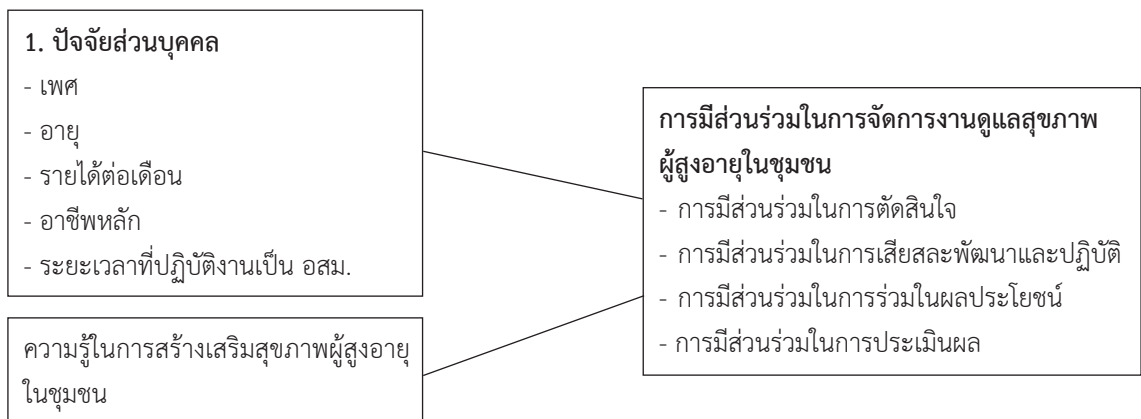
จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของ อสม. หมู่บ้านหนองพะวา ได้จัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและการประชุมสามัญประจำปีเพียงปีละ 1 ครั้ง ซึ่งส่งผลให้ขาดความหลากหลายและความครอบคลุมในการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม นอกจากนี้ยังขาดความต่อเนื่องในการจัดกิจกรรม และขาดการมีส่วนร่วมจากผู้เกี่ยวข้องในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน หน่วยงานภาครัฐ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำผู้สูงอายุจากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในหมู่บ้านหนองพะวา ตำบลบางบุตร อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการวางแผนจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพชมรมผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองทางด้านสุขภาพได้ และเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทใกล้เคียงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหนองพะวา ตำบลบางบุตร อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง
- 2) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลและระดับความรู้ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหนองพะวา ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหนองพะวา ตำบลบางบุตร อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff (1980) (Nawamawat et al., 2021) ซึ่งเป็นแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen and Uphoff เน้นให้ประชาชนมีบทบาทในกระบวนการพัฒนา โดยแบ่งการมีส่วนร่วมเป็น 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การปฏิบัติ การรับประโยชน์ และการประเมินผล เพื่อให้การพัฒนาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและตอบสนองความต้องการของประชาชนอย่างแท้จริง ซึ่งพิจารณาบริบทด้านคุณลักษณะทั่วไปของ อสม. ประกอบด้วย เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน อาชีพหลัก ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. และกระบวนการดำเนินงานของ อสม. ได้แก่ ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แสดงดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research design) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ อสม. ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนรายชื่อขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขที่อาศัยอยู่ในชุมชนหมู่บ้านหนองพะวา ตำบลบางบุตร อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ปีงบประมาณ 2567 ทั้งหมดมีจำนวน 104 คน (Department of Health Service Support Ministry of Public Health, 2024) การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษานี้ กำหนดค่าขนาดอิทธิพลความ โดยใช้โปรแกรม G*Power การวิเคราะห์แบบ A priori: Compute required sample size ค่าพารามิเตอร์ที่ใช้ในการคำนวณประกอบด้วย Tail(s) = Two, Effect size = 0.30, α err prob = 0.05, และ Power ($1-\beta$ err prob) = 0.80 จากการคำนวณพบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จำเป็นสำหรับการศึกษายู่ที่ 85 คน และกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คัดออก ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (inclusion criteria) คือ เป็น อสม. ของหมู่บ้านหนองพะวา ตำบลบางบุตร อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง เพศชายหรือเพศหญิง อายุระหว่าง 20-70 ปี ปฏิบัติงาน อสม. ตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไป อ่านออกเขียนได้ มีสติสัมปชัญญะ

เกณฑ์คัดออก (exclusion criteria) คือ อายุมากกว่า 70 ปี ซึ่งอาจมีปัญหาในการจดจำและความสามารถในการให้ข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ที่มีภารกิจ/เจ็บป่วย จนเป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ รวมทั้ง อสม. ที่ไม่มีประสบการณ์ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยศึกษาทบทวนทฤษฎีแนวคิดที่เกี่ยวกับการปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสร้างแบบสอบถามตามรูปแบบเนื้อหาที่ได้ศึกษา พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาเบื้องต้น พร้อมตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษาเบื้องต้น เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก และระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วัดความรู้ประเด็นการดูแลสุขภาพโดยทั่วไป การออกกำลังกาย โภชนาการและการป้องกันโรคเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเลือก ตอบว่าถูกหรือผิดเพียง 1 ตัวเลือก ในแต่ละข้อคำถาม โดยมีคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน จากนั้นรวมคะแนนจากทุกข้อ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 20 คะแนน และแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom., 1971) ได้แก่ คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับน้อย คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 13 - 15 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการเสียสละพัฒนาและปฏิบัติ ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล จำนวน 20 ข้อ โดยกำหนดคะแนน 1 - 5 กล่าวคือ คะแนน 1 เท่ากับไม่มีส่วนร่วม และ คะแนน 5 เท่ากับมีส่วนร่วมมากที่สุดแปลผลถือตามเกณฑ์คะแนนรวม โดยใช้สูตรอันตรายภาคขึ้นและรวมคะแนนจากคำตอบในแต่ละข้อ ซึ่งมีค่าอยู่ระหว่าง 0 - 100 คะแนน และแบ่งคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Best JW (Best, 1977) ได้แก่ 1 - 32 คะแนน เท่ากับระดับน้อย 33 - 66 คะแนน เท่ากับระดับปานกลาง และ 67 - 100 คะแนน เท่ากับระดับมาก

เครื่องมือวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสนทนากลุ่ม แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน แต่ละกลุ่มใช้เวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง แนวคำถามที่ผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นสนทนาและซักซ้อมความเข้าใจการจัดสนทนา เตรียมประเด็นการสนทนาเพื่อให้ได้ประเด็นสนทนาที่ตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นแนวคำถามปลายเปิดสนทนาถึงปัจจัยที่เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งประเด็นการสนทนา ประกอบด้วยหัวข้อปัญหา อุปสรรคของการมีส่วนร่วม และแนวทางที่เหมาะสมของการมีส่วนร่วม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นำมาหาค่าความตรงเชิงเนื้อหาด้วยดัชนี IOC (Index of item objective congruence) ได้ค่าเท่ากับ 0.9 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไขและปรับปรุงโดยผู้เชี่ยวชาญให้คำวิจัยแล้วนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลตาขัน อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ซึ่งมีลักษณะการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการทำวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 20 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของชุดสอบถามตามลักษณะข้อกำหนดโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.85

การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยการยื่นขอใบรับรองจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี เลขที่ Exp98/66 ลงวันที่ 17 มกราคม

2567 การนำเสนอเป็นไปในภาพรวม ระหว่างการดำเนินกิจกรรมหากกลุ่มตัวอย่างไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลของตนเอง เป็นสิ่งที่กระทำได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ (Phoomchaiya, 2022) เอกสารจะถูกทำลายโดยเครื่องย่อยภายในระยะเวลา 2 ปี หลังจากผลงานได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในภาพรวมเท่านั้น อีกทั้งผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาไม่ว่าจะด้วยเหตุผลใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square test) และหาสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation) เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (จำนวน 71 คน ร้อยละ 83.50) อายุ 41-50 ปี (จำนวน 33 คน ร้อยละ 38.82) รายได้ต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท (จำนวน 69 คน ร้อยละ 81.18) อาชีพหลักคือ เกษตรกร (จำนวน 32 คน ร้อยละ 37.65) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-10 ปี (จำนวน 53 คน ร้อยละ 62.35) แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของอสม. หมู่บ้านหนองพะวาในงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (N = 85)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ			15,001 - 20,000 บาท	1	1.17
ชาย	14	16.50	มากกว่า 20,000 บาท	0	0.00
หญิง	71	83.50	4. อาชีพหลัก		
2. อายุ (ปี)			เกษตรกร	32	37.65
20 - 30	0	0.00	รับจ้าง	11	12.94
31 - 40	20	23.53	ค้าขาย	13	15.30
41 - 50	33	38.82	แม่บ้าน	21	24.71
51 - 60	26	30.59	พนักงานเอกชน	8	9.40
61 - 70	6	7.06	5. ระยะเวลาที่ปฏิบัติ (ปี)		
3. รายได้ต่อเดือน			1 - 10	53	62.35
ต่ำกว่า 5,000 บาท	0	0.00	11 - 20	32	37.65
5,001 - 10,000 บาท	69	81.18	21 - 30	0	0.00
10,001 - 15,000 บาท	15	17.65	31 - 40	0	0.00

ระดับความรู้ของ อสม. พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.22 คะแนน, SD = 2.71) และระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04, SD = 0.56) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า มีการมีส่วนร่วมในการเสียสละพัฒนาและปฏิบัติมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.16, SD = 0.42) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล

(ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.04, SD = 0.54) การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02, SD = 0.57) พบว่ามีส่วนร่วม
น้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.96, SD = 0.67) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมเป็นรายด้านของ อสม. ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ด้านของการมีส่วนร่วม	การมีส่วนร่วม		
	ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับการมีส่วนร่วม
1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ	3.96	0.67	มาก
2. การมีส่วนร่วมในการเสียสละพัฒนาและปฏิบัติ	4.16	0.42	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการร่วมในผลประโยชน์	4.02	0.57	มาก
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	4.04	0.54	มาก

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน และความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขกับการมีส่วนร่วม
ในงานส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า อายุของ อสม. ($r = -0.220$, $p = 0.043$) ซึ่งบ่งชี้ว่า อสม. ที่มีอายุเพิ่มขึ้นจะมี
การมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยลง ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ($r = -0.218$ $p = 0.045$) มีความสัมพันธ์
เชิงลบ โดยเมื่อระยะเวลาในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมจะลดลงเล็กน้อย ส่วนความรู้ของ อสม. และ
รายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทาง
สถิติที่ 0.05 การทำความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการมีส่วนร่วมสามารถช่วยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
ออกแบบกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อกระตุ้นการมีส่วนร่วมของ อสม. ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ
มากขึ้นในอนาคต แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แบบเพียร์สัน (r)	p-value
อายุ	-0.220	0.043
รายได้ต่อเดือน	-0.210	0.054
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม.	-0.218	0.045
ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน	-0.159	0.145

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของอสม. ในงานเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอบ้านค่าย จังหวัด
ระยองด้วยสถิติไคสแคว์ พบว่า ไม่มีตัวแปรใดที่มีความสัมพันธ์กับระดับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ปัจจัยส่วนบุคคล	Chi-square	p-value
เพศ	49.020	0.131
อาชีพหลัก	205.898	0.282

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่องานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน สามารถสรุปประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

1) สุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ คือ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด นอกจากนี้ยังมีปัญหาเกี่ยวกับโรคปวดเข่าและข้อเข่าเสื่อม ดังคำพูดที่ว่า “ผู้สูงอายุบ้านเราชอบกินเค็ม กินหวาน กินของมันอร่อยดี กินข้าวได้เยอะ ไม่ค่อยว่างออกกำลังกายไปกริดยงแต่เช้า”

2) การดำเนินงานของชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อสม. พบว่า “เข้าใจบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่ รพ.สต.บ้านหนองพะวา เคยจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่ติดเตียง และก็เรื่องโรคภัยการออกกำลังกายเราก็พาแม่ไปร่วมกิจกรรม แต่พอกลับมาบ้านก็ไม่ได้ออกกำลังกายเพราะทำแต่งาน” นอกจากนี้ทางกลุ่มได้สะท้อนเกี่ยวกับการขาดความต่อเนื่องในการทำกิจกรรมของกลุ่มผู้สูงอายุโดยถึงแม้จะมีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายไม่มีความต่อเนื่องในกลุ่มที่ติดสังคม ดังคำพูดที่ว่า “เราพยายามจัดกลุ่มแต่เนิ่นๆ แต่มันก็ไม่ต่อเนื่อง บางทีชวนเพื่อนมาเขาก็ไม่มาด้วย บางคนก็อยู่แต่บ้าน บางคนมาไม่ได้ไม่มีใครพามา”

3) การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่ทางทีม อสม. ได้จัดให้ผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่ทางเจ้าหน้าที่ อสม. จะส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การยืดเส้น การเดิน การวิ่งเบา ๆ และการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสม ส่งเสริมการบริโภคผัก ผลไม้ และอาหารที่มีประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคทางผู้สูงอายุ อสม. ท่านหนึ่งกล่าวเพิ่มว่า “ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ชอบทำกิจกรรมรำไม้พอง การโยคะ” “ดิฉันมีความต้องการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยการสร้างเครือข่ายทางสังคมและการเชื่อมโยงกับกิจกรรมทางสังคมรวมทั้งการทำให้สภาพแวดล้อมในชุมชนเป็นมิตรต่อผู้สูงอายุด้วย”

4) ปัญหาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับประชาชนในชุมชนไม่ตรงกันเนื่องจากไม่ได้นัดหมายมีข้อเสนอแนะ “ให้ อสม. ขอเบอร์โทรศัพท์เพื่อนัดหมายก่อนออกตรวจเยี่ยมประจำสัปดาห์” “การเพิ่มความรู้ อสม. ควรจำแนกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม อสม. ใหม่ ควรจัดการอบรมให้มีความรู้พื้นฐานในด้านการดูแลสุขภาพ สำหรับกลุ่ม อสม. เก่า ควรพัฒนาความเป็นผู้นำมากขึ้น และควรมีการประชุมกันทุกเดือน และมีการประเมินการทำงานของ อสม. เพื่อพัฒนาส่วนขาดให้กับ อสม.” ปัญหาจากงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนไม่เพียงพอ โดย อสม. ได้ให้ข้อมูลไว้อย่างน่าสนใจดังนี้ “งบที่ใช้ในการจัดกิจกรรมแต่ละปีจะต้องสอดคล้องไปกับแผนพัฒนาชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลที่แต่ละปีจะสนับสนุนงบประมาณในการพัฒนาโครงการหรือโครงการอื่น ๆ ไปด้วย ตรงส่วนนี้ผู้นำชุมชนก็จะมาคุยกันว่าวางแผนกันอย่างไร จะขอสนับสนุนงบประมาณอย่างไร หรือเราจะช่วยกันอย่างไรให้กิจกรรมมันต่อเนื่อง”

ข้อเสนอแนะเพื่อส่งเสริมการพัฒนาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคนในพื้นที่และรู้ถึงความต้องการของคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี ซึ่งถ้าอาสาสมัครสาธารณสุขได้มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและหาสาเหตุของปัญหา รวมทั้งการตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงาน การปฏิบัติงานต่าง ๆ จะทำให้งานที่ออกมาตรงกับความต้องการของคนในชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขก็จะรู้สึกภาคภูมิใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น

2. การปฏิบัติงานต่าง ๆ ของอาสาสมัครสาธารณสุข ควรมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานอยู่เสมอ โดยการจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น เครื่องมือวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนักให้พร้อมใช้งาน รวมถึงการจัดแบ่งบุคคล

ให้ปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ และการวางแผนขั้นตอนการทำงานต่าง ๆ ให้ราบรื่น เพื่อให้เวลาที่ใช้ปฏิบัติงานจริงจะได้ไม่เกิดปัญหาติดขัด ซึ่งจะทำให้การให้บริการประชาชนได้ดียิ่งขึ้น และจะทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขไม่เกิดความรู้สึกเบื่อกับการแก้ปัญหาระหว่างการปฏิบัติงาน

3. บุคคลที่มีจิตอาสาสามารถปฏิบัติงานในหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขมีความหลากหลายทั้ง เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่าน อาจมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานมานานกว่าบุคคลอื่น ดังนั้น เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านมีความรู้ที่เท่าเทียมกัน การจัดกิจกรรมหรือการจัดประชุมต่าง ๆ ควรมีการแบ่งกลุ่มย่อยเพื่อให้ทุกคนเกิดความใกล้ชิด กล้าแสดงออกให้ผู้ที่ประสบการณ์มากได้แบ่งปันประสบการณ์แก่ผู้ที่มีประสบการณ์น้อยกว่าซึ่งจะทำให้ทุกคนเกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

อภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ประจำหมู่บ้านหนองพะวามีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกด้าน ประกอบด้วยด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการเสียสละพัฒนาและปฏิบัติ ด้านการมีส่วนร่วมในผลประโยชน์และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. หมู่บ้านหนองพะวามีส่วนร่วมปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. ในเรื่องการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพชีวิตให้ดีขึ้น มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิด ประสบการณ์ กับทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองพะวา ร่วมกันคิด ทบทวน ผลการปฏิบัติงานของชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านมาโดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Pumphawa (2017) ซึ่งพบว่ามีการมีส่วนร่วมด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลและการมีส่วนร่วมในการเลือกวิธีการและวางแผนในการแก้ปัญหาในระดับสูง การศึกษาของ Tanomsridachchai (2017) พบว่า อสม. ในพื้นที่อำเภออ่าวลึก จังหวัดกระบี่ มีการมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีและการศึกษาของ Yhaicharoen (2022) พบว่า อสม. ในอำเภอโพทะเล จังหวัดพิจิตร มีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูงเนื่องจาก อสม. มีทัศนคติเป็นบวกต่องานส่งเสริมสุขภาพในช่องปาก

ด้านความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยด้านเพศ รายได้ อาชีพ และความรู้ ไม่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ที่ทำงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sangkhasila (2018) พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีเพศต่างกัน ที่แตกต่างกัน มีระดับการมีส่วนร่วมไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับ Tiativiriyakul (2017) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ กับการมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ อายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางลบ ($r = -0.220$) อธิบายได้ว่า อสม. ที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นจะมีส่วนร่วมในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุลดลง โดย อสม. ที่มีอายุมากขึ้นความต้องการที่จะเข้าอบรมทางวิชาการจะลดลง เนื่องจากความจำลดลง ส่งผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ลดลงไปด้วย ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ Yhaicharoen (2022) ที่พบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์ทางบวกต่องานส่งเสริมสุขภาพในช่องปากมากขึ้น นอกจากนี้การศึกษาของ Charoenson (2022) พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของ อสม. ในการปฏิบัติงานทีมหมอครอบครัวจังหวัดจันทบุรี อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนระยะเวลาการปฏิบัติงานซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางลบ ($r = -0.218$) อธิบายได้ว่า อสม. ระยะเวลาการปฏิบัติงานซึ่งมีความสัมพันธ์ในทางลบ ($r = -0.218$) อธิบายได้ว่า อสม. ที่มีระยะเวลาการปฏิบัติงาน นานขึ้นมีแนวโน้มที่จะมีส่วนร่วมในงานสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุน้อยลงชี้ให้เห็นว่าเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทำงานในระยะเวลาที่นานขึ้น พวกเขาอาจรู้สึกเหนื่อยล้าหรือหมดไฟจากการทำงาน ซึ่งส่งผลให้ความกระตือรือร้นและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง นอกจากนี้เป็นไปได้ว่า อสม. ที่ทำงานมานานอาจรู้สึกว่าตนเองมีประสบการณ์และความรู้เพียงพอแล้ว จึงไม่เห็นความจำเป็นในการเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มเติม หรืออาจมีภาระหน้าที่อื่น ๆ ที่ต้องรับผิดชอบมากขึ้น ทำให้ไม่มีเวลาและพลังงานเพียงพอที่จะเข้าร่วมกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Smith, 2020)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในพื้นที่มีปัญหาสุขภาพหลายประการ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด รวมถึงปัญหาเกี่ยวกับโรคปวดเข่าและข้อเข่าเสื่อม ซึ่งสาเหตุหลักมาจากพฤติกรรมบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม หวาน และมัน รวมถึงการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ (Smith, 2020) การดำเนินงานของชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดย อสม. พบว่ามีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านและการออกกำลังกาย แต่การนำความรู้ไปปฏิบัติจริงยังมีข้อจำกัด เนื่องจากผู้สูงอายุหลายคนต้องทำงานและไม่มีเวลาสำหรับการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชนขาดความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมจากผู้สูงอายุบางกลุ่มที่ติดสังคม (Hudson, 2021) ดังนั้นการพัฒนานโยบายและกลยุทธ์เพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น (Srihabot, Riabporn, Srisapun, Rattananimit, & Cheangkha, 2023)

ข้อเสนอแนะการนำผลงานวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ศึกษาหาปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการดูแลคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุและอาจนำไปศึกษาเรื่องการเตรียมการบริหารจัดการทรัพยากร และเป็นวางแผนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุของชุมชนต่อไป
2. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองพะวา ควรสนับสนุนและส่งเสริมการทำงานของ อสม. ในงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการศึกษาและการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงลึกถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. ในงานเสริมสร้างสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้ทราบปัจจัยใดที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของ อสม. มากน้อยเพียงใดเพื่อนำไปสู่การกำหนดแนวทางการเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของ อสม. ที่เหมาะสม
2. ควรมีการจัดกิจกรรมการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมทำให้เกิดความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ควรมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมเป็นกลไกกำกับความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยงาน และภาคส่วนต่าง ๆ รวมทั้งสร้างเครือข่ายของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแล และการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชนเพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและการร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณนายกองค์การบริหารส่วนตำบลบางบุตรที่อนุญาตให้เก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณ อสม. และผู้ที่เกี่ยวข้องที่ได้เสียสละเวลาในการเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้

References

- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Charoenson, P. (2022). Role of village health volunteers in family care team practice. *The 20th National Graduate Research Conference*. (pp. 85-110). Khon Kaen: Khon Kaen University.
- Department of Older Person. (2024). *Statistics on Thai elderly in 2022*. Retrieved from <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
- Department of Health Service Support Ministry of Public Health. (2024). *Village health volunteers database, Rayong Province*. Retrieved from <https://www.thaiphc.net/new2020/cremation/district?year=2562&province=21>
- Faikam, K. (2018). The development of the quality of life for the elderly in Thailand. *Academic Journal of Bangkokthonburi University*, 7(2), 1-15.
- Hudson, S. (2021). Improving volunteer engagement in nonprofit healthcare organizations. *Open Journal of Business and Management*, 9(3), 1367-1408.
- Jirawatkul, A. (2014). *Statistics in research. How to choose and use it appropriately*. Bangkok: Witthayapat.
- Meredith, S. J., Cox, N. J., Ibrahim, K., Higson, J., McNiff, J., Mitchell, S., Rutherford, M., Wijayendran, A., Shenkin, S. D., Kilgour, A. H. M., & Lim, S. E. R. (2023). Factors that influence older adults' participation in physical activity: A systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 52(8), afad145
- Nawamawat, J., Sittisart, V. Lekphet, K., & Thianthawon, P. (2021). *The village health volunteers (VHVs) and community participation for prevention and surveillance of Covid-19 infection by using the geographic information system (GIS)*. Nonthaburi: Health Systems Research Institute (HSRI).
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. (2016). *Twenty-year national strategic plan for public health (2017-2036)*. Retrieved from <https://spd.moph.go.th/20-year-national-strategy-public-health/>
- Phoomchaiya, S. (2022). Factors related to purpose in life among young male offenders with a history of alcohol use at the juvenile detention center, southern Thailand. *Journal of Research in Nursing and Health Research*, 43(1), 12-26.
- Population Reference Bureau. (2023). *2023 World population data sheet*. Retrieved from <https://2023-wpds.prb.org/wp-content/uploads/2023/12/2023-World-Population-Data-Sheet-Booklet.pdf>
- Pumprawa, A. (2017). Using community participation to improve health promoting behaviors among older adults. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(3), 160-175.

- Sangkhasila, E. (2018). Participation of village health volunteer working At Suksala Standard Diamond Kalasin Province. *Chalermkarnchana Academic Journal*, 5(1), 1-10.
- Sridaoruang, C., Worawong, J., Chaiyawong, C., & Khammatit, A. (2016). The collaboration of village health volunteers: Working on health promotion in primary health care units, North part of Isan region. *Journal of Nursing and Health Research*, 17(3), 133-144.
- Srihabot, C., Riabporn, V., Srisapun, A., Rattananimit, N., & Cheangkha, K. (2023). Development a mental health prevention and promotion in elderly of home bound at Regional Health 8. *Nursing, Health, and Education Journal*, 6(3), 32-44.
- Suraphak, S. (2017). Development of the community participation in health promotion model for elderly at Chuen Chom District, Maha Sarakham Province. *Academic Journal of Mahasarakham Prorincial Public Health Office*, 1(1), 29-37.
- Tanomsridachchai, W. (2017). Factors related to participation of village health volunteers on dengue hemorrhagic fever prevention and control in Ao luek district, Krabi Province. *Wichacha Journal*, 36(1), 86-97.
- Tiativiriyakul, S. (2017). *Participation of village health volunteers in health promotion work for the elderly in Pai District. Mae Hong Son Province*. Master's Thesis, Public Health Administration, Western University.
- Yhaicharoen, T. (2022). Participation of village health volunteers in oral health promotion, Pho Thale district, Phichit province. *Journal of Health Science*, 31(5), 797-808.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้ การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับการตรวจส่องกล้อง ปากมดลูก

พิชานันท์ สุริยรัตน์, พย.ม.¹ สิริวรรณ ธัญญผล, พ.ย.ม.^{2*} ฉัตรตยา สุวรรณภาส, ปพส.¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ในสตรีที่มารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ อายุ 30-60 ปี ที่มารับการตรวจส่องกล้องที่ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร์ ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2566 จำนวน 80 ราย คัดเลือกตามคุณสมบัติที่กำหนด สุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 40 รายได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคประกอบด้วยวิดีโอเกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก การส่องกล้องตรวจปากมดลูก แผ่นพับเกี่ยวกับการส่องกล้องปากมดลูกและการปฏิบัติตัว และกลุ่มควบคุมจำนวน 40 ราย ได้รับการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test และ Mann Whitney U test

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้การป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และโอกาสเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แต่ทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความเชื่อมั่นผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อตรวจส่องกล้องปากมดลูกและคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่ต่างกัน ($p > .05$) ทั้งนี้ ทั้งสองกลุ่มยินยอมเข้ารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกทุกราย (ร้อยละ 100)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ มีข้อเสนอว่าพยาบาลสามารถนำโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคโดยใช้สื่อวิดีโอและแผ่นพับนี้ ไปใช้ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคแก่สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้ ซึ่งจะช่วยให้สตรียอมรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกเพื่อตรวจวินิจฉัยรอยโรคเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจส่องกล้องปากมดลูก ทฤษฎีแรงจูงใจ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลแพร์

² อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี แพร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: thanyaphon1@gmail.com

Effects of a motivation enhancing programs for prevention on perceptions of cervical cancer prevention among women undergoing colposcopy

Phitchanan Suriyarat, M.S.N.¹, Siriwan Thanyaphon, M.S.N.^{2*}, Chattaya Suwannakat, B.N.S.¹

Abstract

This study aims to study the effect of a motivation enhancing program for prevention on perceptions of cervical cancer prevention among women undergoing colposcopy. The samples were women with abnormal cervical cancer screening aged 30 to 60 years who came for a colposcopy exam at the Obstetrics and Gynecology room at Phrae Hospital, from September to December 2023. A total of 80 participants were randomly selected on specified criteria and divided into two groups. The 40 participants of the experimental group received a motivation enhancing program for prevention that included a video about cervical cancer, a colposcopy procedure, and brochures on colposcopy and self-care practices. A 40 participants of the control group received standard nursing care. Data were collected using a personal information questionnaire and a cervical cancer prevention awareness questionnaire. The mean scores were compared using Wilcoxon Signed Rank test and Mann Whitney U test.

The study found that after receiving the program, the experimental group had a statistically significant increase in the mean of cervical cancer prevention perception compared to before the experiment ($p < .05$). The experimental group also had significantly higher scores in the awareness of the severity of cervical cancer and the risk of developing cervical cancer compared to the control group ($p < .05$). However, both groups had similar scores in confidence in the outcomes of self-care practices for colposcopy and self-efficacy in performing preventive measures ($p > .05$). Therefore, both groups consented to undergo colposcopy in all cases (100%).

Based on the results of this study, it is suggested that nurses can use this motivational program, which includes video and brochure materials, to promote awareness of the severity of cervical cancer, the risk of developing the disease, and preventive practices among women with abnormal cervical cancer screening results. This will help encourage women to accept colposcopy for further diagnosis of cancerous lesions.

Key words: a motivation - enhancing programs for cervical cancer prevention, Colposcopy examination, Motivation theory

¹ Register Nurse, Professional Level, Obstetrics-Gynaecology Clinic, Phrae Hospital

² Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

* Corresponding author e-mail: thanyaphon1@gmail.com

บทนำ

โรคมะเร็งปากมดลูก (Cervical cancer) ส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อ Human papilloma virus (HPV) สายพันธุ์ 16, 18 ในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกพบผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ 604,127 ราย และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งปากมดลูก 342,000 ราย (Sung et al., 2021) มะเร็งปากมดลูกถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขในประเทศไทยตั้งแต่ ปี 2532 โดยพบสูงเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในสตรี ภายหลังการผลักดันนโยบายการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกระดับประเทศทำให้อุบัติการณ์มะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มลดลง ในปี 2562 มะเร็งปากมดลูกจัดอยู่ในอันดับ 5 ของมะเร็งที่พบบ่อยในหญิงไทย มีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ยวันละ 15 ราย หรือ 5,422 รายต่อปี และเสียชีวิตเฉลี่ยวันละ 6 ราย หรือ 2,258 รายต่อปี (National Cancer Institute, 2021) ในปี 2564 มะเร็งปากมดลูกพบมากเป็นอันดับ 4 ของมะเร็งในสตรี พบมะเร็งปากมดลูกรายใหม่ประมาณร้อยละ 9.3 อัตราเสียชีวิต 6.8 ราย ต่อสตรี 100,000 ราย ต่อปี ทั้งนี้ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2563-2565 พบว่าอัตราการตายด้วยมะเร็งปากมดลูกมีแนวโน้มลดลง เหลือ 6.4 ราย ต่อสตรี 100,000 ราย ต่อปี (Ferlay et al., 2024; Strategy and Planning Division, Office of Permanent Secretary of Ministry of Public Health, 2024; Wongpratate & Bumrunghai, 2024)

การป้องกันการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกคือ สตรีควรเข้ารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกทุก 2-3 ปี ซึ่งการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกปัจจุบันมี 3 วิธี ได้แก่ การตรวจหาเชื้อ HPV (HPV testing) การตรวจเซลล์วิทยาของปากมดลูก (Cervical cytology) และการตรวจปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชูรวมกับการจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น (Visual inspection with acetic acid, VIA) กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้สตรีที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วการตรวจคัดกรองทางเซลล์วิทยาควรคัดกรองได้ตั้งแต่อายุ 25 ปี แต่ถ้าคัดกรองด้วยทางเซลล์วิทยาร่วมกับ HPV DNA test สามารถทำได้ตั้งแต่อายุ 30 ปี ขึ้นไป (Laohutanon, Chaiwerawattana, & Imsamran, 2018) การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นประจำจะช่วยให้อัตราการรอดชีวิตจากมะเร็งปากมดลูกได้ร้อยละ 70.0 และลดอัตราการตายจากมะเร็งปากมดลูกได้ถึงร้อยละ 55.0 (World Health Organization, 2024)

การศึกษาที่ผ่านมาได้มีความพยายามในการกระตุ้นและส่งเสริมสตรีให้เข้ารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) โดยการรับรู้สิ่งที่กำลังคุกคามตนเองและกระบวนการเพื่อแก้ปัญหาสิ่งที่คุกคามประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพื่อสร้างแรงจูงใจให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 2) การประเมินการเผชิญปัญหา (Coping Appraisal) ประกอบด้วย การรับรู้ความเชื่อมั่นในการปฏิบัติตัวและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง เมื่อบุคคลเห็นว่าอันตรายนั้นรุนแรงต่อตนเองจะเกิดความกลัว ความวิตกกังวล และจะกระตุ้นให้เกิดความใส่ใจดูแลตนเองหรือปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ โดยการสร้างโปรแกรมป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องมะเร็งปากมดลูก การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผ่านสื่อหลายอย่าง ซึ่งสามารถกระตุ้นให้สตรีมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้น (Apaipim, Srisuriyawet, & Rattanagreethakul, 2019; Chansura, Pinchaleaw, & Keskomon, 2021; Sukkasem, & Wanaratwichit, 2021; Kostseekiaw, 2020)

เมื่อผลตรวจคัดกรองมีความผิดปกติตั้งแต่ระดับ Atypical squamous cells of undetermined significance (ASC-US) ร่วมกับมีความเสี่ยง HPV จะแนะนำให้เข้ารับการตรวจด้วยการส่องกล้องปากมดลูก (colposcopy) เพื่อตรวจยืนยันความผิดปกติของเนื้อเยื่อปากมดลูก หากพบความผิดปกติจะทำการตัดชิ้นเนื้อจากบริเวณที่ผิดปกติมากที่สุดส่งตรวจทางพยาธิวิทยา เพื่อช่วยวินิจฉัยยืนยันความผิดปกติที่เกิดขึ้นและให้การรักษาที่เหมาะสมได้อย่างทัน่วงที่ ลดโอกาสเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม (Laohutanon, Chaiwerawattana, & Imsamran, 2018)

จากสถิติการมารับบริการส่องกล้องปากมดลูกที่โรงพยาบาลแพร่ ในสตรีกลุ่มอายุ 30-60 ปี ที่เข้าร่วมโครงการตรวจ HPV DNA test ด้วยตนเองเพื่อค้นหาก้อนเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก ตั้งแต่เดือน ธันวาคม 2565 ถึงเดือน

สิงหาคม 2566 มีผู้รับบริการจำนวน 216 ราย ตรวจพบความผิดปกติ 131 ราย คิดเป็นร้อยละ 60.25 ต้องเข้ารับการรักษารวมระยะระยะลุกลามจำนวน 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.05 จากข้อมูลดังกล่าว มะเร็งปากมดลูกยังคงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลห้องตรวจสูติรีเวชวิทยา ปีงบประมาณ 2565 มีสตรีเข้ารับการส่องกล้องปากมดลูกจำนวน 101 ราย ไม่มาฟังผลการตรวจตามนัด 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.9 ปีงบประมาณ 2566 สตรีตรวจกล้องส่องปากมดลูกจำนวน 318 ราย ไม่มาฟังผลตรวจตามนัด จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.6 เหตุผลที่ไม่มาฟังผลตรวจตามนัด เช่น ไปธุระต่างจังหวัด ไม่ว่างมีงานที่บ้าน ไม่มีคนมาส่ง สิ้นสุด เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคมีความเหมาะสมที่จะนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมให้สตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติยอมรับการส่องกล้องปากมดลูกและมาฟังผลการตรวจตามนัด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อความรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก เพื่อให้สตรีรับรู้ความสำคัญ ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การตรวจส่องกล้องปากมดลูก เพื่อให้มีความตระหนักในปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม และเป็นแนวทางในการจัดบริการที่เหมาะสมสำหรับสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย และการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

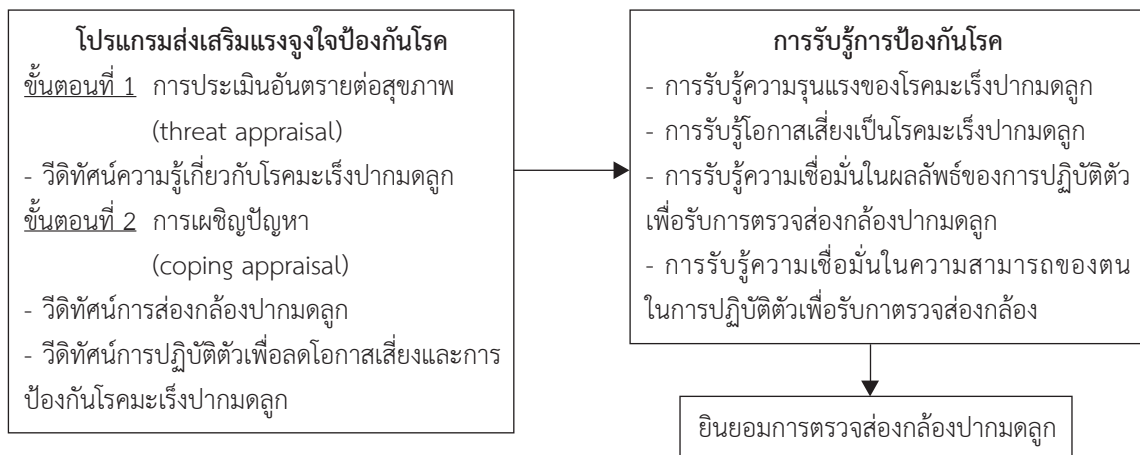
1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection Motivation Theory) ของโรเจอร์ (Maddux & Rogers, 1983) ผ่านกระบวนการรับรู้ 2 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal) โดยการจัดกิจกรรมให้สตรีดูวิดีโอที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูก และกระบวนการรับรู้ที่ 2 คือการประเมินการเผชิญปัญหา (Coping appraisal) โดยจัดกิจกรรมให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การส่องกล้องปากมดลูก การปฏิบัติตัวก่อนหลังการส่องกล้อง ภายหลังได้ข้อมูล สตรีจะเกิดการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อส่องกล้องปากมดลูก และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้อง ซึ่งจะส่งผลให้สตรียินยอมเข้ารับการส่องกล้องปากมดลูก



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) เปรียบเทียบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกในสตรีที่มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่มีผลการตรวจคัดกรองปากมดลูกผิดปกติและมารับการตรวจส่องกล้องปากมดลูกที่ห้องตรวจสูติ-นรีเวชกรรม กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลแพรว ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนธันวาคม 2566 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size) ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.1.9.2 อ้างอิงข้อมูลจากงานวิจัยคล้ายคลึงกันของนักสวธรณ โอภาส (Opad, 2017) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าอำนาจการทดสอบ (Power of analysis) เท่ากับ 0.6 กำหนดให้ขนาดอิทธิพลอยู่ในระดับปานกลางที่ 0.60 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 36 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจถอนตัวจากการร่วมวิจัย ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 40 ราย รวมเป็น 80 ราย โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างคัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามวันที่มารับบริการ โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คัดเลือกในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน ส่วนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก คัดเข้ากลุ่มวิจัยในสัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) สตรีอายุ 30 ปี ขึ้นไป มีผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติและต้องได้รับการวินิจฉัยด้วยการตรวจส่องกล้องปากมดลูก 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ สามารถพูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ 3) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย 4) ไม่เคยป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) มีประวัติป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูก 2) ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโปรแกรมหรือปฏิเสธเข้าร่วมโปรแกรมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมไปแล้วระยะหนึ่ง 3) ขณะเข้าร่วมโปรแกรมมีภาวะแทรกซ้อนมีการส่งต่อการรักษา หรือไปรับการตรวจรักษาที่สถานพยาบาลอื่นก่อนที่จะได้รับการตรวจครบขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลองและเครื่องมือรวบรวมข้อมูล ดังนี้
เครื่องมือใช้ดำเนินการทดลองได้แก่

1. โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจป้องกันโรค ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของ นักสวธรณ โอภาส (Opad, 2017) ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ ในการรับรู้อันตรายที่อาจเกิดขึ้น และประเมินได้ว่าอาจเกิดอันตรายต่อตนเอง เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในการปรับพฤติกรรมหรือปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันอันตราย

ที่อาจเกิดขึ้น ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ แนะนำปฏิบัติการทดลองจนการเข้าร่วมการวิจัย

กิจกรรมที่ 2 ผู้เข้าร่วมวิจัยตอบแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (pre-test)

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินอันตรายต่อสุขภาพ (Threat appraisal)

กิจกรรมที่ 3 ให้ชมวิดีโอให้ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งปากมดลูก (10 นาที)

ขั้นตอนที่ 2 การเผชิญปัญหา (coping appraisal)

กิจกรรมที่ 4 ให้ชมวิดีโอเกี่ยวกับผลดีการส่องกล้องปากมดลูก ขั้นตอนวิธีการตรวจ การปฏิบัติตัว ก่อนและหลังรับการตรวจ (10 นาที)

กิจกรรมที่ 5 ชมวิดีโอความรู้การปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงเพื่อการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (10 นาที)

กิจกรรมที่ 6 แจกแผ่นพับการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และให้ทำแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (post-test) หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส จำนวนการตั้งครรภ์ การมีบุตร การคุมกำเนิด ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก และอาการผิดปกติที่พบ

2. แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก ผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของ นภัสวรรณ โอภาส (Opad, 2017) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งต่อเพื่อตรวจส่องกล้องปากมดลูก จึงตัดบางข้อที่ไม่เกี่ยวข้องออก แบบสอบถามประกอบด้วยการรับรู้ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้อง จำนวน 39 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดมาตราส่วน 4 ระดับ คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ให้คะแนน 1-4 คะแนน ตามลำดับ

3. แบบบันทึกการยินยอมตรวจส่องกล้องปากมดลูก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจป้องกันโรค ตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่าเท่ากับ 1

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) แบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากงานวิจัยของ นภัสวรรณ โอภาส (Opad, 2017) ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่น โดยการทดลองใช้กับกลุ่มสตรีที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ที่โรงพยาบาลแพร์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) .856 และค่าความเชื่อมั่นรายด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก .779 การรับรู้โอกาสเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งปากมดลูก .781 การรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวเพื่อรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก .710 และการรับรู้ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิบัติตัว .814

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลแพร์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ห้องตรวจสูตินรีเวชเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัย และสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือนเป็นกลุ่มควบคุม สัปดาห์

ที่ 2 และ 4 ของเดือนเป็นกลุ่มทดลอง จากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงในการเข้าร่วมวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และได้รับการแจ้งสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกระบวนการตามความต้องการและความสมัครใจ

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ก่อนการเก็บข้อมูล และดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะเวลาประมาณ 20-30 นาที ดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม (คัดเข้ากลุ่มในสัปดาห์ที่ 1 และ 3 ของเดือน) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจสูตินรีเวช และดำเนินการ ดังนี้

1) ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (pre-test) จากนั้น พยาบาลให้ข้อมูลการตรวจส่องกล้องปากมดลูก การปฏิบัติตัวหลังการตรวจส่องกล้องปากมดลูก การมาตรวจตามนัด โดยภาพพลิกการส่องกล้องปากมดลูกและแจกแผ่นพับการส่องกล้องปากมดลูกและการปฏิบัติตัวตามปกติ รวมระยะเวลาประมาณ 15-20 นาที สอบถามการยินยอมรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก

2) ภายหลังการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้ 4 ด้าน (post-test)

2.2 กลุ่มทดลอง (สัปดาห์ที่ 2 และ 4 ของเดือน) ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างที่ห้องตรวจสูตินรีเวช และดำเนินการ กิจกรรม ดังนี้

1) ผู้วิจัยให้ตอบแบบสอบถามการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก (pre-test)

2) ให้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคตามกิจกรรมที่กล่าวข้างต้น และสอบถามการยินยอมรับการตรวจส่องกล้องปากมดลูก รวมระยะเวลาประมาณ 30 นาที

3) ภายหลังการตรวจส่องกล้องปากมดลูก ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการรับรู้ 4 ด้าน (post-test)

3. ติดตามการมาฟังผลตรวจตามนัด 2 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนาความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบ Mann Whitney U test และ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของกลุ่มทดลองก่อน-หลังได้รับโปรแกรมฯ โดยสถิติ Wilcoxon Signed Rank test เนื่องจากภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยสถิติ Mann Whitney U test เนื่องจากภายหลังการทดสอบด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลแพร่ เลขที่ 60/2566 รับรองวันที่ 7 กันยายน 2566 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย และขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่กระทบต่อการรักษา และผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 40 คน อายุเฉลี่ย 42.6 และ 49.2 ปี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีจำนวนการคลอดต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .037$) ส่วนจำนวนการตั้งครรภ์ วิธีการคุมกำเนิด ระยะเวลาการคุมกำเนิด ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งและอาการผิดปกติไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม ร้อยละ 100ยินยอมเข้ารับการตรวจ colposcope ผลตรวจส่องกล้องพบว่ากลุ่มควบคุม 26 ราย และกลุ่มทดลอง 25 ราย มีลักษณะรอยโรคเป็นระยะก่อนมะเร็ง จึงได้รับการตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ ผลชิ้นเนื้อกลุ่มควบคุมพบเป็นระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกจำนวน 24 ราย (ร้อยละ 92.3) พบมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลามจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.85) ผลชิ้นเนื้อปกติจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 3.85) ส่วนกลุ่มทดลองจำนวน 25 ราย (ร้อยละ 100) ผลตรวจชิ้นเนื้อเป็นระยะก่อนมะเร็ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปกลุ่มควบคุม ($n = 40$ คน) และกลุ่มทดลอง ($n = 40$ คน)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					
$\bar{X}$ (SD)	42.6	(9.14)	49.2	(7.55)	.001 ^a
จำนวนการตั้งครรภ์ (ครั้ง)					
ไม่เคย	6	15.0	2	5.0	.094 ^a
1	12	30.0	12	30.0	
2	17	42.5	15	37.5	
3	4	10.0	7	17.5	
≥ 4	1	2.5	4	10.0	
จำนวนครั้งการคลอด (ครั้ง)					
ไม่เคย	6	15.0	2	5.0	.037 ^a
1	17	42.5	14	35.0	
2	15	37.5	17	42.5	
3	2	5.0	5	12.5	
≥ 4	-		2	5.0	
วิธีคุมกำเนิด					
ไม่ได้คุมกำเนิด	16	40.0	11	27.50	.689 ^b
หมั่นหญิง	13	32.5	17	42.50	
ยาเม็ดคุมกำเนิด	8	20.0	9	22.50	
ยาฉีดคุมกำเนิด	3	7.50	2	5.00	
ยาฝังคุมกำเนิด	-		1	2.50	
ระยะเวลาการใช้วิธีคุมกำเนิด	(n=24)		(n=29)		
1-5 ปี	5	20.80	3	10.30	.085 ^a
6-10 ปี	6	25.00	9	31.00	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		P value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
11-15 ปี	7	29.20	5	17.20	
มากกว่า 15 ปี	6	25.00	12	41.20	
$\bar{x}$ (SD)	7.38	(8.81)	11.55	(10.61)	
ประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นมะเร็งปากมดลูก					
ไม่มี	31	77.50	32	80.00	.961 ^b
น้ำ	5	55.60	4	10.00	
แม่	2	22.20	2	5.00	
ยาย	2	22.20	2	5.00	
อาการผิดปกติ					
ไม่มี	25	62.50	19	47.50	.603 ^b
ตกขาวมีกลิ่นเหม็น	8	53.33	8	20.00	
มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ	5	33.33	5	12.50	
มีหูด/เริ่ม	1	6.67	4	10.00	
ตกขาวคันช่องคลอด	1	6.67	2	5.00	
มีน้ำใส ๆ ทางช่องคลอด	-	-	1	2.50	
ปวดท้องน้อย	-	-	1	2.50	
การตรวจ colposcope					
ยินยอมตรวจ	40	100.0	40	100.0	
ผลตรวจ colposcope					
No lesion	14	35.00	15	37.50	
ระยะก่อนมะเร็งปากมดลูก ^c	26 ^c	65.00	25 ^c	62.50	
ผลตรวจชิ้นเนื้อปากมดลูก ^c					
No lesion	1	3.85	-	-	
ระยะก่อนมะเร็งปากมดลูก	24	92.30	25	100.00	
มะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม	1	3.85	-	-	

^a Mann Whitney U test^b Fisher's exact test^c ผู้ที่มีผลตรวจ colposcope ผิดปกติ ได้รับการตัดชิ้นเนื้อปากมดลูกเพื่อวินิจฉัยเพิ่ม

ภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก โอกาสเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก ความเชื่อมั่นผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อการตรวจส่องกล้องปากมดลูก และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเพิ่มขึ้นจากเดิมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการรับรู้การป้องกันโรคก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง

การรับรู้การป้องกันโรค	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	2.98	.39	3.60	.32	-4.890	<.001
โอกาสเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	2.77	.49	3.38	.45	-5.236	<.001
เชื่อมั่นผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อการตรวจสอบกล้องปากมดลูก	3.13	.45	3.71	.37	-4.915	<.001
ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	3.28	.56	3.83	.31	-4.481	<.001

เปรียบเทียบการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ภายหลังจากได้รับโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและโอกาสเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนการรับรู้ความเชื่อมั่นในผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อการตรวจสอบกล้องปากมดลูก และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคทั้งสองกลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการรับรู้การป้องกันโรคหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

การรับรู้การป้องกันโรค	ก่อน		หลัง		Z	p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก	3.38	.31	3.57	.36	-3.060	.002
โอกาสเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก	3.16	.35	3.42	.42	-3.664	<.001
เชื่อมั่นผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อการตรวจสอบกล้องปากมดลูก	3.74	.26	3.71	.33	-.281	.778
ความสามารถของตนในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	3.86	.14	3.78	.39	-.148	.882

อภิปรายผล

กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกทั้ง 4 ด้าน เพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรค ($p < .05$) เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีผลตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติได้รับการติดต่อให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม เมื่อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง อาการและอาการแสดง ทั้งจากการบอกเล่า การดูวิดีโอทัศน์ ร่วมกับบางรายมีประสบการณ์ว่าตนมีอาการผิดปกติที่สัมพันธ์กับอาการแสดงของมะเร็งปากมดลูก ได้แก่ ตกขาวมีกลิ่นเหม็น มีเลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ มีหูด/เรื้อนที่อวัยวะเพศ ตกขาวคัน มีน้ำใส ๆ ทางช่องคลอด และปวดท้องน้อยด้วย ทำให้รับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น และประเมินว่าอาจเป็นมะเร็งปากมดลูกได้ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดยินยอมเข้ารับการตรวจสอบกล้องปากมดลูก เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ แรงจูงใจในการปฏิบัติที่เหมาะสมเกิดจากการถูกกระตุ้นให้เกิดความกลัว โดยผ่านกระบวนการประเมินอันตรายต่อสุขภาพคือการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และกระบวนการประเมินการเผชิญปัญหา คือเมื่อได้รับข้อมูลการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม การปฏิบัติตัวต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างเชื่อว่าตนสามารถทำได้และจะได้รับผลลัพธ์ที่ดีจากการปฏิบัติ

ตามคำแนะนำนั้น ๆ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจที่ใช้กรอบแนวคิดแรงจูงใจการป้องกันโรคของโรเจอร์ก่อนหน้านั้น เช่นการศึกษาของตันหยง สุขเกษม และศิริไธษ วนรัตน์วิจิตร (Sukkasem & Wanaratwichit, 2021) หลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจป้องกันโรคกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงเกิดมะเร็งปากมดลูกสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาของอารยา สังข์บัวแก้ว และคณะ (Sangbuakaew, Jityen, & Kaewkhiew, n.d.) ศึกษาการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกของสตรีที่ผลการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกผิดปกติโดยการให้โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกซึ่งสตรีมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดทุกราย การศึกษาของ นภัสวรรณ โอภาส (Opad., 2017) หลังใช้โปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมถึงมาตรวจส่องกล้องปากมดลูกตามนัดสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้ด้านความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ตามสมมติฐานการวิจัย แต่คะแนนการรับรู้ด้านเชื่อมั่นผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อการตรวจส่องกล้องปากมดลูกและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$)

อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับการติดต่อให้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมจึงมีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งมาก่อนแล้ว เมื่อกลุ่มทดลองได้รับข้อมูลจากการดูวิดีโอซึ่งมีทั้งภาพนิ่งและภาพเคลื่อนไหว มีสีสัน กระตุ้นการรับรู้สัมผัสได้ดีกว่า ทำให้มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกและความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .05$) เช่นเดียวกับการศึกษาของนันทิศา จันดีวงศ์, ปิยธิดา ตรีเดช, สุนธรา ศิริ และชาญวิทย์ ตรีเดช (Juntawong, Tridech, Siri, & Tridech, 2017) พบว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งปากมดลูกและการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งปากมดลูก การรับรู้ประโยชน์ของการตรวจคัดกรองมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับบริการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับการให้ข้อมูลโดยภาพพลิก ตัวหนังสือไม่ใหญ่มาก สอนโดยพยาบาลซึ่งอาจไม่กระตุ้นการรับรู้เรื่องโรคความรุนแรงของโรคเท่ากับเห็นสื่อที่เคลื่อนไหวได้

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนการรับรู้ด้านเชื่อมั่นผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อการตรวจส่องกล้องปากมดลูกและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p > .05$) อธิบายได้ว่า ทั้งสองกลุ่มมีผลตรวจคัดกรองผิดปกติและได้รับการติดต่อให้มาตรวจส่องกล้อง เมื่อได้รับข้อมูลเรื่องโรค ความรุนแรงของโรค จึงเกิดความกลัว ดังนั้น เมื่อได้รับข้อมูลการส่องกล้องตรวจปากมดลูก การปฏิบัติตัวก่อนหลังทำหัตถการ จึงทำให้ทั้งสองกลุ่มสนใจการให้คำแนะนำยิ่งขึ้น และยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างดี และการให้ความรู้เรื่องการส่องกล้องปากมดลูกผู้สอนต้องเน้นย้ำความเข้าใจกลุ่มตัวอย่างทุกรายก่อนเข้ารับการตรวจผู้ฟังจึงมีความรู้ไม่ต่างกัน นอกจากนี้ทั้งสองกลุ่มได้รับแผ่นพับการส่องกล้องตรวจปากมดลูกและการปฏิบัติตัว ซึ่งสามารถศึกษาด้วยตนเอง หรือดูซ้ำได้ จึงเป็นไปได้ว่าทำให้คะแนนการรับรู้ด้านเชื่อมั่นผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อการตรวจส่องกล้องปากมดลูกและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับการศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้สื่อวีดิทัศน์ การปฏิบัติตัวเมื่อตรวจด้วยกล้องคอลโปสโคปีกับการใช้ภาพพลิกและโมเดล (Jengprasert & Kongrot, 2021) พบว่า คะแนนความรู้จากการสอนทั้งสองวิธีไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจสื่อวีดิทัศน์มากกว่าภาพพลิกเนื่องจากมีสีสัน มีภาพเคลื่อนไหว มีเสียงกระตุ้นการรับรู้ได้ดีกว่า แต่ความต่อเนื่องของวีดิทัศน์อาจทำให้ผู้ฟังไม่สามารถสอบถามข้อสงสัยได้ ต่างจากการสอนโดยใช้ภาพพลิกที่ผู้ฟังสามารถสอบถามข้อสงสัยได้ตลอด

ดังนั้น จากผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และแผ่นพับ สรุปได้ว่า พยาบาลห้องตรวจสูติรีเวช สามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการกระตุ้นสตรีที่มี

ผลการตรวจผิดปกติรับรู้ความรุนแรงของโรคมารับการส่องกล้องปากมดลูกเพื่อให้สตรีรับการตรวจยืนยันความผิดปกติ และมีความตระหนักในปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเป็นมะเร็งปากมดลูกระยะลุกลาม รวมถึงเพื่อให้ได้รับการรักษาได้อย่างรวดเร็วต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลสามารถใช้โปรแกรมส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อการรับรู้การป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูก โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ร่วมกับเอกสารแผ่นพับให้ความรู้เพื่อการกระตุ้นให้ผู้รับบริการตระหนักถึงอันตรายและความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูกได้
2. ควรประเมินการรับรู้ความรุนแรงของโรคมะเร็งปากมดลูก และโอกาสเสี่ยงเกิดโรคมะเร็งปากมดลูกของผู้รับบริการทุกราย เพื่อให้ตระหนักถึงการป้องกันโรคมะเร็งปากมดลูกอย่างต่อเนื่อง
3. ควรทบทวนวิถีทัศน์เกี่ยวกับการส่องกล้องปากมดลูกและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค ก่อนนำไปใช้อีกครั้ง ประเด็นความยากง่ายต่อการเข้าใจ ความยาวของเนื้อหา รวมถึงความน่าสนใจของสื่อ เนื่องจากผู้รับบริการมีความหลากหลายอาจมีความเข้าใจไม่เท่ากัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อเนื่องในระยะยาวว่าผู้รับบริการเข้ารับการตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่องจนถึงจำหน่ายออกจากระบบการติดตาม

References

- Apaipim, B., Srisuriyawet, R., & Rattanagreethakul, S. (2019). The effects of cervical cancer screening promoting program on behavior of cervical cancer screening among village health volunteers. *Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 7(3), 381-401. Retrieved from <https://chdkujournal.com/subcontent.php?id=733> [In Thai]
- Chansura, P., Pinchaleaw, D., & Keskomon, T. (2021). The effects of a motivation enhancing program with line application on prevention behaviors and cervical cancer screening in Mueang Prachuap Khiri Khan District, Prachuap Khiri Khan Province. *Journal of Nursing Science Christian University of Thailand*, 27(4), 65-76. [In Thai]
- Ferlay J., Ervik, M., Lam, F., Laversanne, M., Colombet, M., Mery, L., ...Bray, F. (2024). *Global cancer observatory: Cancer today*. Retrieved from <https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf>
- Jengprasert, K., & Kongrot, S. (2021). Effect of a video instruction of colposcopy procedure on knowledge and satisfaction among women with abnormal pap smear results. *Thai Journal of Health Education*, 44(1), 176-185. Retrieved from <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/muhed/article/view/247134/168956> [In Thai]
- Juntawong, N., Tridech, P., Siri S., & Tridech, C. (2017). Factors related to receiving cervical cancer screening services among women aged 30-60 years in Muang District, Pathumthani Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 28(1), 63-79. [In Thai]

- Kostseekiaw T. (2020). The effects of a motivation teaching program of conjunction with “mask in the world” Innovation on perception and cervical cancer screening in target group 30-60 years Mahasarakham Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 17(1), 58-70. [In Thai]
- Laohutanon, P., Chaiwerawattana, A., & Imsamran, W. (2018). *Screening guidelines diagnose and treat cervical cancer*. Bangkok: Kositpress. [In Thai]
- Maddux, J. E., & Rogers, R. W. (1983). Protection motivation and self-efficacy: A revised theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Experimental Social Psychology*, 19(5), 469-479. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/1984-15006-001>
- National Cancer Institute. (2021). *Cancer in Thailand 2021*. Retrieved from https://www.nci.go.th/e_book/cit_x/index.html.
- Opad N. (2017). *The effects of a motivation-enhancing program for the prevention of illness on the perceived prevention of cervical cancer and adherence to follow-up colposcopy among women with abnormal pap test results*. Master's Thesis, Nursing, Thammasat University. Retrieved from https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2017/TU_2017_5714032108_7806_6610.pdf [In Thai]
- Sangbuakaew, A., Jityen, O., & Kaewkhiew, P. (n.d.). *Effects of a motivation promotion program on awareness of cervical cancer prevention among women with abnormal cervical cancer screening results*. Retrieved from <https://www.lpch.go.th/lpch/uploads/20240618142831145562.pdf> [In Thai]
- Strategy and Planning Division, Office of Permanent Secretary of Ministry of Public Health. (2024). *Public health statistics A.D.2022-2023*. Retrieved from <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf>. [In Thai]
- Sukkasem, T., & Wanaratwichit, C. (2021). Effects of protection motivation theory applying program together with social support on cervical cancers screening among 30 to 60 year-old women at Bannongkrod Health promoting Hospital, Saklake district, Phichit province. *Disease Control Journal*, 47(1), 859-872. Retrieved from https://doi.nrct.go.th/admin/doc/doc_594879.pdf [In Thai]
- Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*, 71(3), 209-249. Retrieved from <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21660>
- Wongpratate, M., & Bumrunghai, S. (2024). Cervical cancer in Thailand: 2023 update. *Obstet Gynecol Sci.*, 67(3), 261-269. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11099091/> [In Thai]
- World Health Organization. (2024). *Cervical cancer 2024*. Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjwpNuyBhCuARIsANJqL9OpOcpIKNPZfLCcZBEZKXLzD4l_fzchNbRAZRIEZTQRmTQ4ysv6N7YaAnbtEALw_wcB

ประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของพยาบาลวิชาชีพ ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

อภันตรี ประยูรวงษ์, พย.บ.^{1*} วัชรวิรี วชิรพันธ์ธรรม, วท.ม.² ปราณี ผลมานะ, พย.บ.²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จำนวน 82 คน คัดเลือกโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อ จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามระเบียบปฏิบัติเลขที่ WI-OCC-002 คู่มือการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ แผนการนิเทศทางการพยาบาล เรื่อง แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อ จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ แบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ และพฤติกรรม การป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ เท่ากับ 0.79 และ 0.96 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบผลก่อน-หลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า หลังใช้โปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรม การป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ สูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.30$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 17.89$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 10.01$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 10.40$, $p\text{-value} < 0.001$) และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดกล้ามเนื้อ ลดลงกว่า ก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.21$, $p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรม การให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมีประสิทธิภาพทำให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรม การป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวและความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไปในทางดีขึ้น บุคลากรด้านสุขภาพหรือกลุ่มอาชีพอื่นที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกันสามารถนำ โปรแกรมฯ ไปประยุกต์ใช้ได้

คำสำคัญ: ความรู้ด้านการยศาสตร์ การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ พยาบาลวิชาชีพ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

* ผู้เขียนหลัก e-mail: apuntree2511@gmail.com

Effectiveness of Ergonomics Education Program combined with Muscle Stretching on Behavior to Prevent Muscle Pain, Muscle Pain and Physical Fitness of Registered Nurses with Work Related Muscle Pain in Hospital

Apuntree Prayunvong, B.N.S.^{1*}, Watcharawee Wachiraphantham, M.Sc², Pranee Phonmana B.N.S.²

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effectiveness of an ergonomics education program combined with muscle stretching exercises on preventive behaviors for muscle pain, muscle pain symptoms, and physical fitness among registered nurses experiencing work-related muscle pain in hospitals. The sample consisted of 82 registered nurses with work-related muscle pain, selected through simple random sampling. The research intervention included an ergonomics education program combined with muscle stretching exercises, guidelines for managing work-related muscle pain based on protocol WI-OCC-002, a handbook on ergonomics and stretching exercises, and a nursing supervision plan on managing muscle pain. Data was collected using a questionnaire on ergonomics knowledge, a scale assessing preventive behaviors for muscle pain, a muscle pain symptom record, and a physical fitness test record. The validity of the instrument was assessed by five experts. The reliability coefficients for the ergonomics knowledge questionnaire and preventive behavior questionnaire were 0.79 and 0.96, respectively. Descriptive statistics were used for general data analysis, and a paired t-test was employed to compare differences between pre- and post-intervention.

The results showed that after the intervention, the participants had significantly higher mean scores for ergonomics knowledge, preventive behaviors for muscle pain, mean flexibility, and mean muscle strength compared to before the intervention ($t = 22.30$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 17.89$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 10.01$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 10.40$, $p\text{-value} < 0.001$). Additionally, the mean score for muscle pain symptoms significantly decreased after the intervention ($t = -17.21$, $p\text{-value} < 0.001$). These findings indicate that the ergonomics education program combined with muscle stretching exercises effectively improved ergonomics knowledge, preventive behaviors, reduced muscle pain symptoms, and enhanced flexibility and muscle strength. This program can be adapted for use by healthcare workers or other professions with similar work conditions.

Key words: Ergonomics Education, Muscle Stretching, Muscle Pain, Registered Nurses

¹ Senior Professional Registered Nurse, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province

² Professional Registered Nurse, Chaophya Abhaibhubejhr Hospital, Prachinburi Province

* Corresponding author e-mail: apuntree2511@gmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันอุบัติการณ์ความผิดปกติทางกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุกอาชีพ โดยเฉพาะอาชีพพยาบาล มีงานวิจัยจากทั่วโลกชี้ให้เห็นว่าอาชีพพยาบาลมีความชุกของการเกิดกลุ่มอาการความผิดปกติที่เกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานในระดับที่สูงขึ้น (Butmee, 2015) จากการศึกษาอุบัติการณ์ความผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาพบว่า ผู้ประกอบอาชีพพยาบาลพบอุบัติการณ์ถึงร้อยละ 92 ในขณะที่ประชาชนทั่วไปพบอุบัติการณ์ร้อยละ 37 (Naidoo & Haq, 2008 as cited in Butmee, 2015) สำหรับประเทศในเอเชียมีการศึกษาในประเทศจีน พบว่า อุบัติการณ์ความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานของพยาบาลคิดเป็นร้อยละ 70 ในประเทศไทยมีการศึกษาในโรงพยาบาลอุทัยธานีพบว่า ความชุกของอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานของพยาบาลและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย ถึงร้อยละ 98.10 (Buatum, Nawamawat, & Prompradit, 2022) สำหรับโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี มีการศึกษา พบว่า ปัญหาสุขภาพที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ในบุคลากรรวมถึงพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่พบมากที่สุด โดยมีอาการปวดบริเวณคอ หรือหัวไหล่ มากที่สุด ร้อยละ 61.30 รองลงมามีอาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 49.40 และมีอาการปวดข้อศอก แขน มือ ร้อยละ 44.40 และยังพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ขาดความรู้เรื่องการยศาสตร์ (Prayunvong, Wachiraphantham, Srisanit, Kanmali, & Phonmana, 2023) จากการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร ประจำปี 2566 ทั้งหมด 32 หน่วยงาน พบว่า มีปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ทุกหน่วยงาน โดยพบสิ่งคุกคามสุขภาพด้านการยศาสตร์จากการปฏิบัติงานยกและเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงกายมากที่สุด ถึงร้อยละ 93.75 รองลงมาเป็นการปฏิบัติงานหรือลักษณะงานซ้ำ ๆ ร้อยละ 65.63 และจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา หน่วยงานที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์อย่างรวดเร็วมี 7 หน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มงานห้องผ่าตัด กลุ่มงานวิสัญญี หอผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยสู่วินา หอผู้ป่วยชนศวร หอผู้ป่วยกุมารเวช และหน่วยไตเทียม (Occupational medicine department, Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital, 2023) นอกจากนี้ยังมีการศึกษา พบว่า แผนกงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดขึ้นเนื่องจากการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.026$) ซึ่งควรต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว (Prasan, 2021)

พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องพักรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ลักษณะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพมีทั้งการทำหัตถการให้กับผู้ป่วยด้วยลักษณะท่าทางการปฏิบัติงานอาจอยู่ในลักษณะที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมากจนเกินไปในท่าทางการปฏิบัติงานไม่เหมาะสม หรือการนั่งปฏิบัติงานเอกสารทางการพยาบาลต่าง ๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่มีการปรับเปลี่ยนอิริยาบถปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้เป็นปัจจัยทางด้านการยศาสตร์ซึ่งส่งผลกระทบต่ออาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน (Butmee, 2015; Buatum, Nawamawat, & Prompradit, 2022) ในแต่ละปีพบว่ามีพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 12 ลาออกจากงานเนื่องจากมีอาการปวดหลังส่วนล่าง (Hunson, 2005 as cited in Pimarn & Wongmatikul, 2017) ซึ่งเป็นปัญหาความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (Musculoskeletal disorders) จากการปฏิบัติงาน ทำให้เกิดความสูญเสียทั้งตัวผู้ปฏิบัติงาน ต่อองค์กรหรือโรงพยาบาล และต่อวิชาชีพพยาบาล ผลกระทบต่อตัวผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ ความสามารถในการปฏิบัติงานและการดำเนินชีวิตแย่ลง สูญเสียรายได้จากการหยุดงาน และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผลกระทบต่อองค์กรหรือโรงพยาบาล ได้แก่ การลาพักงาน การเข้าออกงาน ค่าชดเชยในการรักษาพยาบาล การสูญเสียเวลาและค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมพนักงานใหม่ ผลกระทบต่อวิชาชีพพยาบาล ได้แก่ เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พยาบาลวิชาชีพจำนวนมากต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ต้องเกษียณก่อนอายุราชการ ลาออกจากงานเพิ่มขึ้น ซึ่งท้ายที่สุดทำให้เกิดปัญหาการขาดแคลนพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติงาน (Pimarn & Wongmatikul,

2017) ผู้บริหารการพยาบาลจึงต้องพัฒนากลยุทธ์ในการบริหารจัดการที่จะช่วยรักษาบุคลากรพยาบาลวิชาชีพไว้ในองค์กร การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาคความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ และกระดูกจากการปฏิบัติงานที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ พบว่า กองอำนาจการในการบริหารความปลอดภัยและสุขภาพในการปฏิบัติงาน (Occupational Safety and Health Administration [OSHA]) ประเทศสหรัฐอเมริกา ให้แนวทางในการป้องกันปัญหาความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานของพยาบาลมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ การแยกแยะปัญหา การหาแนวทางในการแก้ไขปัญห การอบรมและการแก้ไขปัญห และการประเมินผล (Butmee, 2015) มีการศึกษา พบว่า หลังจากคนงานทอผ้าด้วยมือ ได้รับโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์เป็น ระยะเวลา 4 สัปดาห์ อาการปวดเมื่อยหลังลดลงและสมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Jaijum & Tantipanyaporn, 2018) และมีการศึกษาพบว่า พยาบาลที่เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อมัโอฟาเซียล (Myofascial Pain Syndrome (MPS)) หลังจากเข้าโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและปรับพฤติกรรมตามหลักการยศาสตร์เป็นเวลา 2 สัปดาห์ มาตราวัดความปวดด้วยสายตา (Visual analogue scale : VAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Potchana, 2022) นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ ได้แก่ ความรู้ด้านท่าทางการปฏิบัติงานที่เหมาะสม การจัดสภาพแวดล้อม การปฏิบัติงานให้ถูกหลักการยศาสตร์ และการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียด โดยใช้เวลา 30 - 45 นาที/ครั้ง สามารถเพิ่มความรู้ ทักษะ ทดลองจนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ที่ส่งผลให้เกิดความผิดปกติของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อได้ (Sripanya & Sittibannakul, 2020)

ดังนั้นผู้วิจัยหลักในฐานะปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการเพื่อให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดูแลตนเองในการป้องกันและแก้ไขปัญหอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลได้ จึงนำการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อมาประยุกต์เป็นโปรแกรมร่วมกัน โดยใช้แนวคิดการยศาสตร์ (Amornrattanapajit & Krungkrai Wong, 2001) ร่วมกับการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม (Hanucharornkul, 2001; Orem et al., 2001 as cited in Wongsri & Chintapanyakun, 2018) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ภายใต้เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle) (Ontam, 2019) และศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมฯ เพื่อนำไปเป็นข้อมูลในการบริหารจัดการในการป้องกันและแก้ไขปัญหอาการปวดกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ตลอดจนนำไปเป็นแนวทางในการบริหารจัดการในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพหรือกลุ่มอาชีพอื่นที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

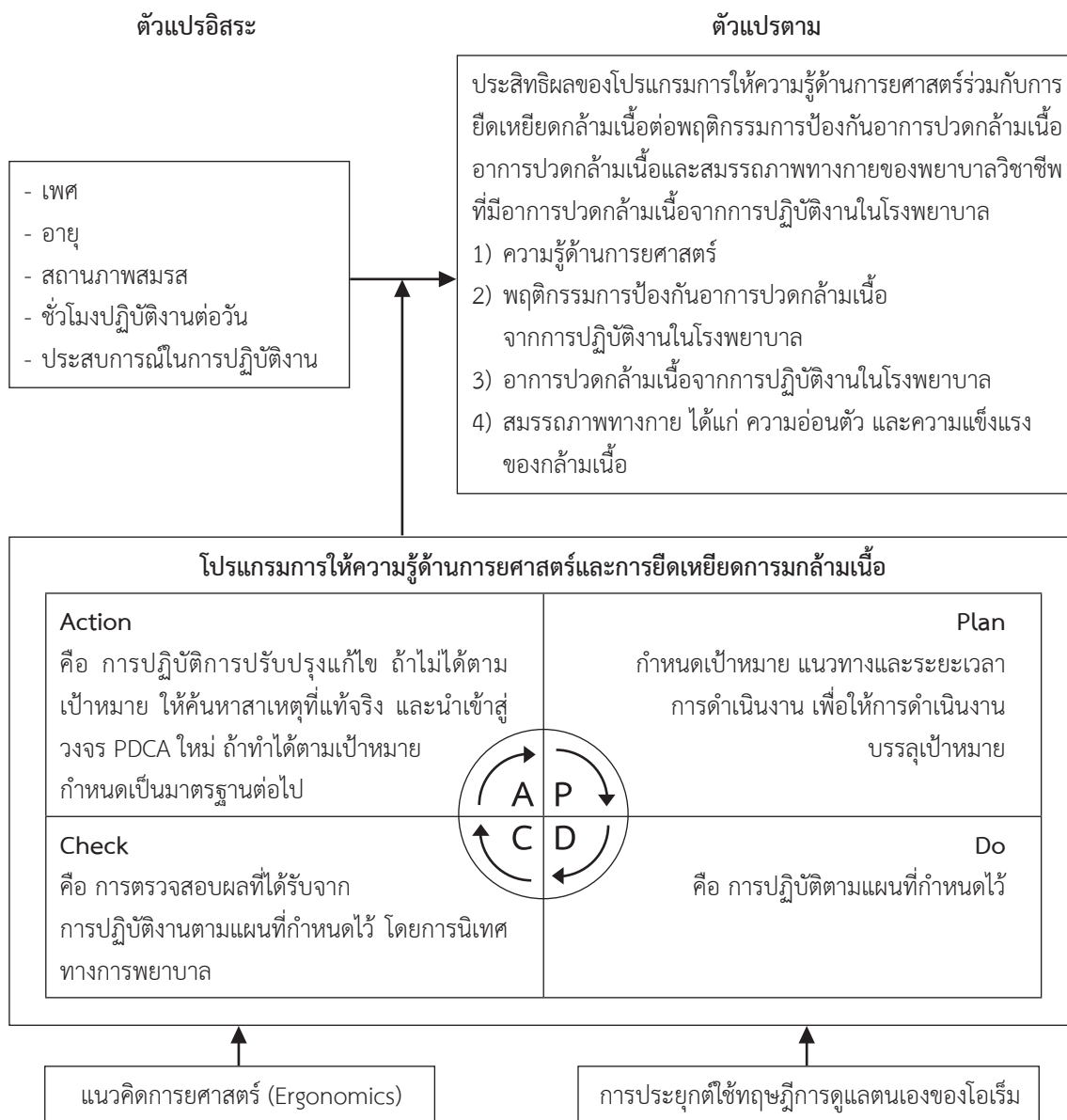
เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อพฤติกรรม การป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

สมมติฐานการวิจัย

หลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ พยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ ความอ่อนตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้โปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการยศาสตร์ (Amornrattanapajit & Krungkrai Wong, 2001) ซึ่งอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ปฏิบัติงานและสิ่งแวดล้อมการปฏิบัติงานที่ต้องมีการปรับให้เหมาะสม ร่วมกับการใช้ทฤษฎีระบบการพยาบาล (Theory of nursing system) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิดทฤษฎีของโอเร็ม เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของบุคคลนั้น ๆ โดยการสนับสนุนและให้ความรู้ (Education supportive) ได้แก่ การชี้แนะ (Guiding) การสนับสนุน (Supporting) การสอน (Teaching) และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Providing an environment) (Hanucharornkul, 2001; Orem et al., 2001 as cited in Wongsri & Chintapanyakun, 2018) ในการพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ภายใต้แนวคิดการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle) เพื่อการพัฒนาประสิทธิภาพและคุณภาพของโปรแกรมฯ (Ontam, 2019) ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan : P) โดยผู้วิจัยกำหนดเป้าหมายตามสมมติฐานการวิจัย และกำหนดแนวทาง/ระยะเวลาในการดำเนินงานเพื่อให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมาย ดังนี้ พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จัดทำแนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามระเบียบปฏิบัติเลขที่ WI-OCC-002 จัดทำคู่มือการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จัดทำแผนการนิเทศทางการพยาบาล เรื่อง แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ สร้างแบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผน (Do : D) ที่กำหนดไว้ในโปรแกรมฯ และระเบียบปฏิบัติเลขที่ WI-OCC-002 ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check : C) โดยการนิเทศติดตาม ตามแผนการนิเทศทางการพยาบาลตามแผนที่กำหนดไว้ ขั้นตอนที่ 4 การปรับปรุงแก้ไข (Action : A) เป็นขั้นตอนการตรวจสอบว่าการดำเนินงานบรรลุตามเป้าหมายหรือไม่ โดยเปรียบเทียบผลลัพธ์จากการตอบแบบสอบถามก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ ถ้าไม่ได้บรรลุตามเป้าหมาย ให้ค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา ก่อนนำเข้าสู่วงจร PDCA ใหม่ ซึ่งจะช่วยให้การวางแผนดำเนินงานมีความสมบูรณ์และมีคุณภาพเพิ่มขึ้น ถ้าบรรลุตามเป้าหมาย กำหนดเป็นมาตรฐานต่อไป ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบกลุ่มเดียวโดยใช้การวัดผลแบบก่อน-หลังการทดลอง (One Group Pretest - Posttest Design) ซึ่งมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่พบความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ ที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรวดเร็ว 7 หน่วยงาน ได้แก่ กลุ่มงานห้องผ่าตัด กลุ่มงานวิสัญญี หอผู้ป่วยวิกฤต หัวใจและหลอดเลือด หอผู้ป่วยสุ่วทนา หอผู้ป่วยธนศร หอผู้ป่วยกุมารเวช และหน่วยไตเทียม ซึ่งประกอบด้วยประชากรทั้งหมด 103 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีวิเคราะห์อำนาจในการทดสอบ (Power analysis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*power (Wiratchai, 2012; Vorapongsathorn, 2018) วิเคราะห์ข้อมูลสถิติ t-test คำนวณค่าเฉลี่ยหนึ่งกลุ่ม ทดสอบสมมติฐานแบบทางเดียว (One-tailed test) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) เท่ากับ .05 กำหนดอำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .95 เนื่องจากไม่พบการศึกษาที่คล้ายคลึงกับการศึกษานี้มาก่อนผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ .50 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Vorapongsathorn, 2018) ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 45 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 54 คน และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจเข้าร่วมวิจัยได้ไม่ครบตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 28 คน ตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามหน่วยงาน ได้กลุ่มตัวอย่างร่วมงานวิจัยทั้งสิ้น 82 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลาก จากการทำรายชื่อประชากรทั้งหมด (Chancharoen, 2009) จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 82 คน โดยพิจารณาจากเกณฑ์ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการประเมิน (Assessment) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยสอบถามระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ และมีอาการปวดอยู่ระหว่างระดับ 1 ถึง 6 2) ไม่มีปัญหาและอุปสรรคในการร่วมกิจกรรมของงานวิจัย เช่น การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การทดสอบสมรรถภาพทางกาย 3) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร อย่างน้อย 6 เดือน 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีอาการปวดกล้ามเนื้อกำเริบระหว่างการทำวิจัยทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมของงานวิจัยต่อไปได้

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1.1 แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามระเบียบปฏิบัติเลขที่ WI-OCC-002 โดยมีกิจกรรม ดังนี้

1.1.1 ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัย แจ้งสรุปผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพในโรงพยาบาลประจำปี ซึ่งทำการประเมินโดยกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม ตามแบบประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล (แบบ RAH.01) และพบความเสี่ยงทางสุขภาพจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงานที่ต้องได้รับการแก้ไขปัญหาลักษณะที่มาจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์อย่างรวดเร็วจากการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ในสัปดาห์ที่ 1

1.1.2 ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัยวางแผนการดูแลพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ดังนี้

1.1.2.1 ประเมินความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน อาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน และทดสอบสมรรถภาพทางกาย ก่อนให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Pre-test) ในสัปดาห์ที่ 1

1.1.2.2 มอบคู่มือการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ พร้อมให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ และสอนท่าทางการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เพื่อนำไปปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที โดยมีการนิเทศทางการพยาบาลทุกสัปดาห์ ในสัปดาห์ที่ 2 ถึงสัปดาห์ที่ 5

1.1.2.3 ประเมินความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน อาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน และทดสอบสมรรถภาพทางกาย หลังให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 6

1.2 นวัตกรรมทางการพยาบาล ได้แก่ คู่มือการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวทาง ชุดการเรียนรู้ความปลอดภัยและอาชีวอนามัยด้านการยศาสตร์และคู่มือการประเมินความเสี่ยงจากการปฏิบัติงานของบุคลากรในโรงพยาบาล (Department of Labor Protection and Welfare, n.d.; Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2011) ประกอบด้วย 7 บท ดังนี้ บทที่ 1 การยศาสตร์คืออะไร บทที่ 2 การยศาสตร์ในโรงพยาบาล บทที่ 3 เทคนิคการยกของอย่างปลอดภัย บทที่ 4 ท่าทางการปฏิบัติงานที่ถูกหลักการยศาสตร์ บทที่ 5 การปฏิบัติงานหรือลักษณะงานที่ซ้ำซาก บทที่ 6 ผลกระทบต่อสุขภาพจากการปฏิบัติงานผิดหลักการยศาสตร์ บทที่ 7 การดูแลและป้องกันปัญหาการยศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยมีทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อจำนวน 15 ท่า ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามท่าบริหารร่างกายสำหรับผู้ปฏิบัติงานยกและเคลื่อนย้ายวัสดุด้วยแรงกาย และท่าบริหารร่างกายสำหรับผู้ปฏิบัติงานคอมพิวเตอร์ (Thailand Institute of Occupational Safety and Health (Public Organization), 2019) ประกอบด้วย 1) ทำยืดกล้ามเนื้อคอ กลุ่มก้มและเงยคอ 2) ทำยืดกล้ามเนื้อคอและบ่า กลุ่มเอียงศีรษะ 3) ทำยืดกล้ามเนื้อคอ กลุ่มหันศีรษะ 4) ทำยืดกล้ามเนื้อสะบัก 5) ทำยืดกล้ามเนื้อท้องแขน 6) ทำยืดกล้ามเนื้อมือ 7) ทำยืดกล้ามเนื้อหลัง 8) ทำยืดกล้ามเนื้อลำตัวด้านหน้า 9) ทำยืดกล้ามเนื้อด้านข้างลำตัว 10) ทำยืดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง 11) ทำยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหน้า 12) ทำยืดกล้ามเนื้อต้นขาด้านหลัง 13) ทำยืดกล้ามเนื้อน่อง 14) ท่าบริหารเพิ่มความแข็งแรงกล้ามเนื้อน่อง 15) ท่าบริหารขา หัวเข่า และข้อเท้า โดยแต่ละท่าให้เคลื่อนไหวร่างกายส่วนที่ต้องการยืดซ้ำ ๆ เคลื่อนไหวไปจนรู้สึก “เริ่มตึง” ในกล้ามเนื้อที่ต้องการยืด ยืดค้างไว้ในตำแหน่งที่รู้สึก “เริ่มตึง” เป็นเวลา 10 - 15 วินาที ทำซ้ำแต่ละท่า 10 - 15 ครั้ง ทำจนครบ 15 ท่า นับเป็น 1 เซต โดยพักระหว่างเริ่มท่าใหม่ 10 - 15 วินาที สามารถบริหารร่างกายสะสมในช่วงสั้น ๆ อย่างน้อยประมาณ 10 นาทีในแต่ละครั้ง รวมระยะเวลาของการบริหารร่างกายทั้งวัน ไม่น้อยกว่า 30 นาที โดยกำหนดให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์

1.3 การนิเทศทางการพยาบาล ตามแผนการนิเทศทางการพยาบาล เรื่อง แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

2.1 ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อายุ ปฏิบัติงาน ชั่วโมงปฏิบัติงานต่อวัน จำนวนวันปฏิบัติงานต่อสัปดาห์ การปฏิบัติงานล่วงเวลา

2.2 ส่วนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพที่มีความเสี่ยงต่ออาการปวดกล้ามเนื้อ ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 6 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับ โรคประจำตัว การประสบอุบัติเหตุ ยาที่กินเป็นประจำ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

2.3 ส่วนที่ 3 ข้อมูลความรู้ด้านการยศาสตร์ ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 22 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวก และคำถามเชิงลบ โดยสอบถามเกี่ยวกับ ความหมายของการยศาสตร์ การยกของอย่างปลอดภัย ท่าทางการปฏิบัติงานที่ถูกหลักการยศาสตร์ การปฏิบัติงานหรือลักษณะงานที่ซ้ำซาก ผลกระทบต่อสุขภาพจากการปฏิบัติงานผิดหลักการยศาสตร์ การดูแลและป้องกันปัญหาการยศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อระบบกล้ามเนื้อและกระดูกด้วยการยืดเหยียด

กล้ามเนื้อ โดยมีคะแนนเต็ม 22 คะแนน ให้เลือก 3 คำตอบ คือ ใช่, ไม่ใช่, ไม่แน่ใจ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน ดังนี้ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน คะแนนความเป็นไปได้ของความรู้ด้านการยศาสตร์อยู่ระหว่าง 0-22 คะแนน การแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971 as cited in Intajak, 2021) ดังนี้ ระหว่าง 18-22 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับมาก, ระหว่าง 17-13 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง, น้อยกว่า 13 คะแนน หมายถึง มีความรู้ในระดับน้อย

2.4 ส่วนที่ 4 ข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน ประกอบด้วยข้อคำถาม ปลายปิด 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามแบบของลิเคิร์ต (Likert, 1993) โดยสอบถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมกายของอย่างปลอดภัย พฤติกรรมการทำงานที่ถูกหลักการยศาสตร์ พฤติกรรม การปฏิบัติงานหรือลักษณะงานที่ซ้ำซาก พฤติกรรมดูแลและป้องกันปัญหาการยศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อระบบ กล้ามเนื้อและกระดูกด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977 as cited in Intajak, 2021) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อในระดับน้อย, คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 - 3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง, ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อในระดับมาก

2.5 ส่วนที่ 5 ข้อมูลอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ประกอบด้วยคำถามปลายปิด 5 ข้อ โดยสอบถามเกี่ยวกับ ระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่เกิดขึ้น ในอวัยวะแต่ละส่วนของร่างกายในช่วง 6 เดือน และ 7 วันที่ผ่านมา และระดับความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในภาพรวมครั้งล่าสุด และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามประมาณค่าความรู้สึกของ อาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของตนเองออกมาเป็นตัวเลขคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนน โดย แบ่งระดับอาการปวดกล้ามเนื้อ ดังนี้ 0 หมายถึง ไม่มีอาการปวด, 1 - 3 หมายถึง ปวดน้อย, 4 - 6 หมายถึง ปวดปานกลาง, 7 - 9 หมายถึง ปวดมาก และ 10 หมายถึง ปวดรุนแรงจนทนไม่ไหว (Meepredit, 2016)

2.6 ส่วนที่ 6 แบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบทดสอบ สมรรถภาพทางกายสำหรับประชาชนทั่วไป อายุ 19 - 59 ปี ของสำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา (Sports Science Institute, Department of Physical Education, Ministry of Tourism and Sports, 2019) โดยการประเมินสมรรถภาพ ทางกายด้านความอ่อนตัว (Flexibility) ด้วยการทดสอบการนั่งงอตัวไปข้างหน้า (Sit and Reach) และการประเมิน สมรรถภาพทางกายด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscle strength) ด้วยการทดสอบแรงบีบมือ (Grip Strength) โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

2.6.1 เกณฑ์มาตรฐานการนั่งงอตัวไปข้างหน้า อ้างอิงจากสำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง ดี และดีมาก ค่าของระยะการนั่งงอตัวไปข้างหน้ายังมีค่าต่ำ ความอ่อนตัว ยังอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี ถ้าค่าของระยะการนั่งงอตัวไปข้างหน้ายังมีค่าสูง หมายถึง ความอ่อนตัวยังอยู่ในระดับสูง หรือดี

2.6.2 เกณฑ์มาตรฐานแรงบีบมือ อ้างอิงจากสำนักวิทยาศาสตร์การกีฬา โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง ดี และดีมาก ค่าของแรงบีบมือยังมีค่าต่ำ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อยังอยู่ในระดับต่ำหรือไม่ดี ถ้าค่าของแรงบีบมือยังมีค่าสูง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อยังอยู่ในระดับสูงหรือดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้ทรงคุณวุฒิที่มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอกและเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัย 2 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านอาชีวเวชศาสตร์และเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม 3 คน นำไปหาค่าดัชนีความตรง เชิงเนื้อหา (IOC) ดังนี้ โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.96,

แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพตามระเบียบปฏิบัติเลขที่ WI-OCC-002 ได้ค่า IOC เท่ากับ 1, คู่มือการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1, แผนการนิเทศทางการพยาบาล เรื่อง แนวทางการแก้ไขอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1, แบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ จากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.99

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และแบบบันทึกผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่ปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน จากนั้นจึงนำมาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

2.1 แบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder richardson [KR-20]) โดยค่าความเชื่อมั่นของข้อมูลความรู้ด้านการยศาสตร์ เท่ากับ 0.79

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยค่าความเชื่อมั่นของข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง ตามโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยใช้เวลาในการดำเนินการ 6 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 - 30 มิถุนายน พ.ศ. 2567 โดยมีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง/ครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัย วางแผนการดูแลพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยสรุปและรายงานผลการประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ให้กับหัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้าหน่วยงาน และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Pre-test) ด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และวัดผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 2 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง/ครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย การนิเทศทางการพยาบาลโดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัย พร้อมมอบคู่มือการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และให้ความรู้กับกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับแนวคิด หลักการยศาสตร์ และสภาพปัญหาด้านการยศาสตร์ในปัจจุบัน อันตรายจากปัญหาการยศาสตร์ ข้อดีของการปฏิบัติงานตามหลักการยศาสตร์ และหลักการบริหารร่างกายเพื่อการดูแลและป้องกันปัญหาการยศาสตร์ด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อพร้อมทั้งสอนท่าทางการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจำนวน 15 ท่า เพื่อนำไปปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละไม่น้อยกว่า 30 นาที จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 3 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง/ครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย การนิเทศทางการพยาบาล โดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัย พร้อมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยการยกตัวอย่างกรณีการได้รับบาดเจ็บจากการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องด้านการยศาสตร์ ตัวอย่างกรณีที่เกิดขึ้นถูกต้องตามหลักการยศาสตร์แล้วสามารถลดปัญหาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานได้ และทบทวนกิจกรรมบริหารร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจำนวน 15 ท่า จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 4 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง/ครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย การนิเทศทางการพยาบาลโดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัย พร้อมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง เรื่อง เทคนิคการยกของอย่างปลอดภัย และทบทวนกิจกรรมบริหารร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจำนวน 15 ท่า จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 5 ใช้ระยะเวลา 3 ชั่วโมง/ครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม การเข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วย การนิเทศทางการพยาบาลโดยผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัย พร้อมให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง เรื่อง ท่าทางการปฏิบัติงานที่ถูกหลักการยศาสตร์ และหลักการปฏิบัติงานที่มีลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติซ้ำซากเป็นประจำ และทบทวนกิจกรรมบริหารร่างกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อจำนวน 15 ท่า จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

สัปดาห์ที่ 6 ระยะเวลา 3 ชั่วโมง/ครั้งของการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยร่วมกับพยาบาลอาชีวอนามัย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (Post-test) โดยใช้แบบสอบถามความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และวัดผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายของกลุ่มตัวอย่าง จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ ความอ่อนตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร (หนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ IRB - BHUBEJHR - 316 วันที่รับรอง 15 พฤษภาคม 2567) การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มทดลองเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า การบันทึกข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม และจะทำลายเอกสารทั้งหมดหลังจากสิ้นสุดการวิจัยภายใน 1 ปี

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 95.10) มีอายุระหว่าง 30 - 39 ปี (ร้อยละ 30.49, $\bar{X} = 37.67$, $SD = 9.75$) ส่วนใหญ่มีสถานะภาพสมรสโสด (ร้อยละ 52.40) ระยะเวลาปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศรในระหว่าง 1 - 10 ปี พบมากที่สุด (ร้อยละ 47.56, $\bar{X} = 13.90$, $SD = 9.85$) ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 95.12, $\bar{X} = 8.28$, $SD = 1.43$) และปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 วันต่อสัปดาห์ (ร้อยละ 78.00, $\bar{X} = 5.26$, $SD = 0.65$) โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานเป็นรอบเวลา (ร้อยละ 90.24)

ส่วนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดกล้ามเนื้อ ค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวด้วยการนั่งงอตัวไปข้างหน้า และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยการทดสอบแรงบีบมือ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

ผลการเปรียบเทียบพบว่า ก่อนใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 10.78$, $SD = 3.67$) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.22$,

SD = 0.70) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปวดปานกลาง ($\bar{x}$ = 5.44, SD = 1.68) ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัว ได้ค่าเฉลี่ยของระยะการนั่งงอตัวไปข้างหน้า -1.41 เซนติเมตร ($\bar{x}$ = -1.41, SD = 8.85) และด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ได้ค่าเฉลี่ยของแรงบีบมือ 0.42 กิโลกรัม/น้ำหนักตัว ($\bar{x}$ = 0.42, SD = 0.09) หลังใช้โปรแกรมฯ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์อยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 18.98, SD = 1.65) ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.11, SD = 0.45) ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปวดน้อย ($\bar{x}$ = 3.00, SD = 1.26) ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัว ได้ค่าเฉลี่ยของระยะการนั่งงอตัวไปข้างหน้า 0.79 เซนติเมตร ($\bar{x}$ = 0.79, SD = 8.37) และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ได้ค่าเฉลี่ยของแรงบีบมือ 0.45 กิโลกรัม/น้ำหนักตัว ($\bar{x}$ = 0.45, SD = 0.10) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ และค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน หลังการใช้โปรแกรมฯ ลดลงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ ค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดกล้ามเนื้อ ค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวด้วยการนั่งงอตัวไปข้างหน้า และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยการทดสอบแรงบีบมือ ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ (n = 82)

รายการทดสอบ	ก่อนการใช้โปรแกรมฯ		หลังการใช้โปรแกรมฯ		t	p-value
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์	10.78	3.67	18.98	1.65	22.30	<0.001
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ	3.22	0.70	4.11	0.45	17.89	<0.001
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ	5.44	1.68	3.00	1.26	-17.21	<0.001
ค่าเฉลี่ยผลการทดสอบสมรรถภาพทางกาย						
- ความอ่อนตัว (การนั่งงอตัวไปข้างหน้า (เซนติเมตร))	-1.41	8.85	0.79	8.37	10.01	<0.001
- ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (แรงบีบมือ (กิโลกรัม/น้ำหนักตัว))	0.42	0.09	0.45	0.10	10.40	<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี ผู้วิจัยอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์ ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ และผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายมีค่าเฉลี่ยด้านความอ่อนตัว และค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สูงกว่า ก่อนการใช้โปรแกรมฯ และค่าเฉลี่ยคะแนนอาการปวดกล้ามเนื้อ หลังการใช้โปรแกรมฯ ลดลงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.30$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 17.89$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 10.01$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 10.40$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = -17.21$, $p\text{-value} < 0.001$) ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายผลการวิจัย โดยมีข้อมูลสนับสนุนจากการวิจัยครั้งนี้ ดังนี้

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการยศาสตร์และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ หลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 22.30$, $p\text{-value} < 0.001$; $t = 17.89$, $p\text{-value} < 0.001$) สามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้รับการสนับสนุนการให้ความรู้ในส่วนที่ยังพร่องในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีความพร้อมในการดูแลตนเองของโอเร็ม เมื่อบุคคลมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ทฤษฎีระบบการพยาบาลจะเข้ามามีบทบาทเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนอง (Orem, 2001 as cited in Wongsri, & Chintapanyakun, 2018) ในบริบทนี้ผู้วิจัยใช้ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่เน้นให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติกรดูแลตนเอง โดยวิธีการให้การชี้แนะ การสนับสนุน การสอน และการสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการดูแลตนเอง (Wongsri & Chintapanyakun, 2018) โดยการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้ข้อมูลที่มีความครบถ้วน เป็นขั้นตอน เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการช่วยเหลือโดยใช้ระบบการพยาบาล สนับสนุน และให้ความรู้ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เมื่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลของตนเองดีขึ้นย่อมมีผลต่อการกระทำการแสดงพฤติกรรมของบุคคลไปในทางที่ดีขึ้นด้วย ดังนั้นเมื่อพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ได้รับการชี้แนะ การสอน ทำให้เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถปฏิบัติตามแนวทางการแก้ไขปัญหาลักษณะที่เกิดจากสิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ได้ ก็จะมีแรงจูงใจและแสดงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองไปในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวัฒน์ ชำนาญ ญัฐาพร พิชัยณรงค์ และธนุรท์ บุตรแสนคม (Chamnan, Pichainarong, & Butsaenkom, 2016) ที่พบว่า ภายหลังจากดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค การป้องกันโรคกล้ามเนื้อและกระดูก และพฤติกรรมการป้องกันโรคมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรุนแรงของอาการปวดกล้ามเนื้อ หลังการใช้โปรแกรมฯ ลดลงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -17.21$, $p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่า อาการปวดกล้ามเนื้อของกลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มลดลง แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ สามารถลดอาการปวดกล้ามเนื้อได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งในโปรแกรมฯ ได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จะเน้นการสร้างความรู้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากการปฏิบัติงานที่ไม่ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ การปฏิบัติงานซ้ำซาก และการฝึกท่าทางในการปฏิบัติงานที่ถูกหลักการยศาสตร์ รวมไปถึงท่าทางการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมการปฏิบัติงาน และท่าทางการปฏิบัติงานที่ถูกต้องมากขึ้น จึงมีผลทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานลดลง ซึ่งการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติในเรื่องท่าทางการปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยสร้างความมั่นใจในการเคลื่อนไหวร่างกาย และช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองในการปฏิบัติงาน โดยท่าทางที่ถูกต้องจะช่วยให้การเรียงตัวของแนวกระดูกสันหลังส่วนต่าง ๆ ของร่างกายปฏิบัติงานอย่างสมดุล ลดแรงกดที่กระทำต่อโครงสร้างกล้ามเนื้อและกระดูกจึงมีผลต่อการช่วยลดอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อได้ (Dupeyron et al., 2011 as cited in Sripanya & Sittibannakul, 2020) สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของอัลเบิร์ต แบนดูรา (Bandura A., 1986 as cited in Jaijum & Tantipanyaporn, 2018) กล่าวว่า “บุคคลถ้ามีการรับรู้ความสามารถตนเอง โดยทราบว่าจะทำอะไรบ้าง ทำอย่างไร และเมื่อทำเสร็จแล้วได้ผลเกิดขึ้นตามที่คาดหวังไว้ บุคคลก็จะทำสิ่งนั้น” และสอดคล้องกับหลักการของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ที่อธิบายว่า การยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะช่วยเอ็นข้อต่อและเส้นใยกล้ามเนื้อที่ได้รับการยืดเหยียดมีความยาวและนุ่มกว้างกว่าปกติ ทำให้สามารถ

ช่วยป้องกันการฉีกขาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ เพิ่มการไหลเวียนของเลือดซึ่งเกิดจากการคั่งของกรดแลคติก (Lactic acid) ที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้กล้ามเนื้อเกิดการปวดเมื่อยล้าได้ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดการติ่งตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยลดอาการบาดเจ็บและลดการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน (Khunhankaew, 2015; Pattamaranggoul & Singlumpong, (2018); Health Promotion Foundation (ThaiHealth), 2018) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พัชรินทร์ ใจจุ่ม และทัศนพงษ์ ตันติปัญญพร (Jaijum & Tantipanyaporn, 2018) ที่พบว่า อาการปวดเมื่อยหลังของกลุ่มคนงานทอผ้าด้วยมือลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.002$) ภายหลังจากให้โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ กุสุมา พจนา (Potchana, 2022) ที่พบว่า พยาบาลที่เป็นกลุ่มอาการปวดกล้ามเนื้อมัยโอฟาเซียล (Myofascial Pain Syndrome (MPS)) หลังจากเข้าโปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและปรับพฤติกรรมตามหลักการยศาสตร์เป็นเวลา 2 สัปดาห์ มาตรการความปวดด้วยสายตาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

ผลการทดสอบสมรรถภาพทางกายมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความอ่อนตัวและค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ หลังการใช้โปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 10.01, p\text{-value} < 0.001$; $t = 10.40, p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถอภิปรายได้ว่า ในโปรแกรมฯ ได้จัดกิจกรรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และสอนท่าทางการยืดเหยียดกล้ามเนื้อกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นให้กลุ่มทดลองนำไปปฏิบัติอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลา 4 สัปดาห์ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เพิ่มสมรรถภาพทางกายด้านความอ่อนตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้ สอดคล้องกับหลักการของการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ที่อธิบายว่า การยืดเหยียดกล้ามเนื้อจะช่วยเอ็นข้อต่อและเส้นใยกล้ามเนื้อที่ได้รับการยืดเหยียดมีความยาวและนุ่มกว่าปกติ ทำให้สามารถช่วยป้องกันการฉีกขาดของเส้นใยกล้ามเนื้อ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ลดการติ่งตัวของกล้ามเนื้อ และช่วยลดอาการบาดเจ็บและลดการเจ็บปวดของกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงาน (Khunhankaew, 2015; Health Promotion Foundation (ThaiHealth), 2018) และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ พัชรินทร์ ใจจุ่ม และทัศนพงษ์ ตันติปัญญพร (Jaijum & Tantipanyaporn, 2018) ที่พบว่า สมรรถภาพความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหลังของกลุ่มคนงานทอผ้าด้วยมือเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.004$) ภายหลังจากให้โปรแกรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมกับการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์เป็นเวลา 4 สัปดาห์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชิดชนก ศรีราช และชาญลักษณ์ เยี่ยมมิตร (Srirach & Yiammit, 2019) ที่พบว่า หลังการใช้โปรแกรมการฝึกยืดเหยียดกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยความอ่อนตัวมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การวิจัยครั้งนี้ พบว่า หลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ พยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร มีความรู้ด้านการยศาสตร์ พฤติกรรมการป้องกันอาการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ ความอ่อนตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนใช้โปรแกรมฯ สามารถอภิปรายได้ว่าผู้วิจัยได้ใช้เทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle) หรือ วงจรคุณภาพ (Ontam, 2019) มาใช้ในกระบวนการบริหารการให้บริการพยาบาลเพื่อการแก้ไขปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อของพยาบาลวิชาชีพจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล โดยมี 4 ขั้นตอน ซึ่งประกอบไปด้วยการวางแผน (Plan) การนำไปสู่การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบผลการปฏิบัติงาน (Check) และการแก้ไขปัญหาก็ทำให้งานไม่บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Act) ซึ่งเป็นวงจรคุณภาพในการปฏิบัติงานให้งานเสร็จสมบูรณ์อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อถือได้และเป็นที่ยอมรับ ดังนั้นการนำเทคนิคการบริหารงานแบบ PDCA (Deming Cycle) หรือ วงจรคุณภาพ มาใช้ในกระบวนการบริหารการให้บริการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจึงถือเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

การศึกษาในครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเป็นอีกหนึ่งโปรแกรมที่สามารถช่วยให้พยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล มีความรู้ด้านการยศาสตร์และพฤติกรรมป้องกันการปวดกล้ามเนื้อเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อดีขึ้น และสมรรถภาพทางกายดีขึ้น สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรด้านสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้ที่ปฏิบัติงานที่มีลักษณะงานใกล้เคียงกัน เพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคจากการปฏิบัติงาน โรคที่เกี่ยวข้องจากการปฏิบัติงาน และส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยปฏิบัติงานให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 ด้านการบริหารการพยาบาล ควรมีนโยบายและสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อไปใช้ในหอผู้ป่วยและหน่วยงานที่มีอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจากการปฏิบัติงานที่เกิดจากปัจจัยเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพ ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระหว่างระดับ 1 ถึง 6 ที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อได้ และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต้องอย่างน้อย 4 สัปดาห์ จึงจะทำให้อาการปวดลดลง เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน มีภาวะสุขภาพที่ดี และสามารถปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุณภาพ

1.2 สถานพยาบาลหรือหน่วยงานอื่น ๆ สามารถนำโปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ไปปรับใช้หรือพัฒนาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ตนเอง ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และแก้ไขปัญหาอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้า เพื่อประเมินความยั่งยืนหรือผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการยศาสตร์ร่วมกับการยืดเหยียดกล้ามเนื้อต่อพฤติกรรมป้องกันการปวดกล้ามเนื้อ อาการปวดกล้ามเนื้อ และสมรรถภาพทางกายของพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร

2.2 ควรมีการศึกษาในรูปแบบเดียวกันนี้ในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลในระดับต่าง ๆ และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่มีอาการปวดจากการปฏิบัติงานในโรงพยาบาล และเปรียบเทียบผลของโปรแกรมฯ เพื่อนำไปสู่แนวทางการป้องกันการปวดกล้ามเนื้อจากการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพต่อไป

2.3 ควรมีการศึกษาในรูปแบบเดียวกันนี้ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน หัวหน้ากลุ่มงาน และผู้บังคับบัญชาสูงสุดในหน่วยงาน เพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลกลุ่มเสี่ยงทางด้านการยศาสตร์

References

Amornrattanapajit, R., & Krungkrai Wong, S. (2001). *Ergonomic in workplace*. Bangkok: Riengsam graphic design. [In Thai]

- Buatum, P., Nawamawat, J., & Prompradit, T. (2022). Factors associated with work-related musculoskeletal disorders among registered nurses and nurse's aides at Uthaithani hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 40(4), 1/11-12/11. [In Thai]
- Bureau of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2011). *Manual for Risk Assessment of Work Performance of Personnel in Hospitals (Revised Edition 2011)*. (3rd ed.). Nonthaburi: Printing House of Agricultural Cooperatives of Thailand Co., Ltd. [In Thai]
- Butmee, T. (2015). Ergonomics risk factors affecting to work-related musculoskeletal disorders in nurses and prevention. *KKU Journal for Public Health Research*, 8(4), 1-5. [In Thai]
- Chamnan, S., Pichainarong, N., & Butsaenkom, R. (2016). The results of ergonomics health promotion program for behavioral modification of work-related musculoskeletal disorders risk reduction among Srisomdet hospital personnel, Srisomdet district, Roi Et province. *Journal The Office of DPC 7 Khon Kaen*, 23(3), 56-66. [In Thai]
- Chancharoen, K. (2009). Identifying population and sample. In Jirojanakul, P. (Ed.), *Nursing research: concept, principle and practice* (pp. 85-114). Nonthaburi: Prabommarajchanok Institute for Health Workforce Development, Ministry of Public Health. [In Thai]
- Department of Labor Protection and Welfare. (n.d.). *Learning package on safety and occupational health in ergonomics*. Retrieved from https://osh.labour.go.th/index.php?option=com_k2&view=item&id=201
- Health Promotion Foundation (ThaiHealth). (2018). *Prevent muscle pain*. Retrieved from <https://www.thaihealth.or.th/?p=229029>
- Intajak, T. (2021). *Herbal used behavior of people in Mueang district, Mae Hong Son province*. (Research Report). Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University. [In Thai]
- Jaijum, P., & Tantipanyaporn, T. (2018). Effectiveness of muscle stretching with ergonomics training program to relieve back pain and increase back muscle stretching in hand weaving workers, Mae Rang sub-district, Pa Sang district, Lamphun province. *Journal of Science and Technology Ubon Ratchathani University*, 20(3), 29-39. [In Thai]
- Khunhankaew, T. (2015). *Effects of flexibility training on agility in professional Thai boxers of Quest Thailand Camp*. Master's Thesis, Sports Science, Chiang Mai University. [In Thai]
- Likert, R.A. (1993). *A technique for the measurement of attitude*. Chicago: Rand McNally.
- Meepradit, P. (2016). *Ergonomics risk assessment*. Bangkok: O.S. Printing House. [In Thai]
- Occupational medicine department, Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital. (2023). *Summary of the results of the health risk assessment in Chao Phraya Abhaibhubejhr Hospital for the year 2023*. Prachinburi: Chaophya Abhaibhubejhr Hospital. [In Thai]
- Ontam, N. (2019). PDCA (Deming Cycle) Management techniques. *Journal of Association of Professional Development of Educational Administration of Thailand (JAPDEAT)*, 1(3), 39-46. [In Thai]

- Pattamaranggoul, W., & Singlumpomg, Y. (2018). A comparative study of different techniques in recovery peroid of physical fitness of athletics. *Academic Journal Institute of Physical Education, 10*(1), 89-102. [In Thai]
- Pimarn, R., & Wongmatikul, V. (2017). Prevalence and risk factors of low back pain among nurses at King Chulalongkorn Memorial Hospital. *Chulalongkorn Medical Journal, 61*(1), 87-102. [In Thai]
- Potchana, K. (2022). The effect of stretching exercises and ergonomics on pain and quality of life in nurses with myofascial pain syndrome (MPS). *Udonthani Hospital Medical Journal, 30*(1), 45-57. [In Thai]
- Prasan, S. (2021). Prevalence and ergonomic factors associated with work-related musculoskeletal disorders among non-medical hospital personnel. *Thai Journal of Public Health, 51*(2), 149-158. [In Thai]
- Prayunvong, A., Wachiraphantham, W., Srisanit, R., Kanmali., Y. & Phonmana, P. (2023). Model development of nursing service to solve health problems caused by ergonomic health hazards in hospital personnel, Chaophya Abhaibhubejhr hospital, Prachinburi Province. *Journal of Public Health Nursing, 37*(3), 48-71. [In Thai]
- Sports Science Institute, Department of Physical Education, Ministry of Tourism and Sports. (2019). *Manual for testing and physical fitness standards of children, youth and Thai people*. Bangkok: World Expert. [In Thai]
- Sripanya, B., & Sittibannakul, B. (2020). Effects of educational ergonomics with rubber chain exercise program on low back pain, functional ability and back muscle strength among indigo-dyed weaving workers. *Journal of Liberal Arts and Management Science Kasetsart University, 37*(7), 27-40. [In Thai]
- Srirach, C., & Yiammit, C. (2019). Flexibility Development with a muscle stretching program for improving physical wuality of the life of elderly in Chanthaburi province. *NRRU Community Research Journal, 15*(3), 104-115. [In Thai]
- Thailand Institute of Occupational Safety and Health (Public Organization). (2019). *Ergonomics manual for lifting and handling operations improvement*. Bangkok: Chayakorn Printing. [In Thai]
- Vorapongsathorn, T., & Vorapongsathorn, S. (2018). Sample size calculation for research using G*Power program. *Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health, 41*(2), 11-21. [In Thai]
- Wiratchai, N. (2012). Sample sizing in research hypothesis testing. Retrieved from <http://llskill.com/web/files/GPower.pdf>
- Wongsri, P., & Chintapanyakun, T. (2018). Utilization of Orem's theory with caring and advice for patients with heart failure. *Journal of The Police Nurses, 10*(1), 209-219. [In Thai]

ประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว

เกียรติศักดิ์ ไกรนันทน์, พย.ม.¹ เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์, พย.ด.^{2*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความหมายและประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาจำนวน 15 คน ได้รับการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตและบันทึกภาคสนาม วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของโคไลซี

ผลการวิจัยพบว่าการให้ความหมายของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) เป็นห่วง เข้าใจ พยายามช่วยให้เลิกยา 2) เป็นที่พึ่งพา และดูแลด้วยหัวใจ และประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การดูแลทั่วไปในชีวิตประจำวัน 2) รับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป 3) การดูแลไม่ให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ 4) ผลของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา

ผลการศึกษานี้ช่วยให้เกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัวและเป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: ประสบการณ์การดูแล ผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา ผู้ดูแลในครอบครัว

¹ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

* ผู้เขียนหลัก e-mail: pennapa.D@chula.ac.th

Caring Experiences for Persons With Amphetamine Dependence Relapse of Family Caregivers

Kiattisak Raihinthaung, M.N.S.¹, Pennapa Dangdomyouth, Ph.D.^{2*}

Abstract

The purpose of this qualitative research was to explain caring experiences for persons with amphetamine dependence relapses of family caregivers. A qualitative research method of Husserl was applied. A purposive sample comprised 15 family caregivers recruited from the community in the Central Region of Thailand who were willing to participate in this study. An in-depth interview with tape-recorded observations and field notes was performed to collect data. Audio tapes of interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed using Colaizzi's method.

The research findings indicated that the meanings of caring experiences for a person with amphetamine dependence relapse of family caregivers followed 2 major themes: 1) Being concerned, understanding, and ensuring non-repetition of substance use. 2) Being dependable, take care with heart.

The research findings indicated that caring experiences for persons with amphetamine dependence relapses of family caregivers can be divided into 4 major themes: 1) General care for daily life. 2) Dealing with the changing behavior of persons with amphetamine dependence relapse. 3) Caring for preventing relapse to amphetamine use. 4) Outcomes of caring for persons with amphetamine dependence relapse.

The results of this study provide insight into the care provided by family caregivers to amphetamine addicts who relapse, serving as a guide for educating family caregivers on effective care for amphetamine addicts.

Key words: Caring Experience, Amphetamine Dependence Relapse, Family Caregivers

¹ Student of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

² Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

* Corresponding author e-mail: pennapa.D@chula.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แอมเฟตามีนหรือยาบ้า เป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทเมื่อเสพติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้เกิดอาการทางจิต คือ หวาดระแวง วิดกกังวล มีอาการประสาทหลอน บางรายเพื่อ คลุ้มคลั่ง อาจทำให้เกิดอาการทางจิต ทำร้ายตนเองและผู้อื่นได้ (Schep et al., 2010; McKetin et al., 2019) มีฤทธิ์เข้าไปบังคับระบบจิตประสาทของผู้เสพทำให้เกิดความอยากเสพสารอย่างมากไม่สามารถควบคุมการเลิกได้ (Piyavhatkul, 2020) โดยการจากรายงานสถานการณ์สารเสพติดโลก สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Office on Drugs and Crime: UNODC) พบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีประชากรกว่า 284 ล้านคนจากทั่วโลก มีการใช้สารเสพติดและมีจำนวนผู้เสพติดเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 26 เมื่อเทียบกับสถิติ 10 ปีย้อนหลัง (UNODC, 2022) ซึ่งมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 จะมีผู้เสพติดสารเสพติดจำนวน 299 ล้านคน UNODC, 2022) เช่นเดียวกับสถานการณ์ยาเสพติดของประเทศไทยในปี 2564 ที่มีปัญหาการแพร่ระบาดของแอมเฟตามีนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งสอดคล้องกับราคายาบ้าที่ถูกลงทำให้ผู้เสพแอมเฟตามีนเข้าถึงได้ง่ายมากขึ้น (Office of the Narcotics Control Board, 2022) แม้ปัจจุบันจะมีแนวทางการบำบัดผู้เสพติดแอมเฟตามีนอย่างเป็นรูปธรรม แต่ยังไม่พบการบำบัดรักษาอาการอยากเสพยาของผู้ป่วยให้หายขาดและต่อเนื่องได้ (Pono et al., 2018) ส่งผลให้ผู้เสพติดแอมเฟตามีนมีการกลับไปเสพซ้ำภายใน 1 ปี โดยพบอัตราการกลับไปเสพซ้ำอยู่ระหว่างร้อยละ 80 ถึง 95 (Rong et al., 2016) ในประเทศไทยพบว่าผู้เสพติดแอมเฟตามีนที่เคยเข้ากระบวนการบำบัดรักษาแล้วบางส่วนกลับไปเสพซ้ำ และกลับมาเข้ารับการรักษาอีกมีจำนวน 54 ต่อ 100 รายของผู้ที่กลับมาเสพซ้ำภายใน 3 เดือน (Narkdilok, 2020) ซึ่งพบว่ามีอัตราการเสพซ้ำสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี (Department of Mental Health, 2021)

ผู้เสพติดแอมเฟตามีนมีอัตราการกลับไปเสพซ้ำสูงในระหว่างการบำบัดแบบผู้ป่วยนอก เนื่องจากต้องเผชิญสิ่งกระตุ้นที่ส่งผลต่อการเสพซ้ำ ได้แก่ การถูกชักชวนให้กลับไปเสพ การดื่มสุราทดแทนจนขาดสติ ไม่มีรายได้หรือว่างงาน ใช้แอมเฟตามีนเพื่อเพิ่มความตื่นตัวระหว่างการทำงาน การเข้าถึงแอมเฟตามีนได้ง่าย ครอบครัวไม่เข้าใจและสังคมไม่ให้โอกาส (Ounjai et al., 2017) และผู้ติดแอมเฟตามีนมีการกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัวในระหว่างการบำบัดรักษา อีกทั้งเมื่อผู้ติดแอมเฟตามีนกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว การเรียนรู้และปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวต่อผู้ติดแอมเฟตามีนจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะเป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถรับรู้ได้ถึงความต้องการด้านจิตใจของผู้ติดแอมเฟตามีนส่งผลให้การดูแลสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ติดแอมเฟตามีนได้อย่างมีประสิทธิภาพทำให้สามารถลดการเสพซ้ำได้ (Musikachai, 2012) ครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการดูแลผู้เสพติดแอมเฟตามีน (Khamkaew, 2023)

ผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนมีความเครียดในการดูแล มีความอับอาย รู้สึกผิด ถูกชุมชนตีตรา มีอาการหวาดกลัวอยู่ตลอดเวลาเนื่องจากผู้ติดแอมเฟตามีนมีการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำทำให้อาการไม่คงที่ กำเริบบ่อยครั้งไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนต้องรับภาระในการดูแลตลอดเวลา ต้องรับมือกับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ติดแอมเฟตามีนในแต่ละระยะและยังเฝ้าระวังการกลับไปเสพซ้ำรวมไปถึงปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว (Riet al., 2017; Maltman et al., 2020) ผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนจึงมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต (Brecht, 2013) จากการศึกษาของ Kaur (2018) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยติดสารเสพติดมีปัญหาด้านสังคมและการเงินถึงร้อยละ 12.6 สูงเป็นอันดับ 1 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลทั้งหมดในการศึกษาไม่เคยได้รับการฝึกฝนการดูแลผู้ติดสารเสพติดมาก่อนทำให้เป็นปัญหาในการดูแลอย่างมาก หากผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนให้การดูแลและการตอบสนองต่อปัญหาที่เหมาะสมก็จะสามารถจัดการพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นเพื่อความปลอดภัยต่อผู้ติดแอมเฟตามีนและผู้อื่น (Srimongkhul & Wongpanarak, 2022)

การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนโดยบุคคลในครอบครัว ซึ่งทำหน้าที่ดูแลด้วยความรัก ความอบอุ่น ช่วยเหลือและปกป้องผู้ป่วยเป็นที่พึ่งพาให้กับผู้ป่วย (MacLean et al., 2017) ผู้ติดแอมเฟตามีนจะมีปัญหาจากอาการทางกาย ปัญหาจากอาการทางจิตและการถูกตีตราในสังคม (Richert, 2021) ปัญหาความผิดทางกฎหมายจากการใช้ยาเสพติด (Tindall,

2012) รวมไปถึงสนับสนุนการดูแลในทุกด้านเพื่อให้ผู้ติดแอมเฟตามีนมีอาการที่ดีขึ้น (Richert, 2021) บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลจึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่หนักโดยต้องดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนตลอดเวลา หากคนในครอบครัวยอมรับมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ช่วยเหลือเข้าใจและมีความเข้าใจก็จะส่งผลให้ผู้ติดแอมเฟตามีนสามารถเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้ (Piawpongpakawat, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษาศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาในครอบครัวมีจำนวนน้อยและไม่พบว่ามีการศึกษาใดที่สามารถอธิบายประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อในการดูแลของผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา ผู้วิจัยจึงสนใจในการศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งจะทำให้ได้มาซึ่งความหมายของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว การอธิบายถึงประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว ในบริบทของชุมชนในประเทศไทย ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพปรากฏการณ์เชิงพรรณนาของ Husserl (1969) ซึ่งจะได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เกิดความเข้าใจถึงความจริงที่ผู้ดูแลในครอบครัวประสบขณะให้การดูแลผู้เสพยาแอมเฟตามีนที่เสพยาผ่านการบอกเล่าเรื่องราวจากประสบการณ์ตรงของผู้ดูแล เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการการดูแลสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางด้านสุขภาพให้เกิดความรู้ความเข้าใจการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว และสามารถนำข้อมูลจากการศึกษาไปใช้ในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาและผู้ดูแลในครอบครัวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายความหมายและประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา

วิธีการดำเนินการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาทั้งเพศชายและเพศหญิงอายุ 20 ปีขึ้นไปที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเสพยาแอมเฟตามีนตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 มีประวัติการเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกและมีการเสพยาแอมเฟตามีนอย่างน้อย 2 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังจากการได้รับการบำบัดรักษา โดยอยู่ระหว่างการเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดหนึ่งเขตภาคกลาง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ ผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้สัมภาษณ์และเก็บข้อมูลด้วยตนเองมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ เนื้อหา และด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพมีประสบการณ์การทำวิจัยเชิงคุณภาพในชั้นเรียนโดยทำการศึกษาנָרָองกับ ผู้ให้ข้อมูลที่เป็นผู้ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนจำนวน 3 คน และมีประสบการณ์เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้ติดยาเสพติดในชุมชนมาก่อนเครื่องมือช่วยในการเก็บข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกภาคสนาม แนวคำถามสำหรับการใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงร่างวิจัยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี วันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 ให้สามารถเก็บข้อมูลการวิจัยได้ ผู้วิจัยมีการดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยลงพื้นที่ที่ศึกษาโดยประสานงานผ่านหัวหน้างานจิตเวชและยาเสพติดของโรงพยาบาลชุมชน 2) ศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อค้นหาผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด คือ เป็นสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน ได้แก่ ปู่ ย่า ตา ยาย บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง ลุง ป้า น้า อา หรือคู่สมรส อายุ 20 ปีขึ้นไป ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนเป็นระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป สื่อสารภาษาไทยได้ และสมัครใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล 3) เมื่อผู้วิจัยพบผู้ดูแลซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีคุณสมบัติตามที่ผู้วิจัยกำหนดผู้วิจัยจะแนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยอย่างละเอียดแก่ผู้ให้ข้อมูลและให้ consent ใบบันทึกยินยอมเข้าร่วมวิจัย 4) ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการสัมภาษณ์แบบ

เผชิญหน้าโดยสัมภาษณ์ที่ห้องตรวจรักษาผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และบ้านของผู้ให้ข้อมูลโดยใช้เวลา 45-60 นาที 5) ขออนุญาตบันทึกเทปรหว่างการสัมภาษณ์และทำการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก 6) เมื่อเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะกล่าวทบทวนข้อมูลหรือประเด็นสำคัญเพื่อตรวจสอบความเข้าใจตรงกันกับผู้ให้ข้อมูล จะขออนุญาตนัดหมายครั้งต่อไป หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม 7) ภายหลังเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนาม 8) ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยการถอดข้อความ จากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำออกเป็นบทสนทนาที่เป็นตัวอักษรด้วยตนเอง ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน โดยเปรียบเทียบการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำ สรุปประเด็น ประสพการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำของผู้ดูแลในครอบครัว และสิ้นสุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำและวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการของ โคลิซี (Colaizzi, 1978) 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) ทำการถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ อ่านบทสนทนาพร้อมกับการฟังเทปซ้ำ ๆ อ่านข้อมูลอย่างละเอียดซ้ำๆหลายรอบเพื่อทำความเข้าใจข้อมูล 2) ทำการแยกข้อความสำคัญที่บ่งบอกและชี้ให้เห็นถึงประสพการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำของผู้ดูแลในครอบครัวและข้อมูลที่มีการกล่าวซ้ำ ๆ กันออกมา 3) กำหนดความหมายของข้อความโดยต้องมีคำหรือข้อความในปรากฏการณ์การที่สนใจ 4) จัดกลุ่มความหมายแยกเป็นกลุ่มประเด็น 5) เขียนบรรยายให้เห็นถึงประสพการณ์การดูแลการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพซ้ำของผู้ดูแลในครอบครัว 6) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อค้นพบ 7) ทำการแก้ไขปรับเปลี่ยนข้อค้นพบหรือแก่นแท้ (Essences) ตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอกเล่าเสนอแนะเพิ่มเติม

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตามวิธีการของ Lincoln and Guba (1985) ประกอบด้วยการตรวจสอบดังนี้ 1. ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ใช้การตรวจสอบสามเส้าโดยนำบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ ข้อมูลที่เก็บรวบรวม การบันทึกภาคสนามและเอกสารที่เกี่ยวข้องเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลมีการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษามีการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยนำประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเนื้อหาเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้น 2. ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ผู้วิจัยมีการใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการบันทึกการสัมภาษณ์ และนำมาถอดเทป รวมถึงผู้วิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลการสัมภาษณ์การสังเกตและข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่าง ๆ เข้าด้วยกัน รวมถึงแบบบันทึกภาคสนามระหว่างการสัมภาษณ์หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ข้อมูล และตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ให้รหัสการสร้างประเด็นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา 3. ความสามารถในการยืนยัน (Confirmatory) ผู้วิจัยจะเก็บรวบรวมข้อมูลเก็บบันทึกไว้อย่างเป็นระบบตรวจสอบได้รวมถึงการบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ด้วยการบันทึกเสียงนำมาถอดเทปสัมภาษณ์แบบคำต่อคำรวมถึงการทำบันทึกภาคสนามการให้รหัสข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูล และการสรุปประเด็นร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา 4. ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ลุ่มลึก ละเอียด ครบถ้วนมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ.007/2567 ลงวันที่ 22 กุมภาพันธ์ 2567 โดยผู้วิจัยมีการชี้แจงให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการสัมภาษณ์อย่างละเอียด อธิบายให้ทราบว่าหากผู้ให้ข้อมูลยังไม่พร้อมที่จะให้ข้อมูล สามารถปฏิเสธหรือขอหยุดการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลาโดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบำบัดรักษาของผู้ติดสารเสพติดและข้อมูลในการสัมภาษณ์จะไม่มีการเปิดเผยชื่อ-สกุลของผู้ให้ข้อมูลซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกทำลายทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุดกระบวนการวิจัย เมื่ออธิบายให้เข้าใจแล้วให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลในครอบครัวรายมีอายุอยู่ระหว่าง 31-72 ปี เพศชาย 6 ราย เพศหญิง 9 ราย ความสัมพันธ์กับผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา ประกอบด้วย มารดา 4 ราย บิดา 1 ราย ภรรยา 3 ราย สามี 2 ราย ยาย 1 ราย น้า 1 ราย พี่ชาย 1 ราย บุตร 1 ราย ลูก 1 ราย รายได้เฉลี่ยต่อครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ระยะเวลากการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาต่ำสุด 1 ปี และมากที่สุด 8 ปี

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. เป็นห่วง เข้าใจ พยายามช่วยให้เลิกยา ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเป็นห่วงผู้ติดแอมเฟตามีนเนื่องจากการแสวงหาการเสพยาอยู่ตลอดเวลาซึ่งต้องใช้ความเข้าใจในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนอีกทั้งยังต้องพยายามช่วยหาวิธีต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ติดแอมเฟตามีนสามารถเลิกเสพยาแอมเฟตามีนได้อย่างถาวร

“...เป็นห่วงอยากให้เขาเลิกมันให้ได้พร้อมที่จะอยู่ข้างๆพาเขาให้เลิกได้สมอนั่นแหละ ถ้าเขาเลิกได้ก็เจดีใจมากก่นั่นแหละแต่ก็ทรมานเหมือนกันพยายามมาทุกทางแล้วที่นี้ก็นั่งอยู่กับตัวเขาด้วยว่าจะผ่านไปได้อย่างไร...” (ID7)

2. เป็นที่พึ่งพา และดูแลด้วยหัวใจ ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นที่พึ่งสำคัญของผู้ติดแอมเฟตามีนและให้การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนอย่างเต็มที่ พุ่มเททั้งร่างกายและแรงใจ เสียสละเวลาในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนตลอดเวลา ถึงแม้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความหวาดกลัวในยามที่ผู้ติดแอมเฟตามีนมีพฤติกรรมก้าวร้าวก็ยังคงให้การดูแลช่วยเหลือและดูแลด้วยหัวใจ

“...ต้องดูแลแบบใช้ใจสุด ๆ แหละสำหรับการดูแล ลุงคิดว่าก็ต้องดูแลมันไปอย่างเต็มที่ที่สุดแหละครับหมอ เพราะพ่อแม่มันก็ตายหมดแล้วเหลือลุงกับมัน ลุงก็สงสารหลานมันอยากให้มันเลิกยาได้ถ้าลุงตายมัน ขึ้นมันยังติดยาอยู่แบบนี้ลุงไม่อยากให้มันเป็นที่ยึดใจของคนอื่น...” (ID11)

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว

แบ่งออกเป็น 4 ประเด็นหลัก โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การดูแลทั่วไปในชีวิตประจำวัน แบ่งเป็น 4 ประเด็นย่อย ดังนี้

1.1 พาผู้ติดแอมเฟตามีนไปบำบัดหากไปเองไม่ถึงโรงพยาบาล จากประเด็นกฎหมาย ผู้เสพยาคือผู้ป่วยทำให้เมื่อผู้ติดแอมเฟตามีนถูกดำเนินการทางกฎหมายจะถูกส่งมาให้บำบัดต่อที่โรงพยาบาลใกล้บ้านแต่เมื่อให้ผู้ติดแอมเฟตามีนเดินทางมาบำบัดด้วยตนเองก็ไม่ถึงโรงพยาบาล หนีการบำบัดไปเสพยาแอมเฟตามีนเสพยา หรือเมื่อเสร็จจากการบำบัดที่โรงพยาบาลในระหว่างทางกลับบ้านมีการแวะหากลุ่มเพื่อนเพื่อหาแอมเฟตามีนเสพยา ซึ่งส่งผลให้การบำบัดรักษาไม่ได้ผล ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องพาไปบำบัดด้วยตนเอง

“...ก็มีพาไปหาหมอจิตเวชตามนัดไปเอายาแทนบ้างเพราะก็รู้ๆอยู่ขึ้นปล่อยให้ไปเองไปไม่ถึงโรงพยาบาลแน่ๆ เป็นแบบนี้หนีไปใช้ซ้ำแน่ๆ...” (ID 3)

1.2 ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เมื่อได้รับยามาจากโรงพยาบาลผู้ดูแลต่างมีวิธีการบริหารจัดการการรับประทานยาให้ครบ ตามเวลาที่ถูกต้องเหมาะสมหลากหลายวิธี เช่นการเขียนหมายเลขกำกับหน้าซองยา และช่วยเหลือในการจัดยาให้รับประทาน

“ส่วนใหญ่เขามียากิน พวกยาปรับอารมณ์อะแหละพวกนั้น เราก็มีงานของเราต้องทำอะไรก็กลัวลืม แรก ๆ ปล่อยให้จัดกินเอง เพราะหลัง ๆ ไปเจอยาเป็นถุง ๆ ไม่ได้กินเลยเราเลยต้องจัดการให้ ก็จัดให้ทุกมื้ออะ ใช้ตั้งนาฬิกาปลุกเตือนให้เอายาไปให้เขากินสิ” (ID 3)

1.3 หาทุกวิธีที่รักษาให้หาย แต่สุดท้ายพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ด้วยความหวังของผู้ดูแลในครอบครัวที่หวังอยากให้ผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาเลิกเสพยาได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีการแสวงหาแนวทางการรักษาในทุกรูปแบบที่สามารถ

ปีที่ 32 ฉบับที่ 4 (ต.ค. - ธ.ค.) 2567
Volume 32 No. 4 (Oct - Dec) 2024

“...ผมเลยขังมันไว้ในห้องสงสารก็สงสารแต่ผมอยากให้มันหายเลยต้องทำเดี๋ยวมันแอบไป หายมาเสพยาอีกผมกลัวจัดเลย ช่วงนั้น มันก็ไม่พอใจนั่นแหละ ก็ปล่อยให้มันค่า...” (ID11)

3.3 หางานทำให้ลืม จะได้ไม่คิดถึงยา ผู้ดูแลในครอบครัวจึงให้การดูแลโดยพยายามหางานหรือกิจกรรมให้ทำ บางรายให้ช่วยเหลือนานบ้าน บางรายลงทุนเปิดธุรกิจเพื่อให้ผู้ติดแอมเฟตามีนเพื่อให้ลืมคิดถึงเรื่องการเสพยาแอมเฟตามีนและไม่มีเวลาไปแสวงหาการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

“ผมก็ช่วยดูเป็นธุระเรื่องมารับบำบัดที่โรงพยาบาลนี่แหละหลัก ๆ เลย แล้วก็ให้ตั้งมันหางานให้ทำให้เป็นหน้าที่เลยได้ไม่ว่างไปขุนววยกับยา ก็คือ เลี้ยงวัว กับ ดูในไร่ หางานให้มันทำเลย เงินที่ได้ก็แบ่งมาเป็นค่าจ้าง จะกลับไปทำงานเหมือนเดิมไม่มีใครกลัวรับมันทำงานด้วยแล้วทำ ๆ หยุต ๆ ใครจะกล้า คนจ้างเขาก็กลัวก็อย่างว่าละคนติดมันใครเขาจะอยากได้ให้ไปทำงานด้วย เป็นผมผมก็ไม่เอา...” (ID8)

3.4 ให้กำลังใจในการหยุดใช้ยา การเลิกเสพยาแอมเฟตามีนเป็นสิ่งที่ทำได้ยากต้องอาศัยความตั้งใจ และความอดทนอย่างมาก ผู้ดูแลในครอบครัวจะให้กำลังใจอยู่ข้าง ๆ ช่วยผู้ติดแอมเฟตามีนสามารถผ่านพ้นอุปสรรคนี้ไปได้ “ให้กำลังใจตลอดแต่มันก็ต้องขึ้นกับทั้งสองฝ่ายทั้งตัวคนติดและเราเขาก็ต้องพยายามเลิกเราก็ช่วยเหลือดูแลอย่างแรกคือเขาต้องช่วยตัวเองหักห้ามใจให้ได้มากที่สุดก่อนแหละครับเขาตั้งใจเลิกจริง ๆ ทุกคนในครอบครัวพร้อมให้กำลังใจให้กลับตัวกลับใจเสมอแหละครับ” (ID9)

4. ผลของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ดังนี้

4.1 เป้าหมายต้องดูแลตลอดเวลา ตลอดระยะเวลาในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาผู้ดูแลในครอบครัวต้องทุ่มเททั้งแรงกายแรงใจในการดูแลต้องดูแลตลอดเวลาเมื่อเกิดปัญหาขึ้นผู้ติดแอมเฟตามีนไม่สามารถรับผิดชอบปัญหาที่ตนทำได้ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเป็นผู้แบกรับปัญหาและรับผิดชอบจากการกระทำของผู้ติดแอมเฟตามีนทั้งหมด

“บอกตรงว่าเป้าหมาย ๆ นะเขื่อนมาก ๆ เลยแหละควรจะได้พักผ่อนก็ไม่ได้พักผ่อน แก่ ๆ กันแล้วลูกก็โตแล้วแต่พอมาดิทยาแบบนี้ก็เหมือนเราเลี้ยงเด็กเล็กเปื้อนที่ต้องดูแลตลอดเวลาคือไปไหนมาไหนลำบากจะลุกก็ไม่กล้าทิ้งป้าให้อยู่กับมันสองคนเดาอารมณ์ยาก” (ID5)

4.2 รู้สึกเครียดหาทางออกไม่ได้ ความเครียดเป็นความรู้สึกที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้เมื่อผู้ดูแลในครอบครัวต้องใช้ชีวิตอยู่กับผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาอยู่บ่อยครั้ง หวาดระแวงกับพฤติกรรมก้าวร้าวตลอดเวลา นำไปสู่ความรู้สึกเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว

“...เครียดนะบางทีไม่ยอมมองหน้าเลยอะแต่ก็ต้องเจอกันทุกวัน วันไหนไม่เจอก็เครียดอีกไม่รู้จะออกไปไหน มีแต่เครียดกับเครียด” (ID4)

4.3 ผิดหวังเพราะให้อาสาหลายครั้ง ความหวังของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนคือการที่ผู้ติดแอมเฟตามีนไม่กลับไปเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ ผู้ดูแลในครอบครัวพร้อมให้อาสาและให้ความช่วยเหลือในการปรับปรุงแก้ไขตัวเองทุกครั้งที่ยุติแอมเฟตามีนผิดพลาดกลับไปเสพยา แต่ครั้งแล้วครั้งเล่าผู้ดูแลในครอบครัวก็ต้องพบความผิดหวังหลายครั้งเนื่องจากผู้ติดแอมเฟตามีนกลับไปเสพยาอยู่ตลอด

“ที่ก็มองว่าค่าไปว่าไม่ได้จะอะไรนะเมื่อมันพลาดไปแล้วก็ต้องพยายามช่วยกันทางออกดีกว่าไหม ค่าไปตีไปไม่ได้ไรขึ้นมานะแต่ก็หลายครั้งหลายหนที่เขาปล่อยอีกบางทีเหมือนดีขึ้นพออาการออกเราก็เหมือนผิดหวังนั่นแหละ” (ID7)

การอภิปรายผลการวิจัย

การให้ความหมายของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว

1. เป็นห่วง เข้าใจ พยายามช่วยให้เลิกยา

ผู้ดูแลในครอบครัวยังมีความเข้าใจถึงพฤติกรรมของผู้ติดแอมเฟตามีน เข้าใจถึงความยากลำบากของการ

เลิกเสพยาเสพติด รวมถึงการเข้าใจความรู้สึก สภาพจิตใจของผู้ติดยาเสพติดโดยสอดคล้องกับการศึกษาของ Piawpongpakawat (2020) ที่อธิบายว่าปัจจัยที่ผู้เข้ารับการบำบัดเสพยาเสพติดประเภทเมทาไมนจะสามารถเลิกเสพยาได้ ได้แก่การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว โดยแสดงความเห็นใจในการเข้ารับการบำบัดเสพยาเสพติดให้ความไว้วางใจเชื่อว่าจะสามารถเลิกเสพยาได้ ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต่างมีวิธีการช่วยเหลือที่หลากหลายตามประสบการณ์บริบทแวดล้อมของผู้ดูแลในครอบครัวนั้น ๆ

2. เป็นที่พึ่ง ต้องใช้ใจ หัวใจเล็กได้ใช้ชีวิตเป็นคนดี

มีผู้ดูแลในครอบครัวให้การช่วยเหลือและเป็นที่พึ่งพิงให้ผู้ติดยาเสพติดไม่ว่าจะเกิดเหตุการณ์ใดกับผู้ติดยาเสพติดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ MacLean et al. (2017) ที่ว่าผู้ดูแลจะทำหน้าที่ดูแลด้วยความรักความอบอุ่น ช่วยเหลือและปกป้องผู้ป่วยเป็นที่พึ่งพิงให้กับผู้ป่วย เมื่อเจอปัญหาทั้งปัญหาจากอาการทางกาย ปัญหาจากอาการทางจิตและการถูกตีตราในสังคม (Richert, 2021)

ประสบการณ์การดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาของผู้ดูแลในครอบครัว

1. การดูแลทั่วไปในชีวิตประจำวัน

1.1 พาผู้ติดยาเสพติดไปบำบัดหากไปเองไม่ถึงโรงพยาบาล ผู้ดูแลพบว่าผู้ติดยาเสพติดไม่ไปบำบัดตามนัดมีการเสพยาเสพติดซ้ำจึงต้องพาผู้ติดยาไปบำบัดด้วยตัวเองทุกครั้งซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Pittayaruengnon & Vivatthanaporn (2023) ที่ศึกษาปัญหาในการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดซึ่งพบว่าปัญหาการเสพยาซ้ำเกิดจากการบำบัดไม่ครบถ้วนตามขั้นตอนหรือกรณีครอบครัวไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลพาผู้ติดยาเสพติดเข้ารับการบำบัด

1.2 ดูแลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีการดูแลเรื่องรับประทานยาเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดได้ยาต่อเนื่องป้องกันอาการทางจิตอันจะนำไปสู่พฤติกรรมรุนแรงได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Chansuvarn, Champangern, kachat, Photong, and Sripho (2023) ที่ทำการศึกษาปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน พบว่า สาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชนส่วนหนึ่งเกิดจากการลืมรับประทานยา รับประทานยาไม่ตรงเวลา และไม่สุขสบายจากอาการข้างเคียงของยาจิตเวชผู้ป่วยจึงหยุดรับประทานยาจิตเวชเอง

1.3 หาทุกวิธีที่รักษาให้หาย แต่สุดท้ายพึ่งสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาหายจากการเป็นผู้ติดยาเสพติดจึงมีการแสวงหารักษาผ่านช่องทางต่างๆ และพาไปในทุกที่ที่สามารถทำให้เลิกเสพยาเสพติดได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Velleman et al. (2005) ที่ระบุว่าบุคคลในครอบครัวมีการแสวงหารูปแบบการรักษาเพื่อให้ผู้ที่เสพยาเสพติดในครอบครัวสามารถเลิกเสพยาเสพติดได้

1.4 ให้เงินใช้เป็นค่าใช้จ่ายส่วนตัว ผู้ดูแลในครัวมีการช่วยเหลือเรื่องการเงินโดยให้เงินในการใช้จ่ายส่วนตัวแก่ผู้ติดยาเสพติดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลผู้มีปัญหาการเสพยาเสพติดในเขตอย่างกึ่ง ประเทศเมียนมาร์: ภาระทางเศรษฐกิจและสังคม จิตวิทยา ของ Thein et al. (2021) โดยพบว่าผู้ดูแลต้องมีค่าใช้จ่ายในการให้เงินผู้ติดยาเสพติดซึ่งส่งผลต่อสถานะทางการเงินของผู้ดูแลและผู้เสพยาเสพติดด้วยเช่นกัน

2. รับมือกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป

2.1 ดูแลการนำ ไม่ให้ไปสู่วิถีกรรมอันตราย ผู้ดูแลในครอบครัวมีการสังเกตพฤติกรรมความผิดปกติของผู้ติดยาเสพติดเพื่อป้องกันอาการทางจิตที่ส่งผลให้เกิดอันตรายกับบุคคลในครอบครัวได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Klaraeng et al. (2022) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลมีการป้องกันร่วมกับการจัดการต่อ อาการทางจิตและพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยก่อนมีพฤติกรรมรุนแรงโดยสังเกตได้จากอาการของผู้ป่วย ทั้งในช่วงที่เริ่มมีอาการจนไปถึงช่วงที่มีอาการทางจิต

2.2 ออกจากบ้านไปพักที่อื่นจนกว่าอาการจะสงบ ผู้ติดยาเสพติดมักมีอาการไม่คงที่เนื่องจากฤทธิ์จากเมทาไมน ทำให้ไม่สามารถคาดเดาอาการได้และไม่สามารถรับมือกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้นได้จึงต้องหนีออกไป

ให้ไกล ๆ เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Hanzawa et al. (2013) พบว่า ผู้ดูแลนั้นไม่ต้องการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรง จึงเลี้ยงที่จะอยู่กับผู้ป่วยตามลำพังโดยไม่มีสมาชิกในครอบครัวอื่นอยู่ด้วย

2.3 รับมือไม่ไหว ต้องอาศัยผู้อื่นเข้าช่วยเหลือ ในบางครั้งผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยามีพฤติกรรมก้าวร้าวที่รุนแรงผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถรับมือด้วยตนเองได้จึงต้องอาศัยผู้อื่นช่วยเหลือซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Wachiradilok (2022) ที่ระบุว่าหากเกิดเหตุการณ์ที่ถูกฉีกครอบครัวรับมือไม่ไหวที่ต้องอาศัยญาติหรือคนใกล้ชิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน ทีมแกนนำชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และตำรวจ เข้ามาจับกุมในทางบ้าน และเข้าให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดเหตุการณ์ขึ้น

3. การดูแลไม่ให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำ

3.1 เผชิญเหตุพฤติกรรมที่นำไปสู่การเสพยา ผู้ดูแลในครอบครัวมีการเฝ้าระวังการเสพยาอยู่ตลอดเวลา บางรายมีการใช้เทคโนโลยีติดตามผู้ติดแอมเฟตามีนเข้ามาช่วยในการเฝ้าระวังการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barnes et al. (2006) ที่พบว่าการใช้เวลามากขึ้นกับครอบครัวเป็นปัจจัยป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาการเสพยาเสพติดเนื่องจากครอบครัวมีการเอาใจใส่ ฝ้าดูพฤติกรรมของผู้เสพยาได้

3.2 ไม่ให้ออกจากบ้าน กลัวออกมาจะไปเสพยา ด้วยความกังวลใจและกลัวผู้ติดแอมเฟตามีนต้องออกไปหาเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำจึงจำเป็นต้องขังไม่ให้ผู้ติดแอมเฟตามีนออกไปเจอสังคมเดิมที่ส่งผลให้เสพยาแอมเฟตามีนซ้ำได้ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thatsananchalee (2011) ที่ระบุว่าความช่วยเหลือขัดขวางการหวนกลับไปเสพยาซ้ำจากบุคคลใกล้ชิดในครอบครัวเป็นสิ่งที่ช่วยป้องกันการกลับเสพยาได้

3.3 หางานทำให้ลืม จะได้ไม่ไปคิดถึงยา ผู้ดูแลในครอบครัวพยายามหางานและกิจกรรมต่าง ๆ ให้ผู้ติดแอมเฟตามีนเพื่อให้จดจ่ออยู่กับงานไม่นึกถึงการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ vathisoonthorn & Chertchom (2009) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผลสำเร็จของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดระบบบังคับบำบัดและระบบสมัครใจพบว่าในช่วงที่ว่างงานผู้ใช้สารเสพติด มีความกังวล ไม่สบายใจ ไม่มีเงินใช้ มีเวลาว่างมากทำให้มีโอกาสกลับไปเสพยาซ้ำได้

3.4 ให้กำลังใจในการหยุดใช้ยา ผู้ดูแลมีการให้กำลังใจผู้ติดแอมเฟตามีนอยู่เสมอให้ผ่านอุปสรรคและสามารถหยุดเสพยาแอมเฟตามีนได้สำเร็จซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากระบวนการไม่เสพยาซ้ำในผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดในระบบบังคับบำบัด ของ Thatsananchalee (2011) ที่พบว่าหากครอบครัวและผู้ใกล้ชิดปฏิบัติและแสดงความรู้สึกในการสนับสนุนให้หยุดเสพยาจะสามารถทำให้ผู้รับการบำบัดคงสภาพเป็นผู้ไม่เสพยาซ้ำไว้ได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่อง

4. ผลของการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยา

4.1 เบื่อหน่ายต้องดูแลตลอดเวลา ผู้ดูแลในครอบครัวมีการดูแลตลอดเวลาจนถึงต้องรับผิดชอบปัญหาจากพฤติกรรมของผู้ติดแอมเฟตามีนที่เสพยาเข้าไปสู่การเกิดภาระของการดูแลซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Khamkaew (2023) ที่ศึกษาความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดพบว่าผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแล การถูกทำร้ายทั้งร่างกายและจิตใจ และไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลของผู้ป่วย

4.2 รู้สึกเครียดหาทางออกไม่ได้ ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดปัญหาในการดูแลผู้ติดแอมเฟตามีนอยู่บ่อยครั้งรวมถึงปัญหาการแสวงหาการเสพยาแอมเฟตามีนซ้ำของผู้ติดแอมเฟตามีนซึ่งนำไปสู่ความรู้สึกเครียดถึงปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างไม่รู้จบซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maina et al. (2021) เรื่อง “ฉันอยู่แบบนั้นไม่ได้” ประสบการณ์ของผู้ดูแลมีความเครียดในการดูแลญาติที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด การเสียใจกับการสูญเสียและมีชีวิตอยู่อย่างหวาดกลัวและสิ้นหวัง นำไปสู่ การมีชีวิตอยู่ในความเครียดอย่างไม่วันสิ้นสุด

4.3 ผิดหวังเพราะให้ออกสมหลายครั้ง ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้สึกผิดหวังเพราะมีการให้ออกสในการปรับปรุงแก้ไขในการเลิกเสพยาแอมเฟตามีนมาหลายครั้งแต่ผู้ติดแอมเฟตามีนยังคงมีการเสพยาแอมเฟตามีนอยู่ตลอดเวลา

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Thatsananchalee (2011) พบว่าผู้ติดยาเสพติดมีความต้องการที่จะได้รับการยอมรับจากครอบครัวและครอบครัวหากได้รับโอกาสและการให้อภัยจะทำให้ผู้ติดยาเสพติดมีพฤติกรรมที่ไม่เสพยาซ้ำได้อย่างมั่นคงและต่อเนื่องต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ในการบำบัดผู้ติดยาเสพติดควรมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องทำหน้าที่ในการดูแลผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาซ้ำโดยการฝึกอบรมการดูแลผู้ติดยาเสพติดและควรมีการติดตามประเมินการดูแลของผู้ดูแลเป็นระยะ
2. นำไปใช้ในการสร้างเครือข่ายสนับสนุนสำหรับผู้ดูแล เช่น การจัดตั้งกลุ่มผู้นำชุมชนหรือผู้แทนชุมชนช่วยเหลือรับมือพฤติกรรมรุนแรงของผู้ติดยาเสพติด
3. ควรมีการจัดตั้งกลุ่มในชุมชนในรูปแบบออนไลน์ รวมถึงการมีพื้นที่สำหรับผู้ดูแลในการพูดคุยและแบ่งปันปัญหาจะช่วยลดความเครียดลงได้ และพยาบาลวิชาชีพมีพื้นที่ในการให้คำปรึกษาผ่านช่องทางต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ติดยาเสพติดประเภทอื่น
2. ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้การดูแลของผู้ติดยาเสพติดที่เสพยาซ้ำของผู้ดูแลในครอบครัว

References

- Barnes, G. M., Hoffman, J. H., Welte, J. W., Farrell, M. P., & Dintcheff, B. A. (2006). Effects of parental monitoring and peer deviance on substance use and delinquency. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 1084-1104.
- Brecht, M. L., & Herbeck, D. M. (2013). Methamphetamine use and violent behavior: User perceptions and predictors. *Journal of Drug Issues*, 43(4), 468-482.
- Caughlin, J. (2010). Estimating the impact of caregiving and employment on well-being. *Outcomes & Insights in Health Management*, 2(1), 1-7.
- Chansuvarn, S., Champangern, V., Kachat, S., Photong, P., & Sripcho, S. (2023). Problems and causes of recurrence among psychiatric patients using substances in the community. *The Journal of Boromarjornani College of Nursing, Suphanburi*, 6(2), 67-77. [In Thai]
- Colaizzi, P. F. (1978). Psychological research as a phenomenologist views it. In R. S. Valle, & M. King (Eds.), *Existential-phenomenological alternatives for psychology* (pp. 48-71). Oxford: Oxford University Press.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2021). *Guidelines for the treatment and rehabilitation of alcohol/drug/substance addicts with mental symptoms and co-occurring psychiatric disorders*. Retrieved from <https://mhso.dmh.go.th/fileupload/20211006504370196.pdf>
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1989). *Fourth generation evaluation*. New York: Sage.
- Husserl, E. (1969). *Ideas: General introduction to pure phenomenology* (5th ed.). London: George Allen & Unwin.

- Kaur, A., Mahajan, S., Deepti, S. S., & Singh, T. (2018). Assessment of role of burden in caregivers of substance abusers: A study done at Swami Vivekananda Drug De-addiction Centre, Govt. Medical College, Amritsar. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(6), 2380-2383.
- Khamkaew, A. (2023). Burden among caregivers of patients with substance use disorder. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 68(2), 181-193. [In Thai]
- Klaraeng, W., Jiramanasawong, A., Tantajanya, P., Inngern, T., Pluangngam, N., & Surataworn, R. (2022). Lived experiences of primary caregivers in preventing relapse of the disease in schizophrenia patients. *Journal of Prachomklao College of Nursing Phetchaburi Province*, 5(3), 53-67. [In Thai]
- Luaboonthavatchai, O. (2013). *Psychiatric and mental health nursing* (5th ed.). Bangkok: Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.
- MacLean, S., Hengsen, R., & Stephens, R. (2017). Critical considerations in responding to crystal methamphetamine use in Australian Aboriginal communities. *Drug and Alcohol Review*, 36(4), 502-508.
- Maina, G., Ogenchuk, M., Phaneuf, T., & Kwame, A. (2021). "I can't live like that": The experience of caregiver stress of caring for a relative with substance use disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 16, 1-9.
- Maltman, K., Savic, M., Manning, V., Dilkes-Frayne, E., Carter, A., & Lubman, D. (2021). Holding on and letting go: A thematic analysis of Australian parents' styles of coping with their adult child's methamphetamine use. *Addiction Research & Theory*, 28(4), 345-353.
- McKetin, R., Leung, J., Stockings, E., Huo, Y., Foulds, J., Lappin, J. M., et al. (2019). Mental health outcomes associated with the use of amphetamines: A systematic review and meta-analysis. *eClinical Medicine*, 16, 81-97.
- Musikachai, S. (2012). *Family and post-treatment care for drug addicts*. Retrieved from <https://www.sdtc.go.th/paper/357>
- Narkdilok, S. (2020). The study of incident rate with relapse use of methamphetamine at Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment (PMNIDAT). *Journal of Addiction*, 6(1), 49-51. [In Thai]
- Office of the Narcotics Control Board, Ministry of Justice. (2022). *The 2022 Annual report on nationwide drug suppression*. Retrieved from <https://www.oncb.go.th/DocLi/>
- Ounjai, S., Nathawin, K., Panwili, Y., Kanchanaba, S., & Kanato, M. (2017). Evaluate the matrix program on drug abuse in hospitals under the Office of the Permanent Secretary: 7 provinces, Northeast. *Journal of Community Health Development Quarterly, Khon Kaen University*, 5(4), 661-668. [In Thai]
- Piawpongpakawat, A. (2020). Factors predicting family and community social supports on quitting methamphetamine in Nongki hospital, Buriram province. *The Journal for Health Promotion and Environmental Health*, 14(33), 22-34. [In Thai]

- Piyavhatkul, N. (2020). *Psychiatry*. Khon Kaen: Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Khon Kaen University.
- Pono, K., Lamyai, W., Chantapot, P., & Sukhawaha, S. (2018). Efficacy of co-occurring disorder (COD) intervention in patients with methamphetamine-induced psychosis. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 63(2), 127-140. [In Thai]
- Richert, T., Svensson, B., & Johnson, B. (2021). Experiences of Swedish parents seeking social services support for their adult children with drug addiction. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 12(4), 677-704.
- Rong, C., Jiang, H. F., Zhang, R. W., Zhang, L. J., Zhang, J. C., Zhang, J., & Feng, X. S. (2016). Factors associated with relapse among heroin addicts: Evidence from a two-year community-based follow-up study in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13, 177-188.
- Schep, L. J., Slaughter, R. J., & Beasley, D. M. (2010). The clinical toxicology of methamphetamine. *Clinical Toxicology*, 48(7), 675-694.
- Srimongkhul, P., & Wongpanarak, N. (2022). Self-perceptions of behaviors in males with schizophrenia and amphetamine addiction. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 23(2), 408-417. [In Thai]
- Staton Tindall, M., Sprang, G., & Clark, J. (2012). Caregiver drug use and arrest as correlates of child trauma exposure. *Journal of Evidence-Based Social Work*, 9(3), 265-282.
- Thatsananchalee, P. (2011). The process of non-becoming amphetamine addict: A case study of rehabilitated person in process of correction system. *Sripatum Chonburi Interdisciplinary Journal*, 1(3), 36-47. [In Thai]
- Thein, K. Z. K., Herberholz, C., Sandar, W. P., & Yadanar. (2021). Caring for persons with drug use disorders in the Yangon Region, Myanmar: Socioeconomic and psychological burden, coping strategies, and barriers to coping. *PLOS ONE*, 16(10), 1-19.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *World drug report 2022*. Retrieved from <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>
- Vathisoonthorn, P., & Chertchom, K. (2009). The success of treatment among drug-dependent patients compared between compulsory and voluntary systems. Bangkok: Drug System Development Group.
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: A comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review*, 24(2), 93-109.
- Wachiradilok, P. (2022). A mental crisis emergency patient support under an integrated emergency medical service system in the area. *Journal of Emergency Medical Services of Thailand*, 2(1), 77-89. [In Thai]
- Weerachai, V., Srisawang, P., & Tippayawong, T. (2010). *Guideline on methadone maintenance treatment*. Bangkok: Chulalongkorn University. [In Thai]

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้เป็นโรคเบาหวานในตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา

วันจันทร์ เจริญศิริ, วท.บ.^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 30 คน ซึ่งทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบอย่างง่ายเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย และการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

ผลการวิจัยภายหลังการทดลองและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียด เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองและระยะติดตาม 4 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลง มากกว่าก่อนการทดลอง ($p < .05$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการนำโปรแกรมไปใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังกลุ่มอื่น ๆ เช่น ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน

คำสำคัญ: โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพ ระดับน้ำตาลในเลือด

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร

* ผู้เขียนหลัก e-mail: m-er-ttk@hotmail.com

Effects of Health Promotion Program on Health behaviors and Blood Sugar Level Among Patients Diabetes Mellitus at Bangsamak Health Promoting Hospital, Bangpakong District, Chachoengsao Province

Wanchan Reansiri, B.S.^{1*}

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to examine the effect of a health promotion program for patients with diabetes mellitus at Bangsamak Health Promoting Hospital, Bangpakong District, Chachoengsao Province. A simple random sampling method was used to recruit 30 central patients with diabetes mellitus who met the inclusion criteria at Bangsamak Health Promoting Hospital, Chachoengsao Province. Then, they were randomly assigned into either the experimental (n = 30) group. The experimental group received the health promotion program for 8 weeks. The research instrument included a health promotion program and data collection tools comprised of questionnaires on eating behavior, exercise behavior, and stress management behavior. Data were analyzed using descriptive and one-way repeated measure ANOVA statistics.

The results revealed that after the experiment, there were higher mean difference scores of eating behavior, exercise behavior, stress management behavior, and reduced blood sugar levels than those of before the experiment at the significant level of $< .05$. The findings suggested that nurses can apply this program to promote eating behavior, exercise behavior, and stress management behavior in patients with diabetes mellitus. ($p < .05$)

The results of research recommended that the program should be applied to other groups of patients with chronic diseases, such as high blood pressure. High blood fat to reduce the rate of complications.

Key words: Health promotion program, Patients of diabetes mellitus, Health behavior, Blood sugar levels

¹ Registered Nurse, Professional Level Bangsamak Health Promoting Hospital

* Corresponding author e-mail: m-er-ttk@hotmail.com

ความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวาน เป็นหนึ่งในโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขมาอย่างยาวนาน โดยพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึง 537 ล้านคน มากกว่า 90% เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เกือบครึ่งหนึ่งยังไม่ได้รับการวินิจฉัย คาดว่าภายในปี 2573 จะเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และภายในปี 2588 จะเพิ่มมากถึง 783 ล้านคน (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2023) โรคเบาหวานมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในหลายระบบของร่างกาย จากการรวบรวมสถิติของผู้ป่วยโรคเบาหวานตำบลบางสมัคร ในปี 2564 - 2566 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งสิ้น 120, 158 และ 161 คน ตามลำดับ ซึ่งพบผู้ป่วยเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน Diabetic Nephropathy ร้อยละ 16.8, Diabetic Retinopathy ร้อยละ 12.4, Diabetic Foot ร้อยละ 0.26, Amputation รายใหม่ ร้อยละ 0.13 ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้จะรุนแรงมากขึ้นถ้าไม่ได้รับการรักษาพยาบาล ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวแย่ลง เกิดความสูญเสียทั้งค่าใช้จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อม

แนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) มีพื้นฐานแนวคิดมาจากทฤษฎีเรียนรู้ทางสังคม (Bandura, 1977) ทฤษฎีนี้ได้นำมาใช้กันแพร่หลายทางด้านจิตวิทยา สังคม การศึกษาทางด้านสุขศึกษา ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ความสามารถของตนเอง และเพิ่มความสามารถในการเรียนรู้ ทักษะการปฏิบัติตัวให้กับตนเอง ในขณะที่แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ เชื่อว่า พฤติกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลได้ปฏิบัติกัน เกิดจากกระบวนการทางสติปัญญา ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานนั้นจำเป็นต้องอาศัยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และกระบวนการทางสติปัญญาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

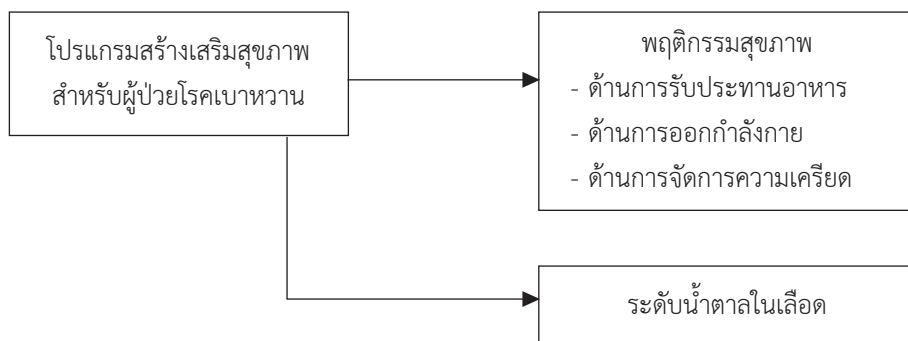
ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่พบการนำแนวความคิดเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ มาใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวานในตำบลบางสมัคร โดยผู้ป่วยเบาหวานในตำบลบางสมัครนั้น มีอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนเพิ่มสูงมากขึ้นทุกปี และเพื่อลดการเกิดโรคแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงได้ปรับประยุกต์แนวคิดดังกล่าว ในการจัดทำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานขึ้น เพื่อช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนให้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทราต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล ในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ระหว่างก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลในกลุ่มทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษา ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ซึ่งประกอบด้วย 1) การใช้ตัวแบบ (Modeling) 2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Master experiences) 3) การชักจูงโดยใช้คำพูด (Verbal persuasion) 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional arousal) และแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 1) ระยะตัดสินใจ (Decision making phase) 2) ระยะปฏิบัติพฤติกรรม (Action phase) มาใช้ในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาเป็นงานวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

- 1) ประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร
- 2) กลุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการรักษาภายในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร ได้จากการคำนวณจากโปรแกรม G*power 3.1.9.4 โดยกำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) เท่ากับ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) เท่ากับ 0.05 และค่า Power of test เท่ากับ 0.8 (Cohen, 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 27 คน

จากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษากลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้มีทั้งหมด 27 คน ในการศึกษาสถานการณ์จริงกลุ่มตัวอย่างอาจมีสูญหายจึงมีการคำนวณปรับเพิ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา (Polit, 2008) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มขนาดของกลุ่มโดยปรับเพิ่มร้อยละ 5 จึงใช้สูตรคำนวณตัวอย่างดังนี้

$$N_{adj} = \frac{n}{(1 - R)^2}$$

โดยกำหนดให้

N คือ ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง

N_{adj} คือ ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

R คือ สัดส่วนที่สูญหายจากการติดตามในการศึกษาครั้งนี้
แทนค่าได้ดังนี้

$$N_{adj} = \frac{27}{(1 - 0.05)^2}$$

$$N_{adj} = 29.92$$

สรุปขนาดตัวอย่างหลังจากได้ปรับแล้วได้ขนาดที่ใช้ในการศึกษาจำนวน 30 คน คือ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร หลังจากนั้นทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง (sampling) โดยการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) จากเวชระเบียนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร โดยใช้

โปรแกรมคอมพิวเตอร์

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร

- เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)
 - 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 1 ปี แต่ไม่เกิน 10 ปี
 - 2) ได้รับการรักษาด้วยยาเบาหวานชนิดรับประทาน ไม่มีภาวะแทรกซ้อน
 - 3) มีระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีค่ามากกว่า 126 mg %
 - 4) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ไม่มีปัญหาในการฟัง พูด อ่าน เขียน
 - 5) สมัครใจในการเข้าร่วมโปรแกรมได้จนจบโครงการ
- เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion Criteria)
 - 1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน
 - 2) ผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่
 - 3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง นำแนวคิดของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ทั้งโมเดล ใช้ในการศึกษา จัดกิจกรรมตามแผนการสอนตามโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จำนวน 5 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์
- 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปรับปรุงจากการศึกษาของสุตถัทธ ประดับแก้ว (Pradubkaew, 2018) แบ่งออกเป็น 4 ตอน ประกอบไปด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาที่ป่วย ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (FBS)

ตอนที่ 2 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 15 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ตัวเลือก ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย ไม่มั่นใจเลย

ตอนที่ 3 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ตัวเลือก ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย ไม่มั่นใจเลย

ตอนที่ 4 การประเมินพฤติกรรมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า 5 ตัวเลือก ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจน้อย ไม่มั่นใจเลย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพซึ่งได้ประยุกต์มาจาก สุตถัทธ ประดับแก้ว (Pradubkaew, 2018) ไปหาคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ความเหมาะสมในการใช้ภาษา (Wording) และการจัดลำดับเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม กับคำนิยามตามกรอบแนวคิดทฤษฎี หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของเนื้อหา (IOC : Index of item objective congruence) ซึ่งพบว่าค่า IOC แบบสอบถามการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร = 0.87 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย = 0.92 และแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด = 0.90 ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (Try-Out) กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหอมศีล อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 10 คน เพื่อดูการใช้ภาษาที่สื่อความหมายกับกลุ่มตัวอย่างและนำผลที่ได้ไปวิเคราะห์ นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ผลการวิเคราะห์

ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.89

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับรองการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และให้การรับรองวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2567 รหัสโครงการวิจัย PH_CCO_REC 003/2567 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดการทดลอง การรักษาความลับ ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการรักษาที่ได้รับใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมจึงให้ลงนามเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเตรียมการ

หลังจากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มทดลองตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ 30 คน เชิญชวนกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการโดยหากยินยอมเข้าร่วมโครงการให้ลงชื่อแสดงความยินยอมในการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมผู้ป่วยเบาหวาน ระยะการดำเนินการทดลอง

ระยะก่อนการทดลอง

ครั้งที่ 1 (สัปดาห์ที่ 1 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) กิจกรรมประกอบด้วย

1) ผู้วิจัยพบผู้ป่วยเบาหวาน ดำเนินการแนะนำตัว พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย เพื่อชี้แจงการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทำการชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง บันทึกค่าระดับน้ำตาลจากผลการเจาะเลือดตรวจจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร

2) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมในด้านการจัดการความเครียด

3) กิจกรรมสร้างสัมพันธภาพ

4) การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความหมายของโรคเบาหวาน ประเภทของโรคเบาหวาน สาเหตุของโรคเบาหวาน และอาการของโรคเบาหวาน

5) กิจกรรมกลุ่มโดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานออกเป็น 5 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน และให้สมาชิกทุกคนในกลุ่มระดมความคิดเห็นสรุปเนื้อหาที่ได้รับในกิจกรรมที่ 1 แล้วส่งตัวแทนของแต่ละกลุ่มออกมานำเสนอหน้าห้องประชุม

6) ผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกันสรุปผลการจัดกิจกรรม

ครั้งที่ 2 (สัปดาห์ที่ 2 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) กิจกรรมประกอบด้วย

1) การให้ความรู้เรื่องการรับรู้ประโยชน์ ประกอบด้วย การแสวงหาวิธีการปฏิบัติให้หายจากโรค ได้แก่ วิธีการดูแลตนเอง การหาแหล่งข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการรักษา และการได้รับข้อมูลจากครอบครัวสามี ภรรยา และเพื่อน

2) การรับรู้อุปสรรค ประกอบด้วยภาวะแทรกซ้อนทาง ตา ไต ตีน และ ปัญหาและอุปสรรคขณะเจ็บป่วย ประกอบด้วย ความไม่สะดวก ความยากลำบากการเสียเวลา และการสิ้นเปลือง

3) การรับรู้ความสามารถประกอบด้วย ความสำคัญต่อการดูแลตนเอง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของตนเอง การสร้างพลังในตนเอง

4) อารมณ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย ความสำคัญของอารมณ์ วิธีการฝึกควบคุมอารมณ์ ปัจจัยที่มีผลต่ออารมณ์ขณะเจ็บป่วย และอารมณ์ที่มีผลต่อการเจ็บป่วยเป็นอย่างไร

5) การทำกิจกรรมกลุ่มโดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ตัวแทนของแต่ละกลุ่มจับฉลากหัวข้อที่กำหนด แต่ละกลุ่มร่วมกันระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยใช้เวลา 20 นาที และให้ส่งตัวแทน

นำเสนอ

6) ผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกันสรุปผลการจัดกิจกรรม

ครั้งที่ 3 (สัปดาห์ที่ 3 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) กิจกรรมประกอบด้วย

1) การให้ความรู้สิทธิพลระหว่างบุคคล ประกอบด้วย แรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคม และ ประเภทแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ คำพูด รางวัล เงิน การให้กำลังใจ การดูแล และคำปรึกษาพยาบาล และการเป็นแบบอย่าง ได้แก่ การปฏิบัติตนและการเลียนแบบ

2) อิทธิพลสถานการณ์ ประกอบด้วย ความยากง่ายในการดูแลตนเอง ความเหมาะสมในการดูแลตนเอง และปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองในสถานการณ์ต่าง ๆ

3) ความยึดมั่น ประกอบด้วย ความสำคัญของการวางแผนดูแลตนเอง วิธีการวางแผนดูแลตนเอง หลักในการวางแผนการยึดมั่นต่อการวางแผน มีประโยชน์ต่อภาวะการณ์เจ็บป่วยอย่างไร และทางเลือกต่อการปฏิบัติตามความยึดมั่นในการวางแผนดูแลตนเอง

4) พฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย ความรับผิดชอบต่อสุขภาพการออกกำลังกาย การปฏิบัติตามโภชนาการ การพัฒนาจิตวิญญาณ การผ่อนคลายความเครียด ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

5) การทำกิจกรรมกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน ตัวแทนของแต่ละกลุ่มจับฉลากหัวข้อที่กำหนด แต่ละกลุ่มร่วมกันระดมสมองและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเสนอ

6) ผู้วิจัยและผู้ป่วยโรคเบาหวานร่วมกันสรุปผลการจัดกิจกรรม

ครั้งที่ 4 (สัปดาห์ที่ 4 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) กิจกรรมประกอบด้วย

1) การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง บันทึกค่าระดับน้ำตาลจากผลการเจาะเลือดตรวจจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร

2) ให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานเขียนคำคม หรือคำขวัญ หรือ กลอน เพื่อสร้างพลังในการให้กำลังใจแก่ตนเอง และเพื่อนสมาชิกที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน คนละ 1 ผลงาน

3) ผู้วิจัยสรุป ผลการแข่งขัน โดยใช้วิธีการโหวต โดยมีรางวัลให้ 5 รางวัล และนำเอาผลงานของทุกคนติด ณ บอร์ดประชาสัมพันธ์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบางสมัคร

4) เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test) เก็บข้อมูลหลังการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมในด้านการจัดการความเครียด

5) แนะนำให้ให้มีการปฏิบัติตัวอย่างสม่ำเสมอและยุติสัมพันธ์ภาพ

6) นัดหมายครั้งต่อไป ในระยะติดตามผล

ครั้งที่ 5 (สัปดาห์ที่ 8 ใช้เวลา 2 ชั่วโมง) กิจกรรมประกอบด้วย

1) การชั่งน้ำหนักวัดส่วนสูง บันทึกค่าระดับน้ำตาลจากผลการเจาะเลือดตรวจจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสมัคร

2) ผู้วิจัยสรุปโครงการ กล่าวขอบคุณในความร่วมมือ ให้กำลังใจแก่สมาชิกในการดำเนินชีวิตขณะป่วยเป็นโรคเบาหวานให้มีความสุข

3) เก็บข้อมูลในระยะติดตามผล โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามพฤติกรรมในด้านการรับประทานอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมในด้านการออกกำลังกาย แบบสอบถามพฤติกรรมในด้านการจัดการความเครียด

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาดังนี้

- 1) ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
- 2) เปรียบเทียบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ One-way repeated measure ANOVA ถ้าพบความแตกต่างจะเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni
- 3) เปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลสะสม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล โดยใช้สถิติ One-way repeated measure ANOVA ถ้าพบความแตกต่างจะเปรียบเทียบรายคู่ด้วยวิธี Bonferroni

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 69.7 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 60.30 ปี ($SD = 5.28$) มีน้ำหนัก ส่วนสูง และค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 63.30 กิโลกรัม ($SD = 8.53$), 161.27 เซนติเมตร ($SD = 0.07$) และ 24.31 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ($SD = 2.67$) ตามลำดับ ส่วนมากมีสถานภาพสมรสร้อยละ 46.7 มีส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 33.3 ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ คิดเป็นร้อยละ 40.0 โดยมีระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานเฉลี่ย 4.9 ปี ($SD = 1.65$) และมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้ว 128.60 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ($SD = 4.36$) รายละเอียดดังในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 30$)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง ($n = 30$)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	$M = 60.30$ ปี $SD = 5.28$	
เพศ		
ชาย	7	21.2
หญิง	23	69.7
น้ำหนัก	$M = 63.30$ กิโลกรัม $SD = 8.53$ กิโลกรัม	
ส่วนสูง	$M = 161.27$ เซนติเมตร $SD = 0.07$ เซนติเมตร	
ดัชนีมวลกาย	$M = 24.31$ กก./ม. ² $SD = 2.67$ กก./ม. ²	
<18.5 ต่ำกว่าเกณฑ์	0	0.0
18.5-22.90 ปกติสมส่วน	8	26.7
23-24.90 น้ำหนักเกิน	12	40.0
25-29.90 อ้วนระดับ 1	5	16.7
>30 อ้วนระดับ 2	1	3.3
สถานภาพ		
โสด	6	20.0
สมรส	14	46.7
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	10	33.3

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผล เท่ากับ 128.60

($SD = 0.80$), 111.37 ($SD = 1.14$) และ 112.03 ($SD = 1.18$) มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ รายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบความแปรปรวนทางเดียวด้วยการวัดซ้ำ (One-way Anova repeated) ของค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้ว ($n = 30$)

(I) DTX	(J) DTX	Mean			95% Confidence Interval for Difference ^b	
		Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	Lower	Upper
ก่อน	หลัง	17.233	1.159	< .001	14.288	20.179
	ติดตาม	16.567	1.369	< .001	13.087	20.046
หลัง	ก่อน	-17.233	1.159	< .001	-20.179	-14.288
	ติดตาม	-.667	1.549	1.000	-4.602	3.268
ติดตาม	ก่อน	-16.567	1.369	< .001	-20.046	-13.087
	หลัง	.667	1.549	1.000	-3.268	4.602

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ รายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการทดสอบความแปรปรวนทางเดียวด้วยการวัดซ้ำ (One-way Anova repeated) ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ($n = 30$)

(I) food	(J) food	Mean			95% Confidence Interval for Difference ^b	
		Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	Lower	Upper
ก่อน	หลัง	-24.700	.593	< .001	-26.208	-23.192
	ติดตาม	-10.833	.523	< .001	-12.163	-9.504
หลัง	ก่อน	24.700	.593	< .001	23.192	26.208
	ติดตาม	13.867	.202	< .001	13.354	14.380
ติดตาม	ก่อน	10.833	.523	< .001	9.504	12.163
	หลัง	-13.867	.202	< .001	-14.380	-13.354

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ รายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงผลการทดสอบความแปรปรวนทางเดียวด้วยการวัดซ้ำ (One-way Anova repeated) ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย (n = 30)

(I) exercise	(J) exercise	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower	Upper
ก่อน	หลัง	-15.367	.522	< .001	-16.693	-14.041
	ติดตาม	-8.833	.491	< .001	-10.082	-7.584
หลัง	ก่อน	15.367	.522	< .001	14.041	16.693
	ติดตาม	6.533	.133	< .001	6.195	6.872
ติดตาม	ก่อน	8.833	.491	< .001	7.584	10.082
	หลัง	-6.533	.133	< .001	-6.872	-6.195

5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด ระยะก่อนการทดลอง ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ รายละเอียดในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงผลการทดสอบความแปรปรวนทางเดียวด้วยการวัดซ้ำ (One-way Anova repeated ของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด (n = 30)

(I) stress	(J) stress	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig. ^b	95% Confidence Interval for Difference ^b	
					Lower	Upper
ก่อน	หลัง	-6.400	.320	< .001	-7.214	-5.586
	ติดตาม	-1.433	.328	< .001	-2.266	-.601
หลัง	ก่อน	6.400	.320	< .001	5.586	7.214
	ติดตาม	4.967	.033	< .001	4.882	5.051
ติดตาม	ก่อน	1.433	.328	< .001	.601	2.266
	หลัง	-4.967	.033	< .001	-5.051	-4.882

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา ภายหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วภายหลังการ

ทดลอง และระยะติดตามผลลดลงจากก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ด้านการรับประทานอาหาร พบว่าเมื่อทำการเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหาร ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการรับประทานอาหารเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Tosumrit et al. (2008) ที่พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซี มีผลต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมและระดับฮีโมโกลบินเอวันซีหลังการทดลองด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ด้านการออกกำลังกาย พบว่าเมื่อทำการเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Henglai (2016) ที่ทำการที่พบว่าภายหลังการเข้าร่วมการพัฒนาโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านการออกกำลังกายดีกว่าการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ด้านการจัดการความเครียด พบว่าเมื่อทำการเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียด ระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในด้านการจัดการความเครียดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง สอดคล้องกับ Kasemcharoen (2017) ที่พบว่าโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน มีผลต่อคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการจัดการความเครียดดีกว่ากลุ่มควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เมื่อทำการเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วระยะก่อนการทดลอง และระยะหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองและระยะติดตามผล มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วลดลงจากก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา Loykaew et al. (2019) ที่พบว่าโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในช่วงภายหลังการทดลองและระยะติดตามผลการทดลอง ต่ำกว่าก่อนการทดลอง

ในการศึกษานี้โปรแกรมมีการออกแบบที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ทำให้ปัจจัยที่มีอิทธิพลสำคัญต่อระดับน้ำตาลในเลือดสูงได้รับการจัดการในภาพรวมซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา (Nopsopon, 2016) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลปลายนิ้วหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และ Loykaew (2019) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึง อำเภอมือเมือง จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หลังเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถตนเอง เกิดการรับรู้และเกิดความมั่นใจว่าตนเองสามารถปฏิบัติได้ ให้ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง Bandura (1977) ที่บอกว่าแหล่งที่มาของการรับรู้ความสามารถ ได้แก่ การใช้ตัวแบบประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การชักจูงโดยใช้คำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์

ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลบางสมัคร อำเภอ

บางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง จึงควรนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในหน่วยงานอื่นๆ หรือนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลบางสมัคร อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประสิทธิภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและมีผลในการช่วยลดระดับน้ำตาลปลายนิ้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง หรือทำการศึกษาภายในโรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลศูนย์ที่มีความแตกต่างทางด้านวิชาชีพ และความเป็นอยู่ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติม

2. เนื่องจากระดับน้ำตาลปลายนิ้ว เป็นการวัดระดับน้ำตาลในช่วงระยะเวลานั้นๆ ซึ่งค่าระดับน้ำตาลปลายนิ้วที่ดี อาจเกิดจากการปฏิบัติตนในช่วงระยะเวลานั้นๆ ก่อนทำการตรวจวัด ในการศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มการวัดผลระดับน้ำตาลด้วยค่า HbA1C เพื่อให้เห็นผลชัดเจนยิ่งขึ้น

ซึ่งแหล่งการรับรู้ความสามารถเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีการปรับตัวและเกิดการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยเบาหวานยังสามารถนำประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ประสบปัญหาต่าง ๆ มาปรับใช้ให้เหมาะสมกับตนเอง เพื่อเกิดการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยทุกท่านและผู้ป่วยโรคเบาหวานในตำบลบางสมัคร และตำบลหอมศีล ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

References

- Bandura, A. (1977). *Social foundation of thought and action: A social of cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Best, J. (1970). *Research in education* (2nd ed.). Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bloom, B. (2001). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Department of Disease Control Ministry of Public Health. (2023). *Department of Disease Control to monitor the situation around the world. There are 537 patients. Supervision causes 6.7 deaths or 1 death reported every 5 seconds*. Retrieved from <https://pr.moph.go.th/?url=pr/detail/2/02/181256/>.
- Henglai, B. (2016). A development of tentative self care program for patients with type 2 diabetes in the community. *Journal of Rajanagarindra*, 7(2), 151-160. [In Thai]
- Loykaew, K., Vorapongsathorn, S., Vorapongsathorn, T., & Choorat K. (2019). Effects of the health education program by applying Pender's health promotion model in changing the self-care behavior of type 2 diabetes patients in the subdistrict health promotion hospital, Ban Kha district, Ratchaburi province. *Vajira Medical Journal*, 63(4), 283-296. [In Thai]
- Nopsopon, S. (2016). Effects of the health promotion program on health promoting behavior among patients with type 2 diabetes mellitus in Bangtoey sub-district, Mueang district, Chachoengsao

- province. *Ratchanakarin Journal*, 3(2), 161-171. [In Thai]
- Pradubkaew, S. (2018). Development of behavior modification program to prevent diabetes and hypertension of risk In education institutions. *Chulalongkorn University Thesis and Dissertation*, 10(2), 308-321. [In Thai]
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schlessman, J., & Stolley, P. (1982). *Case-control studies: Design, conduct, analysis*. New York: Oxford University.
- Strychar, I., Elisha, B., & Schmitz, N. (2012). Type 2 diabetes self-management: Role of diet self-efficacy. *Canadian Journal of Diabetes*, 36(6), 337-344. [In Thai]
- Tosumrit, S., Oba, N., & Kitiporn, T. (2008). Effect of self-efficacy enhancement program concerning dietary intake bahavior on A1C level among type 2 diabetes mellitus patients. *Naresuan University Journal*, 16(3), 203-210. [In Thai]
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Hypertension, situation and trends*. Geneva: World Health Organization.

อิทธิพลของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเอง ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

นันท์ณภัส สารมาศ, พย.ม.¹ อูราภรณ์ เขยกาญจน์, ปร.ด.^{1*} นฤเบศร์ โกศล, พย.ม.¹ พัชรภรณ์ ช่วยวัง, พย.บ.²

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอิทธิพลของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 155 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง และแบบประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.71 และ 0.93 ตามลำดับ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ($r = -.390$, $r = -.380$ ตามลำดับ) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ ($r = -.414$, $r = -.399$ ตามลำดับ) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ ($r = -.286$, $r = -.369$ ตามลำดับ) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($r = -.329$, $r = -.360$ ตามลำดับ) นอกจากนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ($\beta = -.247$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ ($\beta = -.207$) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($\beta = -.201$) สามารถร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 23.1 (Adjusted $R^2 = .231$, $p < .001$) ในขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ ($\beta = -.198$) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($\beta = -.2419$) สามารถร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 24.9 (Adjusted $R^2 = .249$, $p < .001$)

ผลการวิจัยสามารถนำไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเน้นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ การติดตามอาการ และการจัดการอาการ รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจในการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

¹ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

* ผู้เขียนหลัก e-mail: ammy.au@hotmail.com

Influencing self-care behaviors and self-care confidence to glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in a secondary hospital, Nakhon Si Thammarat Province

Nannapath Saramad, M.S.N.¹, Uraporn Chuaykarn, Ph.D.^{1*}, Naruebeth Koson, M.S.N.¹,
Patchareeporn Chuaywang, B.N.S.²

Abstract

This correlational predictive study aimed to investigate the influence of self-care behaviors and self-care confidence on glycemic control among patients with type 2 diabetes mellitus. A simple random sampling method was used to recruit the sample of 155 patients with type 2 diabetes mellitus who were receiving treatment at the outpatient department of a secondary hospital in Nakhon Si Thammarat province. Research instruments included questionnaires to gather data for self-care behavior of chronic illness and the self-care self-efficacy, with Cronbach alpha coefficients of 0.71 and 0.93, respectively. Data were collected during the period of June to July 2024. Descriptive statistics and standard multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results revealed that glycemic control, both fasting blood sugar and glycated hemoglobin levels among patients with type 2 diabetes mellitus, were significantly ($p < .01$) correlated with self-care maintenance ($r = -.390$, $r = -.380$, respectively), self-care monitoring ($r = -.414$, $r = -.399$, respectively), self-care management ($r = -.286$, $r = -.369$, respectively), and self-care confidence ($r = -.329$, $r = -.360$, respectively). Furthermore, the significant predictors of fasting blood sugar levels were self-care maintenance ($\beta = -.247$), self-care monitoring ($\beta = -.207$), and self-care confidence ($\beta = -.201$). These predictors could together explain 23.1% of the variance in fasting blood sugar levels. (Adjusted $R^2 = .231$, $p < .001$). And the significant predictors of glycated hemoglobin levels were self-care monitoring ($\beta = -.198$) and self-care confidence ($\beta = -.2419$). These predictors could together explain 24.9% of the variance in glycated hemoglobin levels among patients with type 2 diabetes mellitus. (Adjusted $R^2 = .249$, $p < .001$).

These research findings should be utilized to develop programs that promote self-care behaviors, focusing on self-care maintenance, self-care monitoring, and self-care management, as well as enhancing self-care confidence to better glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus.

Key words: Self-care behaviors, Self-care confidence, Glycemic control, Type 2 diabetes mellitus patients

¹ Lecturer, Boromarajonnani College of Nursing, Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

² Registered Nurse, Maharaj Nakhon Si Thammarat Hospital

* Corresponding author e-mail: ammy.au@hotmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย โดยปีที่ผ่านมาผู้ป่วยทั่วโลกประมาณ 537 ล้านคน และเสียชีวิต 6.7 ล้านคน จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขในประเทศไทย พบอุบัติการณ์ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี เสียชีวิต 16,388 คน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health., 2022) นอกจากนี้พบว่าผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 17.6 (Ruan et al., 2016) สำหรับจังหวัดนครศรีธรรมราช พบประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 6.83 (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2023) โรคเบาหวานส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ (Promphithakkul, 2010) อีกทั้งยังเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาต่อเนื่องและยาวนาน และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง นอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งเฉียบพลันและเรื้อรัง อีกทั้งยังก่อให้เกิดโรคอื่น ๆ ในกลุ่มโรคเรื้อรัง (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 41.08 - 67.80 ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี โดยมีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) มากกว่าร้อยละ 7 หรือมีระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร (FBS) มากกว่า 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร (Phajan, Suwannaphant, Anarat, & Thalakorn, 2022) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายระบบ ทั้งทางตา ไต ระบบประสาท ระบบหัวใจและหลอดเลือด การเกิดแผลเรื้อรัง และเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังและเฉียบพลันอื่น ๆ ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Pachariyanon, Kessomboon, Suwanmola, Chongwarin, & Puhern, 2018) ปัจจุบันการรักษาโรคเบาหวานมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงภาวะปกติมากที่สุด สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยได้กำหนดเกณฑ์ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย คือ ให้มีระดับน้ำตาลสะสม น้อยกว่าร้อยละ 7 (Diabetes Association of Thailand, Endocrine Society of Thailand, and National Health Security Office, 2023) ควบคู่กับการควบคุมปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Bin Rakhis, AlDuwayhis, Aleid, AlBarrak, & Aloraini, 2022)

จากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรังของ Riegel, Jaarsma and Strömberg (2012) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อรักษาพฤติกรรมสุขภาพให้คงที่ทั้งในภาวะปกติและเมื่อเกิดการเจ็บป่วย รวมถึงการสังเกตและติดตามอาการ พร้อมจัดการกับอาการตามแนวทางการรักษาของโรค นอกจากนี้ความมั่นใจในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถกระทำพฤติกรรม การดูแลตนเองดังกล่าว และเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น (Almutairi, Hosseinzadeh, & Gopaladasani, 2020)

ความมั่นใจในการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่เกิดจากการสนับสนุนทางสังคมและองค์ความรู้ในการดูแลตนเอง โดยความมั่นใจในการดูแลตนเองมีวัตถุประสงค์หลักในการพัฒนาศักยภาพการจัดการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรค อีกทั้งยังทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาความสามารถในการเผชิญกับโรคเรื้อรังตลอดกระบวนการดูแลรักษา (Riegel et al., 2012) อย่างไรก็ตามหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการของผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ยังไม่เพียงพอ และความมั่นใจในการดูแลตนเองเป็นตัวแปรสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ (Caruso et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ อายุ ระยะเวลาการเกิดโรค (Alor, Kretchy, Glozah, & Adongo., 2023) เพศ ระดับการศึกษา ความร่วมมือในการรับประทานยา (Al-Qerem et al., 2022) การทำงาน โรคร่วม พฤติกรรมการดูแล

ตนเอง ชนิดของการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ที่พักอาศัย (Alor et al., 2023) ประวัติการเป็นโรคเบาหวานของบุคคล ในครอบครัว จำนวนชั่วโมงในการนอนหลับ (Dinavari, Sanaie, Rasouli, Faramarzi, & Molani-Gol., 2023) อาชีพ ความรู้เกี่ยวกับโรค พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด และด้านอารมณ์ (Phuwilert et al., 2024) ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูล และความรอบรู้ ด้านความเข้าใจ (Phajan et al., 2022) แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า การศึกษาเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยนำในการเกิดโรคและเป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคล ในส่วนของปัจจัยพฤติกรรมพบว่า มุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ โดยไม่ครอบคลุมพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และบางการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่สัมพันธ์กับการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งไม่พบการศึกษาความมั่นใจในการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนั้นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเองกับ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จะทำให้เห็นแนวโน้มของพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อเป็น แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้น และส่งเสริมให้ผู้ป่วยความมั่นใจในการดูแลตนเอง ทำให้สามารถดูแลตนเองได้เหมาะสม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจในการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเองกับการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิจังหวัดนครศรีธรรมราช
3. ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเองต่อการ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิจังหวัดนครศรีธรรมราช

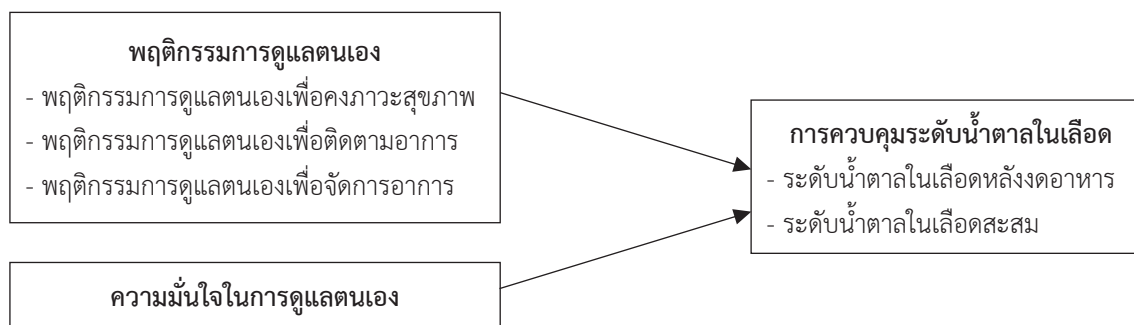
สมมติฐาน

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเองสามารถร่วมกันทำนายการควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยมีแนวคิดพื้นฐานมาจากทฤษฎีระดับกลางการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (a middle-range theory of self-care of chronic illness) พัฒนาโดย Riegel, Jaarsma และ Strömberg ภายใต้กรอบ แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง (self-care behaviors) 3 ด้าน 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (self-care maintenance) 2) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตาม อาการ (self-care monitoring) และ 3) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (self-care management) (Riegel et al., 2012; Riegel et al., 2019) โดยพฤติกรรมการดูแลตนเองเหล่านี้ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม ลักษณะเฉพาะของโรคและการรักษา รวมไปถึงความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ความมั่นใจในการดูแลตนเอง (self-care confidence) เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิผลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ (Riegel et al., 2012) โดยความมั่นใจในการดูแลตนเอง เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถในการบรรลุผลลัพธ์เชิงบวกโดยปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติ เพื่อขับเคลื่อนการกระทำทางพฤติกรรมผ่านการเพิ่มความเข้าใจทางปัญญาและการควบคุมสถานการณ์ การควบคุมตนเอง และลดปฏิกิริยาทางอารมณ์ต่อความยากลำบากที่เผชิญ (Bandura., 1997) จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชี้ให้เห็นว่าความมั่นใจในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และความมั่นใจในการดูแลตนเองที่เพิ่มขึ้นนำไปสู่พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Chindankutty & Devineni., 2023) จากข้อมูลดังกล่าวสามารถเขียนกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive study design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาค่อยเนื่องแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาค่อยที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 155 คน โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป 2) มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาค่อยเนื่องตามวันนัดแบบผู้ป่วยนอก ที่แผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเบาหวาน) 4) ได้รับการตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหาร (FBS) และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c) ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน และ 5) สื่อสารด้วยภาษาไทยได้

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรม G*Power สถิติ Linear multiple regression กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 อำนาจทดสอบ .95 และตัวแปรอิสระจำนวน 4 ตัวแปร ขนาดอิทธิพลระดับปานกลางตามเกณฑ์ของ Cohen (1988) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 129 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 154.8 ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 155 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย (1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา การอยู่อาศัย การทำงาน รายได้ เป็นต้น และ (2) ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ชนิดของโรคประจำตัว การรักษาด้วยยาและวิธีการอื่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือฉบับแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ เครื่องมือประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (self-care of chronic illness inventory, SC-CII) ที่พัฒนาขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถาม 19 ข้อ จำนวน 3 ด้าน คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และคำถามเกี่ยวกับความเร็วในการรับรู้อาการ เครื่องมือดังกล่าวมีลักษณะการให้คะแนนเป็นลิเคิร์ต (Riegel et al., 2018) โดยคะแนนยิ่งสูงแสดงว่าผู้ป่วยยิ่งดูแลตนเองได้ดี ซึ่ง Riegel et al. (2024) แนะนำใช้ค่าจุดตัดที่ ≥ 70 แสดงถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เพียงพอ เครื่องมือพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แปลเป็นภาษาไทยโดย Bunsuk et al. ผลการตรวจคุณภาพของเครื่องมือ พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหา $k = 0.99$ ความตรงเชิงโครงสร้าง และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้ง 3 ด้าน เท่ากับ 0.68, 0.83 และ 0.78 ตามลำดับ (Bunsuk et al., 2023)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง ผู้วิจัยขอใช้เครื่องมือฉบับแปลและปรับปรุงจากต้นฉบับภาษาอังกฤษ the self-care self-efficacy scale (SCSES) เวอร์ชัน 3 แปลโดย Chennet Phonphet et al. (2024) โดยมีคำถามจำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือกคำตอบมาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ คะแนนยิ่งมากแสดงถึงความมั่นใจในการดูแลตนเองสูง โดย Riegel et al. (2024) แนะนำใช้ค่าจุดตัดที่ ≥ 70 แสดงถึงความมั่นใจในการดูแลตนเองที่เพียงพอ ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือฉบับภาษาไทย พบว่ามีค่าความตรงเชิงเนื้อหา $k = 1.00$ ความตรงเชิงโครงสร้าง และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.94 (Phonphet et al., 2024)

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นแบบบันทึกการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย ประกอบด้วย การบันทึกค่าน้ำตาลในเลือดสะสม โดยบันทึกค่า HbA1c และ FBS ครึ่งสุดท้ายไม่เกิน 6 เดือน โดยค่า HbA1c $< 7 \text{ mg\%}$ หรือ FBS < 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงว่าผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี และค่า HbA1c $\geq 7\%$ หรือ FBS ≥ 130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร แสดงถึงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำแบบประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยเรื้อรัง และแบบประเมินความมั่นใจในการดูแลตนเอง ไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 30 ราย แล้วนำมาคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.71 และ 0.93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลวิจัยช่วงเดือนมิถุนายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2567 ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในวันที่ผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (คลินิกเบาหวาน) ด้วยการแนะนำตนเองกับกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดแบบสอบถาม และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในช่วงเวลาที่สะดวกขณะรอพบแพทย์หรือหลังพบแพทย์เพื่อรอรับยา กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสอบถามได้ ผู้ช่วยวิจัยอ่านแบบสอบถามและให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS version 25 กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจในการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือด โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบมาตรฐาน (Standard multiple linear regression) โดยทดสอบข้อตั้งก่อนการนำข้อมูลไปวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช เลขที่ E11/267 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ โดยคำนึงถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย คุณประโยชน์ที่ได้รับ เคารพในความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิปฏิเสธไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากการวิจัย โดยไม่ต้องระบุเหตุผล และไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดูแลรักษา

- ผลการวิจัย**
- ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 155 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.00) มีอายุเฉลี่ย 62.6 ปี (SD = 13.46) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.9) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 64.5) ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 45.8) และ 3 ใน 4 มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 75.5) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคร่วม (ร้อยละ 67.1) โดยโรคร่วมที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 37.3) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยา (ร้อยละ 98.7) และได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 62.6)
 - ข้อมูลของตัวแปร ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองเพียงพอ (คะแนน ≥ 70) ทั้งด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ (77.30 ± 12.40) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ (79.82 ± 15.24) และด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ (77.97 ± 13.57) ในส่วนของความมั่นใจในการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เพียงพอ (คะแนน < 70) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย (67.65 ± 18.72) สำหรับค่าคะแนนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่อาหารเฉลี่ย 128.44 ± 19.67 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และมีระดับน้ำตาลในเลือดสะสมเฉลี่ย 6.56 ± 0.97 mg% ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเองรายด้านและรายข้อ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่อาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลหัตถิยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช (n = 155)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	77.30	12.40	เพียงพอ
ท่านได้นอนหลับอย่างเพียงพอจริง ๆ	77.55	20.04	เพียงพอ
ท่านคอยระมัดระวังตนเองไม่ให้เจ็บไข้ ไม่สบาย	77.16	19.26	เพียงพอ
ท่านกินอาหารที่ดีเฉพาะโรคของตนเอง หลีกเลี่ยงของหวาน	73.16	22.84	เพียงพอ
ทำกิจกรรมทางกาย (เช่น เดินเร็ว ใช้บันได)	75.22	19.62	เพียงพอ
ท่านไปโรงพยาบาลพบหมอหรือพยาบาล ตรงตามวันนัด	90.58	17.10	เพียงพอ
ท่านได้ใช้ยาครบถ้วนตามแผนการรักษา ตรงตามเวลา ไม่เคยขาดยา	89.67	15.52	เพียงพอ
ท่านทำจิตใจให้สบาย ไม่ทำให้ตัวเองเครียด หรือคิดมากเกินไป	74.58	22.01	เพียงพอ
ท่านพยายามเลิกสูบบุหรี่ หรือไม่สูบบุหรี่	62.19	34.53	ไม่เพียงพอ
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ	79.82	15.24	เพียงพอ
ท่านคอยสังเกตการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์จิตใจ	78.96	18.20	เพียงพอ
ท่านคอยระวังอาการข้างเคียงจากยา	79.87	17.73	เพียงพอ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปรที่ศึกษา	ค่าเฉลี่ย	SD	การแปลผล
ท่านเอาใจใส่ไม่เพิกเฉย เมื่อรู้สึกถึงความผิดปกติเกิดขึ้นกับร่างกาย	80.26	19.74	เพียงพอ
ท่านคอยสังเกตตัวเองว่ามีอาการเหนื่อยง่ายกว่าเดิมหรือไม่	78.19	20.04	เพียงพอ
ท่านเอาใจใส่ คอยสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น	81.80	17.85	เพียงพอ
พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	77.97	13.57	เพียงพอ
ท่านปรับเปลี่ยนอาหาร น้ำหรือเครื่องดื่ม ทำให้อาการบรรเทาลง	75.74	20.38	เพียงพอ
ท่านปรับเปลี่ยนการออกกำลังกายให้เหมาะสม	69.67	21.90	ไม่เพียงพอ
ท่านใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการ หรือให้หายจากอาการนั้น	77.93	20.91	เพียงพอ
ท่านแจ้งให้หมอหรือพยาบาลได้ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	87.22	17.48	เพียงพอ
ท่านขอคำแนะนำจากหมอหรือพยาบาลหรือโรงพยาบาลที่รักษาท่าน	84.26	19.73	เพียงพอ
วิธีการต่างๆ ที่ท่านทำแล้วนั้น ได้ผลดีในการบรรเทาอาการที่เกิดขึ้น	73.03	17.44	เพียงพอ
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	67.65	18.72	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจในรักษาสุขภาพร่างกาย จิตใจ ไม่ให้แย่ลง ไม่เกิดอาการกำเริบ	64.13	24.08	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวได้ตามแผนการรักษาพยาบาล	66.58	22.57	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ไม่ว่าจะยุ่งยากเพียงใด	67.22	22.20	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจเฝ้าสังเกตติดตามสภาพร่างกาย และอารมณ์	69.67	21.90	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจในการตรวจสอบสภาพร่างกาย และอารมณ์จิตใจของตนเอง	69.16	21.16	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจในการตรวจจับความผิดปกติที่เกิดขึ้นเมื่อสุขภาพเปลี่ยนแปลง	67.74	22.60	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจในการประเมินได้ถึงความรุนแรงด่วนของอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น	67.22	21.73	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจตนเองที่จะทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อให้อาการบรรเทาลง	66.84	22.49	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจในการหาวิธีการต่างๆ มาใช้บรรเทาอาการที่เกิดขึ้น	66.70	22.59	ไม่เพียงพอ
ความมั่นใจในการประเมินผลว่าวิธีการดูแลรักษาที่ทำอยู่นี้ ดีหรือไม่ดี	71.22	22.34	เพียงพอ
การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด			
ระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร	128.44	19.67	ดี
ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	6.56	0.97	ดี

ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองเพียงพอ ≥ 70 คะแนน, ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เพียงพอ < 70 คะแนน

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเอง ได้แก่ พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ($r = -.390$, $r = -.380$) พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ ($r = -.414$, $r = -.399$) พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ ($r = -.286$, $r = -.369$) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($r = -.329$, $r = -.360$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดสะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจในการดูแลตนเอง ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร และน้ำตาลในเลือดสะสม (n=155)

ปัจจัย	1	2	3	4	5	6
1. พฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ	1.000					
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ	.646**	1.000				
3. พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	.594**	.547**	1.000			
4. ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	.364**	.341**	.442**	1.000		
5. ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหาร	-.390**	-.414**	-.286**	-.329**	1.000	
6. ระดับน้ำตาลในเลือดสะสม	-.380**	-.399**	-.369**	-.360**	.385**	1.000

**p < .01

4. ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ($\beta = -.247$) พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ ($\beta = -.207$) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($\beta = -.201$) สามารถร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 23.1 (Adjusted $R^2 = .231$, $p < .001$) ในขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ ($\beta = -.198$) และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ($\beta = -.2419$) สามารถร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 24.9 (Adjusted $R^2 = .249$, $p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n = 155)

ตัวแปรทำนาย	น้ำตาลในเลือดหลังอาหาร					น้ำตาลในเลือดสะสม				
	b	SE	Beta	t	p-value	b	SE	Beta	t	p-value
พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อคงภาวะสุขภาพ	-.391	.166	-.247	-2.363	.019	-.013	.008	-.169	-1.636	.104
พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อติดตามอาการ	-.267	.128	-.207	-2.086	.039	-0.13	.006	-.198	-2.016	.046
พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อจัดการอาการ	.077	.141	.053	.546	.586	-.006	.007	-.087	-.899	.370
ความมั่นใจในการดูแลตนเอง	-.211	.085	-.201	-2.485	.014	-.010	.004	-.194	-2.419	.017
ค่าคงที่	188.303	9.436	-	19.956	<.001	9.769	.462	-	21.126	<.001
R ² = .251, Adjust R ² = .231, F _(4, 150) = 12.578, p < .001						R ² = .268, Adjust R ² = .249, F _(4, 150) = 13.761, p < .001				

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความมั่นใจในการดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพียงพอ เมื่อพิจารณาข้อมูลรายด้านพบว่าผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการมากที่สุด รองลงมา คือ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ป่วย

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอในด้านต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหาร การใช้ยา การมาตรวจและติดตามการรักษาตามนัด มีการจัดการด้านอารมณ์และจิตใจที่เหมาะสม มีการสังเกตความผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และแจ้งแก่แพทย์และพยาบาลเมื่อไปตรวจรักษา รวมทั้งมีการขอคำแนะนำในการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ ซึ่งนำไปสู่พฤติกรรม การดูแลตนเองที่ดี แต่อย่างไรก็ตามพบว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรม การพยายามเลิกสูบบุหรี่ หรือไม่สูบบุหรี่ และพฤติกรรมปรับเปลี่ยนการออกกำลังกายกิจกรรมไม่เพียงพอ อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยโรคเบาหวานมักจะละเลยการดูแลตนเองและขาดความสนใจในพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพ โดยเฉพาะในแง่ของการสูบบุหรี่ การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการออกกำลังกาย

ในส่วนของความมั่นใจในการดูแลตนเอง พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีคะแนนเฉลี่ยความมั่นใจโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ที่ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของ Joelianita, Norontoko, Wuryaningsih and Padoli (2023) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 56.82 มีความมั่นใจในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ อาจเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมถึงแนวทางการดูแลตนเอง และการจัดการเกี่ยวกับโรค จึงขาดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา การประเมินอาการ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงและอาการผิดปกติต่าง ๆ รวมถึงขาดความมั่นใจในการค้นหาแนวทางการบรรเทาอาการ และการประเมินผลการรักษาในรูปแบบต่าง ๆ

สำหรับค่าคะแนนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ทั้งระดับน้ำตาลในเลือดสะสมและระดับน้ำตาลในเลือดหลังคําอาหาร อย่างไรก็ตามการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดสะสมสามารถวินิจฉัยโรคเบาหวานและติดตามการควบคุมโรคเบาหวานได้ดีกว่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังคําอาหาร สอดคล้องกับการศึกษาของ Phajan et al. (2022) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี อาจเนื่องจากผู้ป่วยร้อยละ 98.7 ได้รับการรักษาโรคเบาหวานด้วยยา โดยการใช้อายจะปลดการสร้งน้ำตาลที่ตับ และลดระดับ Free fatty acid ในพลาสมา เพิ่มความไวต่ออินซูลิน ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี (Houle et al., 2016) อีกทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้เพียงพอ ทำให้สามารถหาสิ่งสนับสนุนมาใช้ดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วยและใช้จ่ายในชีวิตประจำวันได้

2. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม การดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิจังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเอง ได้แก่ พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ พฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ และพฤติกรรม การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ โดยพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองและความมั่นใจในการดูแลตนเองเพียงพอก็จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี โดยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นโดยธรรมชาติและเป็นส่วนสำคัญของพฤติกรรมสุขภาพในชีวิตประจำวัน เพื่อรักษาพฤติกรรมสุขภาพให้คงที่ รวมถึงมีการสังเกตและติดตามอาการ พร้อมจัดการกับอาการกำเริบตามแนวทางการรักษาของโรค (Riegel et al., 2012; Riegel, et al., 2019) ซึ่งพฤติกรรม การดูแลตนเองทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และสามารถจัดการได้ทันทั่วทั้งที่ ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและเฝ้าระวังการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การเลือกใช้ยาที่ถูกวิธีและครบถ้วนตามแผนการรักษา การลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค ทำให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ การเลือกบริโภคอาหารที่ดีและหลีกเลี่ยงอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้ลดปริมาณกลูโคสที่ดูดซึมเข้าสู่ร่างกาย ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม ช่วยเพิ่มกระบวนการใช้กลูโคส เพิ่มความไวในการใช้อินซูลินของกล้ามเนื้อ นอกจากนี้การจัดการความเครียดที่ดี ช่วยลดการหลั่งฮอร์โมนความเครียดของร่างกายที่ทำให้อินซูลินทำงานผิดปกติ และเกิดภาวะดื้ออินซูลิน (Phuwilert et al., 2024)

ความมั่นใจในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แม้ว่าผู้ป่วยจะมีความมั่นใจในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ แต่พบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูงและเพียงพอในทุกด้าน จึงทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา อาจทำให้เป็นอุปสรรคในการเรียนรู้ ขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติสิ่งใหม่ ๆ แต่ยังคงปฏิบัติตามแผนการรักษา เพราะมีความมั่นใจในการประเมินผลว่าวิธีการดูแลรักษาที่ทำอยู่นี้ดีหรือไม่ดี รวมถึงความสามารถในการรับรู้สิ่งต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่ลดลง และอาจมีข้อจำกัดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยคิดว่าตัวเองทำไม่ได้ จึงไม่ใส่ใจ ทำให้ขาดความมั่นใจในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะความมั่นใจในรักษาสภาพร่างกาย จิตใจไม่ให้แย่ลง และไม่เกิดอาการกำเริบ

3. ปัจจัยทำนาย ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และความมั่นใจในการดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลทุติยภูมิ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง สามารถร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดหลังดอาหารได้ร้อยละ 23.1 (Adjusted $R^2 = .231$, $p < .001$) ในขณะที่พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อติดตามอาการ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง ร่วมกันทำนายระดับน้ำตาลในเลือดสะสมของผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 24.9 (Adjusted $R^2 = .249$, $p < .001$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่าเมื่อบุคคลป่วยด้วยโรคเรื้อรัง จะมีการปรับพฤติกรรมการดูแลตนเองระหว่างกระบวนการดูแลรักษา เช่น การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การทำจิตใจให้สบาย การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ การรับประทานยา การดูแลรักษาต่อเนื่อง การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล การระมัดระวังตนเองไม่ให้เจ็บป่วย รวมทั้งมีการประเมินและติดตามอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น เพื่อสุขภาพหรือเพื่อรักษาความมั่นคงของร่างกายและอารมณ์ โดยมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาตนเองในด้านต่างๆ (Riegel et al., 2012) และบุคคลจะรับรู้ความสามารถของตนเอง และสนับสนุนตนเองในการเผชิญกับภาวะดังกล่าว โดยการสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ (Çetinkaya et al., 2019)

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความมั่นใจในการดูแลตนเองไม่เพียงพอ จึงควรนำข้อมูลดังกล่าวไปพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรม การออกแรงทำกิจกรรมให้เหมาะสม สร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้เลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับพัฒนาทักษะของบุคลากรในการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

พยาบาลวิชาชีพ หรือบุคลากรทางสุขภาพสามารถนำผลการวิจัยไปพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเน้นพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อคงภาวะสุขภาพ ติดตามอาการ และจัดการอาการ รวมทั้งเสริมสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ดียิ่งขึ้น

References

- Almutairi, N., Hosseinzadeh, H., & Gopaldasani, V. (2020). The effectiveness of patient activation intervention on type 2 diabetes mellitus glycemic control and self-management behaviors: A systematic review of RCTs. *Primary Care Diabetes*, 14(1), 12-20.

- Al-Qerem, W., Jarab, A. S., Badinjki, M., Hammad, A., Ling, J., & Alasmari, F. (2022). Factors associated with glycemic control among patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 26(7), 2415-2421.
- Alor, S. K., Kretchy, I. M. A., Glozah, F. N., & Adongo, P. B. (2023). Factors associated with glycaemic control among patients with type 2 diabetes mellitus in Ho, Ghana: A cross-sectional study. *Metabolism Open*, 20, 100265.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Bin Rakhis, S. A., AlDuwayhis, N. M., Aleid, N., AlBarrak, A. N., & Aloraini, A. A. (2022). Glycemic control for type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review. *Cureus*, 14(6), e26180.
- Bunsuk, C., Suwanno, J., Klinjun, N., Kumanjan, W., Srisomthrong, K., Phonphet, C., & Thiamwong, L. (2023). Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Thai version of self-care of chronic illness inventory version 4.c. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(3), 332-344.
- Caruso, R., Rebora, P., Dellafiore, F., Fabrizi, D., Riegel, B., Ausili, D., & Di Mauro, S. (2019). Clinical and socio-demographic determinants of inadequate self-care in adults with type 1 diabetes mellitus: the leading role of self-care confidence. *Acta Diabetologica*, 56(2), 151-161.
- Çetinkaya, A., Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, C., Bölümü, H., Eşlik, M., & Hemşirelik Dergisi, K. (2019). Self-efficacy perceptions in coping of the patients' post-coronary artery bypass graft surgery. *Turkish Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(22), 41-49.
- Chindankutty, N. V., & Devineni, D. (2023). Self-efficacy and adherence to self-care among patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Journal of Population & Social Studies*, 31.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *Diabetes reports*. Retrieved from <https://datariskcom-ddc.moph.go.th/download>
- Diabetes Association of Thailand, Endocrine Society of Thailand, & National Health Security Office. (2023). *Clinical practice guideline for diabetes 2023*. Bangkok: Srimuang Printing.
- Dinavari, M. F., Sanaie, S., Rasouli, K., Faramarzi, E., & Molani-Gol, R. (2023). Glycemic control and associated factors among type 2 diabetes mellitus patients: A cross-sectional study of Azar cohort population. *BMC Endocrine Disorders*, 23(1), 273.
- Houle, J., Lauzier-Jobin, F., Beaulieu, M. D., Meunier, S., Coulombe, S., Côté, J., Lespérance, F., Chiasson, J. L., Bherer, L., & Lambert, J. (2016). Socioeconomic status and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes: A mediation analysis. *BMJ open diabetes research & care*, 4(1), e000184.
- Joeliantina, A. Norontoko, D.A., Wuryaningsih, S.H. & Padoli. (2023). Self-confidence and foot self-care behavior in patients with diabetes mellitus: A cross-sectional study. *Advances in Health Sciences Research* 72, 23-31.
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2023). *Diabetes report*. Retrieved from https://nakhonsihealth.moph.go.th/new/?page_id=528

- Pachariyanon, W., Kessomboon, P., Suwanmola, L., Chongwarin, S., & Puhern, N. (2018). Factors associated with poor control of diabetes mellitus. *Mahasarakham Hospital Journal*, 15(1), 118-127.
- Phajan, T., Suwannaphant, K., Anarat, B., & Thalakorn, N. (2022). Factors associated with glycemic control among type 2 diabetes mellitus patients in Thabo, Nong Khai, Thailand. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 285-298.
- Phonphet, C., Suwanno, J., Bunsuk, C., Kumanjan, W., & Thiamwong, L. (2024). Psychometric testing of the cross-culturally adapted Thai version of the self-care self-efficacy scale version 3.0 in individuals with chronic illnesses. *International Journal of Nursing Sciences*, 11(4), 473-484.
- Phuwilert, P., Khiewkhern, S., Phajan, T., Wongprachum, K., Wibuloutai, J., Srichomphoo, C., & Tudpor, K. (2024). Factors affecting glycemic control in patients with type 2 diabetes in Kalasin province, Thailand: An analytical cross-sectional study. *Healthcare*, 12(19), 1916.
- Riegel, B., De Maria, M., Barbaranelli, C., Luciani, M., Ausili, D., Dickson, V. V., & Vellone, E. (2024). Measuring self-care: A Description of the Family of disease-specific and generic instruments based on the theory of self-care of chronic illness. *The Journal of Cardiovascular Nursing*. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000001146>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194-204.
- Riegel, B., Jaarsma, T., Lee, C. S., & Strömberg, A. (2019). Integrating symptoms into the middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 42(3), 206-215.
- Ruan, Y., Yan, Q., Hua, X., Ji, Y., Yang, Q., Di, Y., & Shi, R. (2016). Epidemiology of diabetes in adults aged 35 and older from Shanghai, China. *BioMed Research International*, 2016, Article 7858015.

ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ long covid ในกลุ่มผู้ป่วย หลังติดเชื้อโควิด-19

ธิดารัตน์ คณิงเพียร, ปร.ด.¹ นริศรา เสามั่น, พย.บ.^{1*} อรุณช ประดับทอง, พย.ม.¹ สุขุมาล แสนพวง, พย.ม.¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ long covid ในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งมารับบริการที่หน่วยบริการสุขภาพพื้นที่จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 129 คน ซึ่งได้มาด้วยการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามภาวะ long covid เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มีนาคม ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า อาการ long covid ที่พบมากที่สุด คือ เหนื่อยอ่อนเพลีย จำนวน 70 ราย (ร้อยละ 54.3) รองลงมา คือ อ่อนเพลีย จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 51.2) และเหนื่อยง่าย จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 50.4) ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะ long covid ได้แก่ โรคประจำตัว ($\beta = .204$) และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($\beta = .477$) โดยสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะ long covid ได้ร้อยละ 26.3 ($R^2 = 0.263, p < .001$)

จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรมีการติดตามดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีโรคประจำตัวและความรุนแรงของโรคโควิด-19

คำสำคัญ: การเกิดภาวะ long covid ผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

¹ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

* ผู้เขียนหลัก e-mail: Narisara@bcnsurin.ac.th

Factors predicting long covid-19 among patients after affected with covid-19

Thidarat kanungpiarn, Ph.D.¹, Narisara saowmun, B.N.S.^{1*}, Oranute Pradubtong, M.S.N.¹,
Sukhumal Sanpaung, M.S.N.¹

Abstract

This research aims to study the predictive factors of long COVID occurrence in a group of patients after COVID-19 infection. A simple random sampling method was used to recruit the sample of 129 patients after affected with covid-19 in Surin province. Research instruments included questionnaires to gather data for demographic information and a long COVID questionnaire. Data were collected during the period of March to December 2023. Descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results revealed that the most common long COVID symptom is fatigue, with 70 cases (54.3%). This is followed by exhaustion, with 66 cases (51.2%), and easy fatigue, with 65 cases (50.4%). The significant predictors of long covid-19 among patients after affected with covid-19 were underlying health conditions ($\beta = .204$) and severity of the disease ($\beta = .477$). These predictors could together explain 26.3% of the variance in long covid-19 among patients after affected with covid-19 ($R^2 = 0.263, p < .001$).

These findings suggest that health care providers should monitor and care for COVID-19 patients with underlying conditions and those with severe disease after COVID-19 infection.

Key words: Long covid-19, patients after affected with covid-19

¹ Lecturer, Boromarajonani college of Nursing, Surin, Faculty of nursing, Praboromrajchanok institute

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

บทนำ

ไวรัสโคโรนา (โควิด 19) เป็นกลุ่มของไวรัสที่อยู่ในวงศ์ Coronaviridae ซึ่งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประกาศให้เชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด 19) เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) จากสถานการณ์ระบาดของไวรัส Covid-19 ที่เกิดขึ้นในหลายพื้นที่ทั่วโลก 5 อันดับแรกที่ติดเชื้อสูงสุด คือ อเมริกา อินเดีย บราซิล และฝรั่งเศส จำนวนติดเชื้อใหม่ในแต่ละวันของทั่วโลก มาจากทวีป ยุโรป และอเมริกา สถานการณ์ระบาดของไทย เฉพาะจำนวนติดเชื้อยืนยัน 3,026,695 ราย เสียชีวิต 23,235 กำลังรักษา 232,521 ราย สูงเป็นอันดับ 16 ของโลก และอันดับ 1 ของเอเชีย (Department of Disease Control, 2022) ขณะที่ศูนย์ข้อมูล COVID-19 จังหวัดสุรินทร์ รายงานสถานการณ์ COVID-19 จ.สุรินทร์ (ระลอกใหม่ ม.ค. 2565) พบ ผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม 16,699 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 345 คน อยู่ระหว่างรักษา 2,904 คน (โรงพยาบาลสนาม/ศูนย์พักคอย 1,275 คน) หายป่วยสะสม 13,764 คน (รายใหม่ 299 คน) เสียชีวิตสะสม 31 คน (รายใหม่ 2 คน) (Surin Provincial Public Health Office, 2022)

มีการรายงานว่า ผู้ป่วยที่หายจากโควิดแล้วประมาณ 30-50% จะยังมีอาการหลงเหลืออยู่ เช่น เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย มีไข้ ไอ ปวดหัว ซึ่งภาวะนี้เรียกว่า long covid (Long Covid) ภาวะ long covid นี้สามารถพบได้ในผู้ป่วยหลังได้รับเชื้อ 4-12 สัปดาห์ขึ้นไป อาการของภาวะ long covid สามารถแสดงออกได้ทั้ง “ทางร่างกาย” และ “ทางจิตใจ” โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะมีอาการแตกต่างกัน ไม่มีลักษณะตายตัว เช่น ไอ, มีไข้, ปวดศีรษะ, การรับรู้กลิ่นหรือรสชาติลดลง, เจ็บหน้าอก, หายใจไม่อิ่ม, เหนื่อยง่าย, ปวดข้อหรือกล้ามเนื้อ, ท้องเสีย โดยเกิดจากการที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง และบางรายอาจมีอาการ วิตกกังวล, สมาธิสั้นลง หรือซึมเศร้าร่วมด้วย ทั้งนี้ โดยเฉพาะผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มสีแดง หรือผู้ป่วยที่มีอาการป่วยรุนแรง จะมีโอกาสเกิดภาวะ long covid สูงกว่าผู้ป่วยโควิดที่มีอาการน้อย เนื่องจากอาจมีปัจจัยเรื่องความเครียดที่สะสมมาตั้งแต่ช่วงป่วยเป็นโรคโควิด-19 ซึ่งส่งผลต่อเนื่องอาจยาวนาน 3-6 เดือนได้กว่าจะกลับมาเป็นปกติ รวมทั้งพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และผู้ที่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ด้วย เช่น โรคหอบหืด เป็นต้น (Department of Mental Health 2022)

นอกจากอาการทางด้านร่างกายแล้ว ผู้ป่วยหลายรายยังอาจมีอาการทางจิตใจร่วมด้วย เช่น วิตกกังวล สมาธิสั้นลง หรือซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้ (Srisophit, 2022) ผู้ป่วยมักจะมีอาการกังวลเกี่ยวกับอาการของตนเองว่าจะมีอาการรุนแรง หรือจะมีภาวะแทรกซ้อนหรือไม่ บางรายอาจจะคาดหวังว่าใช้เวลารักษาตัวในโรงพยาบาลเพียงไม่กี่วัน แต่กลับต้องอยู่โรงพยาบาลนานกว่าที่คาดไว้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวและวิตกกังวล ส่วนในรายที่มีอาการของโควิดรุนแรงถึงขั้นต้องนอนรักษาตัวในแผนกผู้ป่วยวิกฤต (ICU) หรือ อาจต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยอาจจะมีอาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบสถานการณ์กระทบกระเทือนใจรุนแรงได้ หรือที่ทางการแพทย์เรียกว่า PTSD (Post-traumatic stress disorder) ผู้ป่วยที่ได้รับผลกระทบจาก long covid มักต้องใช้เวลาในการพักฟื้น อาจเสียความคล่องตัวขั้นพื้นฐาน (Loss of basic mobility) ทำให้สูญเสียความมั่นใจในการใช้ชีวิตประจำวัน หลายคนมักรู้สึกเหนื่อยง่ายขึ้นกว่าเดิม ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตได้ไม่เป็นปกติ เช่น ต้องเดินช้า ๆ หายใจช้า ๆ ต้องระมัดระวังการรับประทานอาหาร ต้องงดหลาย ๆ กิจกรรม โดยเฉพาะการออกกำลังกาย เมื่อสูญเสียความมั่นใจในสิ่งที่เคยได้ทำ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลงย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วย มีผู้ป่วยที่หายจากโควิดจำนวนไม่น้อยมีภาวะวิตกกังวล (anxiety) หรือ ซึมเศร้า (depression) บางรายอาจเกิดความรู้สึกผิดที่ต้องลาป่วยเป็นเวลานาน และเพื่อนร่วมงานต้องมารับผิดชอบแทน ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพจิตในระยะยาวได้

มหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ด ร่วมกับศูนย์วิจัยวิชาการแพทย์ด้านสุขภาพของออกซ์ฟอร์ด (BRC) และสถาบันวิจัยสุขภาพแห่งชาติ (National Institute for Health Research: NIHR) ของสหราชอาณาจักร เปิดเผยรายงานผลการศึกษาวิจัยล่าสุด พบว่า ผู้ป่วยโควิดราว 37% หรือกว่า 1 ใน 3 จะเกิดภาวะ long covid (Long COVID) หรือมีอาการในระยะยาวอย่างน้อย 1 อย่าง หลังจากติดเชื้อไปแล้วนาน 3-6 เดือน โดยมหาวิทยาลัยออกซ์ฟอร์ดเผยว่า ได้ทำการวิจัยและตรวจสอบอาการในกลุ่มผู้ป่วยโควิดที่กำลังฟื้นตัวจากการติดเชื้อมากกว่า 270,000 คน ซึ่งพบว่าอาการระยะยาวหลัง

ติดโควิดที่พบบ่อยที่สุด 9 อย่าง ได้แก่ หายใจผิดปกติหรือหายใจลำบาก 8% อาการที่เกี่ยวกับบริเวณท้อง เช่น ปวดท้อง 8% วิดกกังวลและหุดหู่ 15% เจ็บคอหรือหน้าอก 6% ภาวะสมองล้า 4% เหนื่อยล้า 6% ปวดศีรษะ 5% ปวดกล้ามเนื้อ 1.5% ปวดส่วนอื่น ๆ 7% โดยอาการป่วยที่รุนแรงจากการติดเชื้อ รวมถึงอายุและเพศของผู้ป่วยโควิด เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวโน้มในการเกิดภาวะ long covid ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโควิดที่อาการหนักจนต้องเข้าโรงพยาบาลจะเกิดอาการป่วยในระยะยาวมากกว่า และผู้หญิงจะเกิดภาวะ long covid มากกว่าผู้ชาย ปัจจัยเหล่านี้ยังส่งผลต่ออาการในระยะยาวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ผู้สูงอายุและผู้ชายจะมีปัญหาหายใจลำบากและภาวะสมองล้ามากกว่า ส่วนผู้หญิงและหนุ่มสาวที่อายุน้อยมักจะมีอาการปวดศีรษะ อาการที่บริเวณท้อง และเกิดความวิตกกังวลหรือหุดหู่มากกว่า ขณะที่งานวิจัยยังชี้ว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากที่มีอาการในระยะยาวมากกว่า 1 อาการ และอาการมักจะเกิดร่วมกันมากขึ้นเมื่อผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง และกลุ่มที่ควรเฝ้าระวัง เพราะมีโอกาสได้รับผลกระทบของโรคที่รุนแรงและฟื้นตัวได้ยากกว่า คือ กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะอ้วน ผู้ป่วยโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเบาหวาน รวมถึงกลุ่มผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ (Srisophit, 2022; ThaksinWaracharn, 2022)

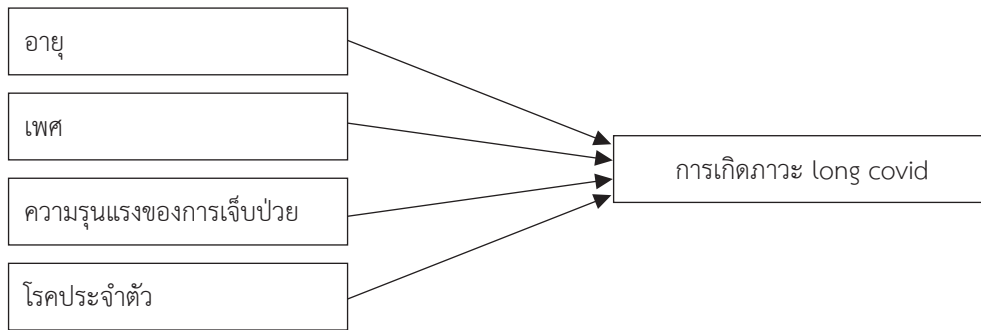
จะเห็นได้ว่า แม้ว่าจะสามารถควบคุมการระบาดได้ แต่จำนวนผู้ติดเชื้อยังมีมาก และจะไม่จบแค่ติดเชื้อ ป่วย รักษา หายหรือตายแต่จะเกิดผลกระทบระยะยาว “Long COVID” บั่นทอนสมรรถนะในการดำเนินชีวิต การทำงาน และทำให้มีผลระยะยาวในผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคหอบหืด โรคเบาหวาน โรคปอดติดเชื้อเรื้อรัง หรือภาวะทุพพลภาพ เป็นภาระค่าใช้จ่ายทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม จากปรากฏการณ์ดังกล่าวมาข้างต้น จากการสอบถามเบื้องต้นจากผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 บางรายในพื้นที่ของจังหวัดสุรินทร์ พบว่า บุคคลเหล่านี้ หลายรายยังมีอาการหลงเหลือ และจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาในประเด็นนี้แต่ยังไม่สามารถนำมาอธิบายถึงปัจจัยที่จะเป็นแนวทางในการป้องกันหรือดูแลสุขภาพผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไปได้ (Khamphan, 2022; Srisophit, 2022; ThaksinWaracharn, 2022) ดังนั้น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แท้จริง ในการนำไปพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการบริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโควิด-19 ให้ครอบคลุมทุกระยะและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงภาวะ long covid ในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 และปัจจัยทำนายภาวะ long covid โดยทำการศึกษาในพื้นที่ของจังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะ long covid ในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ อายุ เพศ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และ โรคประจำตัว ต่อการเกิดภาวะ long covid ในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

“Long covid” (Long COVID) เรียกได้อีกอย่างว่า POST COVID SYNDROME เป็นภาวะ หรืออาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโควิด-19 หลังจากได้รับเชือนาน 4 สัปดาห์ ไปจนถึง 12 สัปดาห์ขึ้นไป ซึ่งผู้ป่วยจะเป็นได้ทั้งการมีอาการคล้าย ๆ เดิม หรือมีอาการใหม่ ๆ ที่ไม่เคยเป็นตอนติดเชื้อโควิด-19 ก็ได้ โดยภาวะ “long covid” มักพบในผู้ป่วยโควิด-19 ที่เชื้อลงปอด และมีโรคเรื้อรังร่วมด้วย จึงส่งผลให้ปอดทำงานหนัก ปอดอ่อนแอลงกว่าที่เคย และมีภาวะเหนื่อยง่ายกว่าปกติ แต่ละคนจะมีอาการแตกต่างกันไป เป็นอาการที่ไม่มีลักษณะตายตัว สามารถเกิดขึ้นได้ทั่วร่างกาย ตั้งแต่ระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและหลอดเลือด ทำให้ผู้ที่หายป่วยจากโควิดบางราย ยังไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตตามปกติเหมือนอย่างเคย ภาวะ Long COVID ที่มีอาการหลงเหลือ อย่างน้อย 1 อาการ อาการส่วนใหญ่ที่พบได้แก่ เหนื่อยง่าย หายใจไม่อิ่ม อ่อนเพลีย (Department of Mental Health 2022) และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID คือ อายุ เพศ และการติดเชื้อระดับรุนแรง โรคประจำตัว (Srisophit, 2022; ThaksinWaracharn, 2022)



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยแบบสัมพันธ์เชิงทำนาย (Correlational predictive study design) เพื่อศึกษาภาวะ long covid และปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ long covid ในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด -19 ซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพจากแต่ละพื้นที่จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด -19 ภายหลังจากได้รับเชื้อมานาน 4 สัปดาห์ไปจนถึง 12 สัปดาห์ขึ้นไป และมี ภาวะ long covid ซึ่งเป็นผู้รับบริการสุขภาพจากหน่วยบริการสุขภาพพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยกำหนดคุณสมบัติเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้

1. มีอายุ 20 ปี ขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะ long covid ภายหลังจากได้รับเชื้อมานาน 4 สัปดาห์ไปจนถึง 12 สัปดาห์ขึ้นไป
3. เป็นผู้ที่มีการรับบริการดูแลสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 จากหน่วยบริการสุขภาพพื้นที่อำเภอเมืองจังหวัดสุรินทร์
4. เป็นผู้ที่สามารถอ่าน เขียนหนังสือภาษาไทยได้ และสามารถตอบแบบสอบถามได้ครบทุกส่วน

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับความจำ เช่น หลงลืม ความจำเสื่อม หรือมีภาวะทางจิตที่ผิดปกติ
2. เป็นผู้ที่อ่านและ เขียนหนังสือภาษาไทยไม่ได้
3. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบทุกส่วน หรือ ขอลาออกจากโครงการ

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G power โดยเลือก Test family เป็น F tests เลือก Statistical test เป็น Linear Multiple regression: Fixed Model, R2 deviation from zero เลือก Type of power analysis เป็น A Priori: Compute required sample size, given α , power, and effect size กำหนด Effect size f ระดับกลาง 0.15, $\alpha = 0.05$, power of test = 0.95 จำนวนตัวแปร ทำนาย 4 ตัวแปร ได้จำนวน 129 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและพัฒนาจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ. โรคประจำตัว. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคโควิด-19 สถานที่รักษา ประเภทผู้ป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ไม่มีอาการ มีอาการเล็กน้อย มีอาการปานกลาง มีอาการรุนแรง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะ long covid โดยผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะ long covid ประกอบด้วย แบบสอบถามภาวะ long covid โดยผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะ long covid ประกอบด้วย อาการทั่วไป (เหนื่อย/อ่อนเพลีย/อ่อนล้า) 1 ข้อ ระบบทางเดินหายใจ 3 อาการ ระบบหัวใจและหลอดเลือด 4 ข้อ ระบบประสาท 4 ข้อ กลุ่มอาการทางผิวหนังและเส้นผม 1 อาการ อาการทางจิตใจ 3 อาการ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก 3 อาการ ในแต่ละข้อ หากมีอาการให้ 1 ไม่มีอาการให้ 0 คะแนน รวม 0-19 คะแนน

การตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำแบบสอบถามภาวะ long covid ไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน โดยเป็น อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นำแบบสอบถามที่ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแล้วมาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม (Index Item Objective Congruence: IOC) โดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.5 ขึ้นมาใช้ ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC น้อยกว่า 0.5 นั้น มีการนำปรับปรุงให้เหมาะสมตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) นำแบบสอบถามภาวะ long covid ที่ผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย นำมาวิเคราะห์โดยใช้ค่า KR-20 ได้ค่า 0.70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้างนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ เลขที่ P-EC 07-03-65 โครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีการทดลองใด ๆ การเข้าร่วมการดำเนินการวิจัยครั้งนี้จึงไม่มีความเสี่ยงต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลคำตอบจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้จะไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ผู้ทวิวิจัยจะเผยแพร่แนะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม และ นำไปใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับการชี้แจงจุดประสงค์ ขั้นตอนในการศึกษา และเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขอความร่วมมือและขอคำยินยอมในการตอบแบบสอบถามจากผู้เข้าร่วมวิจัยทุกราย ทำลายข้อมูลภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัยเป็นระยะเวลา 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้างนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ ดำเนินการวิจัยและเก็บข้อมูลโดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้เก็บรวบรวมข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
2. ผู้วิจัยประสานงานกับรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์หรือหัวหน้าหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ชี้แจงกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลส่วนตัวที่ได้จะเก็บเป็นความลับการนำเสนอผลหรืออภิปรายข้อมูลของการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมทั้งหมด เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยจึงทำการเก็บข้อมูล
4. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามภาวะ long covid ภายหลังเสร็จสิ้น ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และ ร้อยละ
2. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ long covid ด้วยสถิติสมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 99 ราย (ร้อยละ 76.74) อายุระหว่าง 61-70 ปี จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 38.76) รองลงมา คือ อายุระหว่าง 51-60 ปี จำนวน 26 ราย (ร้อยละ 20.16) และ อายุ 71-80 ปี จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 12.40) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว จำนวน 108 ราย (ร้อยละ 83.7) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ มีอาการบ้าง จำนวน 93 ราย (ร้อยละ 72.1) รองลงมา มีอาการปานกลาง จำนวน 29 ราย (ร้อยละ 22.5) และ ไม่มีอาการ จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 3.1) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 129)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	30	23.26
หญิง	99	76.74
อายุ		
20-30	10	7.75
31- 40	8	6.20
41-50	10	7.75
51-60	26	20.16
61-70	50	38.76
71-80	16	12.40
81-85	9	6.98
โรคประจำตัว		
มี	108	83.7
ไม่มี	21	16.3
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย		
ไม่มีอาการ	4	3.1
มีอาการบ้าง	93	72.1
มีอาการปานกลาง	29	22.5
มีอาการรุนแรง (ติดเชื้อที่ปอด ต้องนอนโรงพยาบาล)	3	2.3

2. อาการ long covid ที่พบมากที่สุด คือ เหนื่อยอ่อนเพลีย จำนวน 70 ราย (ร้อยละ 54.3) รองลงมา คือ อ่อนเพลีย จำนวน 66 ราย (ร้อยละ 51.2) และเหนื่อยง่าย จำนวน 65 ราย (ร้อยละ 50.4) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของอาการแสดงภาวะ long covid

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
อาการทั่วไป		
เหนื่อยอ่อนเพลีย	70	54.3
ระบบทางเดินหายใจ		
เหนื่อยง่าย	65	50.4
อ่อนเพลีย	66	51.2
ไอเรื้อรัง	61	47.3
ระบบหัวใจและหลอดเลือด		
ใจสั่น	21	16.3
หัวใจเต้นเร็วมากกว่า 111 ครั้ง/นาที ในขณะที่พัก	11	8.5
เจ็บหน้าอก	13	10.1
เหนื่อยง่าย	41	31.8
ระบบประสาท		
ปวดศีรษะ	45	34.5
เวียนศีรษะ มึนศีรษะ	50	38.8
ความจำสั้น หลงลืม สมาธิสั้น	36	27.9
กล้ามเนื้ออ่อนแรงเฉพาะที่เฉียบพลัน	12	9.3
กลุ่มอาการผิวหนังและเส้นผม		
ผมห่นร่วง	28	21.7
อาการทางจิตใจ		
วิตกกังวล	28	21.7
หดหู่ ซึมเศร้า	4	3.1
นอนไม่หลับ	40	31
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก		
ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	53	41.1
ปวดตามข้อและกระดูก	48	37.2
กล้ามเนื้อลีบ	8	6.2

3. ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะ long covid ในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 ก่อนการวิเคราะห์ด้วยข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อมูลตามข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ของสถิติถดถอยพหุคูณได้ผลดังนี้ ตัวแปรต้นมีการกระจายแบบปกติ ตัวแปรต้นและตัวแปรตามมีความเป็นอิสระต่อกัน ไม่มี Univariate outliers ตัวแปรต้นทุกตัว ไม่มีความสัมพันธ์กันหรือไม่เกิด Multicollinearity กราฟมีลักษณะเป็น Homoscedasticity เป็นไปตามข้อตกลงของ Normality, Linearity และ Homoscedasticity ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธี Stepwise Regression ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโดยวิธี Stepwise Regression (n = 129)

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
โรคประจำตัว	2.201	1.103	.204	1.995	.048
ความรุนแรงของการเจ็บป่วย	3.479	.568	.477	6.122	<.001
Constant	-2.380	1.788		-1.331	.186

$R^2 = .263, R^2_{\text{Adjusted}} = .252, F_{(1, 113)} = 22.349, p < .001$

จากตารางที่ 3 พบว่า ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะ long covid ได้แก่ โรคประจำตัว ($\beta = .204$) และความรุนแรงของการเจ็บป่วย ($\beta = .477$) โดยสามารถร่วมทำนายการเกิดภาวะ long covid ได้ร้อยละ 26.3 ($R^2 = 0.263, p < .001$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัย สรุปว่า อาการเหนื่อยอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 อภิปรายได้ว่า กลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 มักพบอาการผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนภายหลังการป่วยเป็นโควิด-19 (Post COVID syndrome) หรือ ภาวะ Long COVID เป็นอาการที่ผู้ป่วยโควิด-19 มักพบภายหลังจากรักษาหายแล้ว ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นมีความหลากหลายและอาจแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล โดยอาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย ซึ่งสามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย ตั้งแต่ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท ระบบภูมิคุ้มกันและสุขภาพจิต ทั้งนี้การพบอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษา meta-analysis ของสถาบันต่าง ๆ ในต่างประเทศ ผลการวิเคราะห์พบว่า ความชุกตามกลุ่มอาการที่พบบ่อยมากที่สุด ได้แก่ อ่อนเพลีย ร้อยละ 47 หอบเหนื่อย ร้อยละ 22 (National Institute for Health and Care Excellence, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ Teekham and Srisukham (2023) การวิจัยภาคตัดขวางเพื่อศึกษาอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยพบอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 59.6 อาการที่พบบ่อยที่สุด ได้แก่ เหนื่อยง่าย และการศึกษาของ Chanarong (2022) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมักมีอาการหลังติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 45.4 โดยพบอาการหลงเหลือภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ระยะเวลา 3 ถึง 10 เดือน โดยพบอาการมากที่สุด ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 80.9 รองลงมาได้แก่ เหนื่อยง่าย ร้อยละ 56.2 และอาการไอ/ไอแห้ง ๆ/ไอมีเสมหะ ร้อยละ 33.7 จะเห็นได้ว่าเกือบครึ่งหนึ่งหลังจำหน่ายมักมีอาการหลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19 โดยมีอาการมากกว่า 3 เดือน

จากผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยโรคประจำตัวและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะ long covid ของกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 อธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวและมีรุนแรงของโรคจะทำให้เกิดภาวะ long covid ได้มากขึ้น สอดคล้องกับ การศึกษาของ Whitaker et al. (2022) และ Blomberg et al. (2021) ที่พบว่า ภาวะ long covid พบมากในผู้ที่มีโรคประจำตัว และ Khamphan (2022) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคโควิด 19 ที่มีอาการรุนแรงมีโอกาสมากขึ้นในการพบอาการแทรกซ้อนในระบบการหายใจในระยะยาวของโรคโควิด-19 ได้ ผู้ป่วยที่หายจากโรคโควิด-19 จำนวนมาก มีอาการหลงเหลือหรือเกิดอาการขึ้นใหม่ อาการที่เกิดขึ้นพบได้หลากหลายเกิดขึ้นได้ในระบบการทำงานต่าง ๆ ของร่างกาย รวมทั้งความผิดปกติด้านปริซันและอารมณ์ ผู้ป่วยสามารถมีได้หลายอาการ เรียกอาการเหล่านี้ว่า ภาวะ Long COVID ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน บั่นทอนคุณภาพชีวิต ไม่สามารถใช้ชีวิตหรือทำงานได้ตามเดิม

สรุปได้ว่า อาการ เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อโควิด-19 และ ปัจจัยโรคประจำตัวและความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะ long covid ของกลุ่มผู้ป่วยหลังติดเชื้อ

โควิด-19 ดังนั้น หลังการติดเชื้อโควิด-19 จะมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่มีอาการ long covid ซึ่งถ้าส่งสัยะภาวะดังกล่าวแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ ควรมีการซักประวัติและตรวจร่างกายที่เหมาะสม เพื่อหาสาเหตุและคัดแยกโรคอื่น ๆ ที่ไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ โควิด-19 รวมถึงอาจมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจ เพิ่มเติมที่จำเป็น เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

พัฒนาโปรแกรมการป้องกันการเกิดภาวะ long covid โดยมุ่งเน้นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวและพบความรุนแรงของโรคโควิด-19

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

เป็นแนวทางในการติดตามผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีโรคประจำตัวและพบความรุนแรงของโรคหลังการติดเชื้อโควิด-19 บุคลากรทางสุขภาพ ควรมีการซักประวัติและตรวจร่างกายที่เหมาะสม และจัดกิจกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ long covid ต่อไป

References

- Blomberg, B., Mohn, K. G. I., Brokstad, K. A., Zhou, F., Linchausen, D. W., Hansen, B. A., & Langeland, N. (2021). Long COVID in a prospective cohort of home-isolated patients. *Nature Medicine*, 27(9), 1607-1613. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01433-3>
- Chanarong, M. (2022). Factors associated with post-discharge delirium in patients. Infected with the coronavirus 2019. *Journal of Health and Nursing Education*, 28(1), 1-16.
- Department of Disease Control. (2022). *Daily COVID-19 report: Information specific to Thailand*. Retrieved from <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>.
- Department of Mental Health. (2565). *Long COVID symptoms after recovering from COVID*. Retrieved from <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=2461>
- Khamphan, P. (2022). Long COVID and long-term respiratory complications from COVID-19. *Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital*, 18(2), 79-96.
- National Institute for Health Research (NIHR). *Over a third of covid patients diagnosed with at least one long-covid symptom*. Retrieved from https://www.ox.ac.uk/news/2021-09-29-over-third-covid-19-patients-diagnosed-least-one-long-covid-symptom?fbclid=IwAR36_h3vNXg8cdNLHQiMHRWb42Z5D29BNwkMoKH4-hiWvJVwM3utfPziaGA
- Srisopit, P. (2022). "Why do I still have anxiety and depression after recovering from COVID?" *The impact of long COVID. (Long Covid) Affects the mind*. Retrieved from <https://www.pparam9.com/long-covid-depression/>.
- Surin Provincial Public Health Office. (2022). *COVID-19 Information center, Surin province*. Retrieved from <https://www.facebook.com/SurinCovidCenter/>.

- Teekham, S., & Srisukham, T. (2023). Symptoms remaining after COVID-19 infection and the factors involved. The relationship between self-care behaviors of patients who have previously been infected with COVID-19 in Kring subdistrict, Chiang Khong district, Chiang Rai province. *Journal of Disease Prevention and Control, Volume 2, Phitsanulok, 10(2)*, 49-66.
- Thaksinwaracharn, R. (2022). *LONG COVID after infection: What has COVID left behind in our bodies!*. Retrieved from: <https://www.praram9.com/long-covid/>
- Whitaker, M., Elliott, J., Chadeau-Hyam, M., Riley, S., Darzi, A., Cooke, G., & Elliott, P. (2021). Persistent symptoms following SARS-CoV-2 infection in a random community sample of 508,707 people. *MedRxiv*, 1-40. <https://doi.org/10.1101/2021.06.28.21259452>

Factors Related to Quality of Life Among Persons with Benign Prostatic Hyperplasia in Wenzhou, China: A Cross Sectional Study

Chun Mei Li, M.N.S.¹, Niphawan Samartkit, Ph.D.^{2*}, Chutima Chantamit-o-pas, Ph.D.³

Abstract

The aim of this research was to describe quality of life (QOL) and examine its relationship with the severity of lower urinary tract symptoms (LUTS), sleep disturbance, depression, and social support among the persons with Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) in Wenzhou, China. A simple random sampling technique was used to recruit 100 individuals with BPH, who came to follow up on their health at the Urological Clinic outpatient department of the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University in Wenzhou, China. Research instruments included the demographic data questionnaire, the International Prostate Symptoms Score, the Verran and Snyder-Halpern Sleep Scale, the Geriatric Depression Scale-15, the Social Support Rating Scale, and the revised version of the Quality of Life Scale for BPH Patients, with Cronbach's alpha values of 89, 92, 79, 88, and 94, respectively. Data was analyzed by descriptive statistics and Pearson's correlation.

The results of this study showed that the mean score of QOL of BPH persons was 102.2 (SD = 12.9) out of 160. There was a significant positive relationship between social support and QOL among persons with BPH ($r = .485$, $p < .001$). Severity of LUTS ($r = -.736$, $p < .001$), sleep disturbance ($r = -.553$, $p < .001$), and depression ($r = -.670$, $p < .001$) had a negative relationship with QOL among them.

The findings in this study could make nurses and other health care providers have a better understanding towards the QOL of BPH persons in Wenzhou, China. Moreover, the results are useful for the development of effective interventions to reduce depression, sleep disturbances, LUTS, and increase social support, then improve the QOL of BPH persons.

Key words: Benign prostatic hyperplasia, quality of life, lower urinary tract symptoms, social support, sleep disturbance, depression

¹ Student of Master of Nursing Science Program Adult Nursing (International Program), Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

² Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

³ Assistance Professor, Faculty of Nursing, Burapha University, Thailand

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

Introduction

Benign prostatic hyperplasia (BPH) is one of the most common diseases of the urinary system. It is a chronic disease mainly occurring in elderly men. According to the advent of an aging society, the number of older males with BPH is increasing year by year, and in the United States, over 15 million men have diagnosis of BPH (Egan, 2016). As reported by Chinese epidemiological statistics, the prevalence rate of BPH of men age <60 is 45%, age 61-70 is 70%, and that of men age 81-90 is 90% (Xiong et al., 2020). Although BPH is not life-threatening, however it poses a serious threat to the QOL of patients (Park et al., 2020). Long-term low QOL not only reduces the happiness of persons with BPH and their family members, but also is not conducive to promoting the development of healthy aging of the elderly male globally, including in China (Alcaraz et al., 2016).

QOL is a term to comprehensively evaluate the quality of human life. The World Health Organization (WHO) defines the QOL as the living experience of people in different cultural value systems towards their goals, expectations, standards, and things they care about, including physical, psychological, social functions, and material states. The surveys in China have found that among the chronic diseases affecting the QOL of an elderly male, the prevalence rate of BPH is ranked the first approximately 74.33%, which is more than high blood pressure (56.41%), diabetes (19.02%) and other diseases (Yang & Yongxue, 2015; Ma et al., 2015). Therefore, BPH has become the primary chronic disease endangering the QOL of elderly male. Some literature has been reported that the QOL among BPH persons is medium or low (Pan et al., 2020; Fan, 2022).

BPH is a progressive disease, with the development of a bladder obstruction caused by hypertrophy of the prostatic gland. These groups of patients with meaningful obstruction and moderate symptoms should be living with the clinical manifestations of BPH. About 60% of the patients with low-stage disease was affected by BPH symptoms (Wang & Foo, 2010). Although, transurethral resection of the prostate (TURP) and Holmium laser nucleation of the prostate operation method in the clinical treatment of prostate hyperplasia can quickly resolve urinary tract symptoms. However, these treatments will consider for BPH patients in stage 4, who had complications caused by BPH, such as urinary retention, bladder stone formation, and recurrent urinary tract infections. Thus, there are a large amount of BPH persons that waiting for the treatment process of TURP, moreover living and coping with lower urinary tract symptoms (LUTS). So, the main purpose of caring for BPH persons in stage 2-4, before receiving operation, are to relieve LUTS and further improve the QOL.

LUTS encompasses various abnormal manifestations in the urination cycle caused by changes in the structure and function of the lower urinary tract, including symptoms during storage, urination, after urination and other abnormal symptoms in the urine storage phase include frequent urination, urge incontinence, increased nocturia, and impaired mental health (Wein, 2020). Frequent nocturnal urination also leads to sleep disturbance in the elder and affects the QOL of BPH sufferers. Previous studies suggested that sleep disturbance was an independent risk factor affecting QOL in older persons (Fan, 2022; Ning, 2020). In relation to mental health issues, severity and incidence of depression in BPH patients was higher than that in the general population (Kaplan, 2012; Rom et al.,

2017). The effect of negative depressive symptoms becomes more pronounced over time, leading to a decline in the QOL of a person with BPH.

Among the factors related to the QOL, social support has a pronounced effect on QOL. A person with BPH with low social support tends to have worse QOL (Mutalip et al., 2020). Social support can provide a certain sense of security to cope with stress, reduce negative emotions, reduce the pain of disease in both spiritual and material aspects, and enhance confidence to face one's illness, which is a positive external protective factor. The lack of timely, accurate and long-term psychological support and nursing for patients with BPH and their families leads to strong stigma, poor compliance, and weakened treatment effects, resulting in delayed improvement of the patient's condition, poor social adaptability, and decreased QOL (Liu, 2020).

From the literature review, LUTS, sleep disturbance, depression, and social support are correlated with QOL among persons with BPH. However, there are few specific studies on the QOL of BPH patients and its related factors in China. Based on Symptom Management Theory, this study explored the relationship between LUTS, sleep disturbance, depression, and social support with QOL of persons with BPH. This research results should provide useful information for health care providers in Wenzhou to develop nursing interventions to care for BPH patients, to support and guide them to effectively carry out disease management to improve health outcomes and their QOL.

Research objectives

1. To describe QOL among persons with BPH in Wenzhou, China.
2. To determine the relationship between severities of LUTS, sleep disturbance, depression and social support with QOL among persons with BPH in Wenzhou, China.

Research hypothesis

1. There is a negative correlation between severity of LUTS, sleep disturbance, depression and QOL among persons with BPH in Wenzhou area
2. There is a positive correlation between social support and QOL among persons with BPH in Wenzhou area

Conceptual Framework

Symptom Management Theory (SMT) describes symptom management as a multidimensional process. Symptom management consists of three factors that influence each other: symptom experience, symptom management strategy, and outcomes. In the 2019 revised version, the four elements covered by nursing were added to it, namely: person, environment, health, and disease (Hickey et al., 2019). Person, environment, and health/illness will directly or indirectly affect symptom experience, symptom management strategies, and QOL outcomes (Dodd et al., 2001). When factors related to symptom management are identified, effective intervention can be taken to improve a patient's QOL.

According to SMT and the related literature, LUTS, sleep disturbance, and depressive symptoms are common symptoms perceived to be experienced by the BPH sufferer. Symptom experience consists of three dimensions: perception, evaluation, and response (Fangming & Jianhua., 2012). Symptom perception refers to the patient's cognition of symptoms, symptom evaluation refers to the patient's evaluation of the cause and severity of symptoms, as well as the evaluation of symptoms on mood and life. Symptom response refers to the patient's physiological, psychological, social, and other behavioral reactions caused by symptoms. This can often lead to the enhancement of the body's perception of symptoms, such as the increased dependence on family and society. The patient's perception of LUTS, such as frequent urination, urgent urination, painful urination, increased nocturnal urination, etc., sleep disturbance, and depressive symptoms are often reported by persons with LUTS. Social support is in the environment domain, and was selected to examine the relationship with QOL of the person with BPH. SMT has the advantage of being comprehensive, multidimensional, measurable, dynamic, and emphasizes that all objects, including patients themselves and their environment need to be managed.

Methods

This study was a descriptive correlational research design.

Population and sample

The target population of this study is men with BPH, who were treated in the Urology OPD of the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University in Wenzhou, China. The sample included persons with BPH who came to Urology OPD of the for follow-up of their condition. Simple random sampling was used to recruit the sample, using the following inclusion criteria: 1). Diagnosed BPH with Stage 2-4 2). No history of surgery for transurethral resection of the prostate 3). Age 50 years or older 4). No history of cancer 5). Be able to write and speak Chinese 6). Orientated to place and time 7). No history of mental illness (from the medical history) 8). No history of physical disability which requires assistance for daily living.

Sample size

The Thorndike formula (1978) was used to calculate sample size in this study. The formula is given by $n = 10k + 50$ (where n is required sample size and k is number of independent variables). Since there are four independent variables in the current study, the sample size required is at least 90. Considering possible potential outlier data, the desired sample size was increased by 10% from the prescribed result (Martínez-Mesa et al., 2014). Thus, the final sample size was 99. In this study the researcher collected data from 100 cases.

Research Instruments

1. **Demographic questionnaire** was designed by the researcher. There are 2 parts, part 1 contains information about the participants' characteristics, such as age, education level, marital status, living condition, current occupation, household income. Part 2 of the questionnaire contains health information of participants such as duration of BPH diagnosis, stage of BPH, co-morbidities,

frequency of voiding the bladder at daytime and nighttime, history and presence of alcohol consumption, reason for drinking, and ever been drunk. The information in Part 1 was obtained by patient interview and self-report, while the information in Part 2 was obtained from the medical records.

2. The International Prostate Symptom Score (IPSS) was used to measure the severity of LUTS among the participants. It was originally developed by the American Urological Association (Barry et al., 1992). The IPSS was translated into Chinese by the Hong Kong Urological Association (HKUA) in 1995 (Martinez-Mesa et al., 2014). The score was based on answering seven questions about urination symptoms, and each item had six response options: 0, 1, 2, 3, 4, 5: A score of 0 denotes no symptoms and a score of 5 denotes very serious symptoms. The total potential score ranges from 0 to 35. A score of 0-7 indicates mild symptoms, 8-19 indicates moderate symptoms, and 20-35 indicates severe symptoms (Choi & Son, 2019). IPSS has high reliability with the Cronbach's alpha was .90 (Wong et al., 2017). In this study Cronbach's alpha was .86.

3. The Verran and Snyder – Halpern sleep scale (VSH) was used to measure sleep disturbance among the BPH persons. The VSH was developed by Snyder-Halpern and Verran (1987), translated and validated to Chinese by Lin and Tsai (2003). The VSH was administered to measure a patient's magnitude and self-reported quality of sleep during the preceding night. VSH comprises 15 items: 8 items about sleep disturbance, 4 items about effectiveness of sleep, and 3 items about sleep compensation. The total score of this instrument was calculated by sum score of all items. Each item on the scale contains a visual analogue response on 10 centimeters. In every item, there are words that explain the meaning of 0 to 10 scores. Items 2, 7, 12, and 14 are reversed scored. The total potential score ranges from 0 to 150. Moreover, to describe the level of sleep disturbance, the score ranges from 0-50 = mild sleep disturbance, 51 - 100 = moderate sleep disturbance, and 101-150 = high sleep disturbance (Zhang et al., 2020). VSH Cronbach' alpha coefficient was .82 in the original version (Snyder-Halpern & Verran, 1987) and .83 in the Chinese version (Lin & Tsai, 2003). In this study Cronbach's alpha was .92.

4. The Geriatric Depression Scale (GDS-15) was used to measure the depressive symptoms of the BPH person. The scale was developed by Sheikh and Yesavage (1986), considering the characteristics of the older adults. GDS-15 was translated to Chinese and validated by Mei Jin Rong (1999). GDS-15 was used to evaluate the depression status of the participants in the last week, thoughts of low mood, reduced activity, irritability, withdrawal from others, and pain, as well as their negative evaluation of the past, present and future. This scale asked for an answer "yes" or "no". The items 1, 5, 7 and 11 connote negative meaning: An answer 'No' was scored 1 point, while 'Yes' was scored 0 points; the items 2,3,4,6,8,9,10,12,13,14 and 15 connote positive meaning: An answer 'No' was scored 0 points; 'Yes' was scored 1 point. The highest potential score is 15 points; the higher the score, the more obvious the depressive symptoms; a score ≥ 8 means having depressive symptoms. The GDS-15 was tested for reliability the results the Cronbach's alpha was .82 (Mei, 1999), and .79 (Dan, 2013). In this study Cronbach's alpha was .92.

5. The Social Support Rating Scale (SSRS) was used to measure social support of the BPH person. The SSRS was published by Xiao Shuiyuan (Xiao, 1994), with 10 items. The response to items 1-4 and 8-10 was 1-4 points; 1, the response is given 1 point; if 2, response is given 2 points; 3, 3 points; 4, 4 points. However, items 5 had five subitems of A, B, C, D and E, and the scores are also from 1 to 4 for each subitems which are represented as 1= no support and 4= full support. For Items 6 and 7, if the answer is “without any source” the response is given 0 points, and if the answer is “the following sources,” then the person chooses several sources. If the person chooses three sources, the response is given 3 points; four sources are given 4 points, the highest point score is 9 for each item. The total score of the scale is the sum of the 10 items, with a maximum potential score of 66. The higher the mean score, the higher the level of perceived social support. Moreover, score ≤ 22 points = low level perceived social support, score 23-44 points = medium level perceived social support, and score ≥ 45 points = high level perceived social support (Li et al., 2021). In this study Cronbach’s alpha was .89.

6. Revised BPH QOL Scale was used to measure the QOL of BPH persons. The QOL scale including five dimensions: disease, physical, social, psychological, and satisfaction. The scale adopts a five-point equidistant score which includes “none at all”, “a little”, “medium”, “serious” and “very serious”. The score is 5, 4, 3, 2, and 1 point, respectively. Shi et al. (2004) developed a BPHQLS scale suitable for China’s national conditions, consisting of five same dimensions with a total of 74 items). Guo et al. (2008) revised the scale and modified it from 74 to 33 items which was simpler and clearer. Of the 32 items, all are reverse items; Item 33 is a self-evaluation of the overall feeling, which is a subjective question. The minimum total mean score is 32 and the maximum total mean is 160. The scoring index was calculated as follows: the true score of the scale/the highest possible score of the scale X 100%. For example: the QOL total score = the patient’s measured score/160 points (total score of 160 points) x100%. Score: $>66\%$ = high QOL; $66\%-33\%$ = moderate QOL ; $<33\%$ = low level QOL. The score of the disease dimension is 75 points: physiological dimension 20 points, social dimension 25 points, psychological dimension 30 points and satisfaction dimension 10 points. The total score of each dimension is different, so it cannot be compared with the score of each dimension alone. Thus, the index of component number is converted for comparison. The Cronbach’s alpha of the revised BPHQLS is .86 (Guo et al., 2008). In this study Cronbach’s alpha was .89.

Protection of human rights

The research proposal got approval from IRB in BUU (IRB3-090/2564) and the Second Affiliated Hospital of Wenzhou Medical University. The researcher explained the study information included aims, procedures, occupied time to complete the questionnaire. Recruitment of participants was carried out purely based on volunteerism. Only those participants who were willing and consented to take part in the study were recruited. Data obtained from the study were kept strictly confidential.

Data Collection

Data were collected 5-10 samples per day from June to July 2022. With the help of the nurse of the urology outpatient department, the researcher got written consents from the participants who met the inclusion criteria on a voluntary basis, and questionnaires were distributed. Participants took approximately 30 minutes to complete the whole set of self-reported questionnaires in a special private room. Moreover, health information of the participants was obtained from medical records by researcher.

Data Analysis

The data were analyzed using SPSS 26. Descriptive statistics including frequency, percentage, mean (M) and standard division (SD) were used to describe demographic characteristics, and each variable. Pearson's product moment correlation was used to examine relationship between LUTS, sleep disturbance, depression, and social support with QOL among persons with BPH. The data were tested for normality and homoscedasticity outliers of the variables to verify the assumptions of Pearson's product moment correlation test.

Results

A total of 100 men with BPH participated in the study. The mean age of the participants was 67.8 years (SD = 7.5), with a range from 55 to 87 years. Three out of five participants were aged between 60 and 74 years. The majority of participants were married (90%), and 85% lived with their spouse. Two-thirds of participants (67%) resided in urban areas. One-third (34%) had completed junior high school or high school. Household monthly income ranged from ¥8,000 to ¥10,000 (US\$ 1,190 - 1,488) for 45% of participants, while 28% had an average monthly income of more than ¥10,000 ($\geq$ US\$1,488). All participants (100%) had medical insurance. Of these, 33% were employed, while 60% were retired.

For the health information, the duration of BPH diagnosis among the participants ranged from 2 to 15 years (M = 3.7, SD = 1.8). Most participants were in Stage 2 (53%), and 46% were in Stage 3. All participants reported frequent urination, with 63% urinating 9-10 times per day and 28% urinating more than 10 times per day. Most participants also reported increased nocturia frequency, with 48% experiencing nocturia three times per night and 33% experiencing it four times per night. Three out of four participants had at least one co-morbidity, with hypertension (65%) being the most common. All participants were currently receiving BPH drug treatment, and 75% used a combination of two drugs (Tamsulosin hydrochloride and Finasteride) daily to control BPH. A total of 87% had a history of alcohol consumption, and 72% were currently drinking and had been drunk. Approximately two out of five participants (39%) reported drinking to help them sleep.

In this study, the BPHQOL scores ranged from 79 to 132, and the mean score was 102.2 (SD = 12.9). The scoring index was 63.9%, which indicates a moderate level of QOL, as shown in Table 1.

Table 1: Range, mean and standard deviation of QOL among persons with BPH (n = 100)

Dimension	Range		M	SD	Score index (%)
	Possible score	Actual score			
Total score	32-160	79-132	102.2	12.9	63.9
Disease	15-75	29-58	42.4	6.8	56.5
Physiological	4-20	11-19	17.8	1.5	88.8
Social	5-25	12-24	17.6	2.4	70.5
Psychological	6-30	12-27	18.4	3.7	61.5
Satisfaction	2-10	4-8	6.0	0.9	60.4

Score index = (mean/ maximum possible total score) X100%

Table 2: Range, mean and standard deviation of LUTS, sleep disturbance, depression, and social support among the participants (n = 100)

Variables	Range		M	SD	Interpretation
	Possible score	Actual score			
Severity of LUTS	0-35	5-29	19.3	5.0	Moderate
Sleep disturbance	0-150	37-92	60.8	11.0	Moderate
Depression	0-15	0-13	5.0	2.9	No depression
Social support	0-66	23-50	39.0	6.3	Moderate

The relationships between QOL and selected factors in persons with BPH are summarized in Table 3. The results show that the severity of LUTS ($r = -.736, p < .001$), social support ($r = .485, p < .001$), depression ($r = -.670, p < .001$), and sleep disturbance ($r = -.553, p < .001$) were significantly associated with quality of life (QOL) among persons with BPH.

Table 3: Correlation coefficient between severity of LUTS, sleep disturbance, depression, social support and QOL among persons with BPH (n = 100)

Factors	Correlation coefficient (r)
Severity of LUTS	-.736***
Sleep disturbance	-.553***
Depression	-.670***
Social support	.485***

***p < .001

Discussion

The findings of this study are discussed based on the research objectives and research hypothesis as follows.

QOL among persons with BPH

In this study, the mean score of QOL among persons with BPH was 102.2 (SD = 12.9). The scoring index was 63.9%, indicating that persons with BPH in Wenzhou had a moderate level of QOL. This finding is consistent with studies by Daoxiu et al. (2021) and Yang (2017). Yang (2017) reported that the mean score of BPHQOL of Chinese persons was 104.8 (SD = 20.0), and the scoring index was 65.5%. The results of this study can be explained based on SMT, which posits that symptom experience (e.g., frequent, urgent, painful urination), physical and social environmental factors (e.g., residential area, work status), and individual and family factors (e.g., education and economic status) are related to QOL (Silva, Lopes, & Mercedes, 2021).

This research found that the lowest score index of QOL was the disease dimension (56.5%). This may be explained by the fact that one-third of the participants had nocturia ≥ 4 times per night, and 46% were in stage 3 of BPH. Thus, this group may face long-term urinary incontinence, frequency of urination, and other LUTS. Unfavorable treatment prognosis may have a deleterious impact on QOL in those cases (Yanqin & Yanqi, 2014). These findings are consistent with those of Oelke, Adler, Marschall-Kehrel, Herrmann, & Berges, (2014) which found that the more times of nocturia, the lower the QOL of patients. Frequent nocturia will increase the risk of falls and even fractures in the elderly, as well as sleep disturbance, chronic fatigue, and other adverse consequences. Thus, nocturia is one of the risk factors leading to the decline of QOL in the elderly patients with BPH (Oelke, Weiss, et al., 2014).

Moreover, this research found that the highest score index of QOL was physiological dimension (88.8%). This can be explained by the fact that more than half of the participants were age less than 70 years, (21% were 50-59 and 36% were 60-69 years). Moreover, 44% of the participants had been living with BPH for three years and are in relatively good physical condition. In addition, the psychological dimension may be an important factor leading to QOL. In this survey, the score index of the psychological dimension of middle-aged and elderly BPH patients was 61.5%, which is at a moderate level. This could be explained by the fact that 85% of the participants were living with their spouse, and 12% were living with children. Having a spouse and other family members to provide emotional support is conducive to the improvement of self-care ability, which is basically consistent with other relevant research (Jianchun et al., 2014).

The score of social dimensions of QOL in this research is 70.5%, which is at a high level. Fully 85% of the participants lived with their spouse, and all had medical insurance. About three-fourths (73%) of the participants had a family income of more than ¥8,000. That said, BPH causes frequent and urgent urination, and that can disrupt social activities outside the home. The satisfaction of social interaction needs can greatly enhance the sense of self-esteem of the elderly, moderate the negative emotions caused by disease, and improve QOL generally (Meng et al., 2014).

Factors related to QOL among persons with BPH

This study found that sleep disturbance and QOL were negatively associated in BPH populations. That is consistent with the hypothesis of this study. In this study, 56% of participants reported insomnia. The participants in this study had a moderate level of sleep disturbance, with a mean score for sleep disturbance of 60.8 (SD = 11.0). This could be one reason why the participants' QOL was moderate. That finding is consistent with the studies of Zhang et al. (2021) and Fan (2022) who found that BPH persons had moderate sleep disturbance, and that affected their QOL. This result is consistent with many studies which found that sleep disturbance was negatively associated with QOL (Baek et al., 2020). The findings suggest that a higher level of sleep disturbance was associated with lower level of QOL. BPH sleep disturbance is mostly manifested as chronic insomnia and sleep disruption. Those are directly related to the increase of nighttime urination and decreased daytime energy, which also leads to the reduction of QOL (Yanli, Juan, & Lu, 2017).

Severity of LUTS in patients with BPH seriously affects the QOL of the persons with BPH. Severity of LUTS and QOL were negatively associated in BPH populations ($r = -.636$, $p < .001$). That is consistent with the hypothesis of this study. According to SMT, severity of LUTS was a symptom that is acutely perceived by BPH persons. This study found that higher the severity of LUTS, the worse the QOL. In this study, participants had moderate symptoms of LUTS ($M = 19.3$, $SD = 5.0$). Just under half (48%) of the participants had moderate LUTS ($M = 15.5$, $SD = 2.2$), and half had severe LUTS ($M = 23.6$, $SD = 2.3$). Similarly, 48% of participants in the survey reported three episodes of nocturia and 33% reported four or more episodes per night. Frequent nocturia was certain to affect QOL (Michel et al., 2020). Studies have shown that there is a significant negative correlation between IPSS symptom scores and QOL, which is consistent with the study by Choi, Heo, Lee, & Son, (2017). Moreover, the effective management of LUTS can significantly improve the QOL of patients (Michel et al., 2020). In addition, effective symptom management strategies can better improve the health problems of patients and improve their QOL.

This study found that depressive symptoms were negatively correlated with QOL among persons with BPH ($r = -.670$, $p < .001$), implying that depression is the main factor affecting the QOL among persons with BPH. In this study, the participants did not indicate signs of clinical depression ($M = 5.0$, $SD=2.9$). This may be related to the fact that the participants had higher social support, higher income, and all had health insurance. At the same time, more than half of the participants had been diagnosed with prostatic hyperplasia, which lasted two to three years, which is not that long a time period. Previous research has pointed out that depression can have a great impact on the QOL of Chinese elderly (Bai & Cheng, 2022). Only 20% of participants reported depression in this study. It has been noted in the literature that BPH persons who have depression, the lower the QOL (Pei et al., 2019).

Social support and QOL were positively correlated in BPH populations ($r = .485$, $p < .001$). That finding is consistent with the hypothesis of this study. In the present study, the participants had a moderate level of social support ($M = 39.0$, $SD = 6.3$). Social support has an obvious beneficial effect

on patients, and increasing social support can promote QOL (Cao, Qi, Shen, & Han, 2017). Social support can ameliorate a patient's negative emotions and help them achieve a positive psychological state (Dan, 2017). Social support plays an extremely important role in the family and community disease management of patients with BPH. Many studies have shown that the QOL of patients with BPH is affected by social support (Zhiguo, Yanbin, & Can, 2015). High social support can effectively improve the physical, psychological, social and satisfaction of patients, so as to effectively improve the QOL of patients (Cao et al., 2017). Studies have found that the level of social support is one of the main influencing factors of QOL among of BPH patients, that is, the higher the level of social support, the stronger the QOL, this is consistent with SMT (Sujuan, Hua-Lu, & Xiao-Qin, 2015).

Implications of the findings

This study provides helpful information about QOL and its related factors of persons with BPH in Wenzhou, China. This information provides a basis for the development of targeted interventions to reduce depression, sleep disturbances, and LUTS, while increasing social support to promote better QOL among persons with BPH.

Recommendations for future nursing research

The study enrolled participants from only one hospital in Wenzhou. Thus, the findings may not be representative for other patient groups of the entire Wenzhou area of China. To generalize the results to BPH population in Wenzhou, we recommend that this study be replicated in multiple settings. Furthermore, the present study only analyzed correlations. Thus, a cause-effect relationship between LUTS, depression, sleep disturbance, social support and QOL among persons with BPH is inconclusive. Further intervention studies are needed to strengthen the understanding of this relationship and determine the exact methods that can be effective for improving social support, reduce LUTS, minimize sleep disturbances, and reducing depression to improve QOL.

References

- Alcaraz, A., Carballido-Rodríguez, J., Unda-Urzaiz, M., Medina-López, R., Ruiz-Cerdá, J. L., Rodríguez-Rubio, F., & Manasanch, J. (2016). Quality of life in patients with lower urinary tract symptoms associated with BPH: Change over time in real-life practice according to treatment--the QUALIPROST study. *International Urology and Nephrology*, 48(5), 645-656.
- Baek, Y., Jung, K., Kim, H., & Lee, S. (2020). Association between fatigue, pain, digestive problems, and sleep disturbances and individuals' health-related QOL: A nationwide survey in South Korea. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1), 159.
- Bai, J., & Cheng, C. (2022). Anxiety, depression, chronic pain, and QOL among older adults in rural China: An observational, cross-sectional, multi-center study. *Journal of Community Health Nursing*, 39(3), 202-212.

- Barry, M. J., Fowler, F. J., Jr, O'Leary, M. P., Bruskewitz, R. C., Holtgrewe, H. L., Mebust, W. K., & Cockett, A. T. (1992). The American urological association symptom index for benign prostatic hyperplasia. The measurement committee of the American urological Association. *The Journal of Urology*, 148(5), 1549-1564.
- Cao, Y., Qi, W., Shen, K., & Han, H. (2017). Effect of social support on self-management and QOL in elderly patients with benign prostatic hyperplasia. *Chinese Modern Doctors*, 55(11), 128-131.
- Choi, W. S., Heo, N. J., Lee, Y. J., & Son, H. (2017). Factors that influence lower urinary tract symptom related quality of life in a healthy population. *World Journal of Urology*, 35(11), 1783-1789. <https://doi.org/10.1007/s00345-017-2052-2>
- Choi, W. S., & Son, H. (2019). The change of IPSS 7 (nocturia) score has the maximum influence on the change of QOL score in patients with lower urinary tract symptoms. *World Journal of Urology*, 37(4), 719-725. <https://doi.org/10.1007/s00345-018-2410-8>
- Daely, S., Nuraini, T., Gayatri, D., & Pujasari, H. (2021). Impacts of age and marital status on the elderly's QOL in an elderly social institution. *Journal of Public Health Research*, 11(2). doi.org/10.4081/jphr.2021.2731
- Dan, T. (2013). The use of the simplified geriatric depression scale (GDS-15) in Chinese elderly people. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 21(3), 402-405.
- Dan, W. (2017). Negative emotions and social support in patients with severe prostatic hyperplasia and the effect of targeted intervention. *China Journal Health Psychology*, 25(11), 1661-1665.
- Daoxiu, Z., Min, L., Jianli, S., Can, L., & Pei, T. (2021). Current status and influencing factors of quality of life in elderly patients with benign prostatic hyperplasia. *Chinese Journal of Modern Nursing*, 4851-4855.
- Dodd, M. J., Miaskowski, C., & Paul, S. M. (2001). Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 28(3), 465-470.
- Egan, K. B. (2016). The epidemiology of benign prostatic hyperplasia associated with lower urinary tract symptoms: Prevalence and incident Rates. *The Urologic Clinics of North America*, 43(3), 289-297.
- Fan, Y. (2022). To investigate the correlation between health behavior, self-care agency and QOL in elderly patients with benign prostatic hyperplasia. *International Journal of Nursing*, 1188-1191.
- Guo, Y., Shi, J., Hu, M., & Sun, Z. (2009). Construction and validation of a short-form quality-of-life scale for Chinese patients with benign prostatic hyperplasia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7, 24. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-24>
- Hickey, K. T., Bakken, S., Byrne, M. W., Bailey, D. C. E., Demir, G., Docherty, S. L., Dorsey, S. G., Guthrie, B. J., Heitkemper, M. M., Jacelon, C. S., Kelechi, T. J., Moore, S. M., Redeker, N. S., Renn, C. L., Resnick, B., Starkweather, A., Thompson, H., Ward, T. M., McCloskey, D. J., Austin, J. K., & Patricia A Grady, P. A. (2019). Precision health: Advancing symptom and self-management science. *Nursing Outlook*, 67(4), 462-475.

- Jianchun, L., Xiaoning, H., Tao, B., Zhenzhong, Z., & Tana, L. Z. (2014). Analysis on the status quo of self-care ability of empty-nesters and its social support system. *Chinese Health Economics*, 7(7), 68-71.
- Kaplan, S. A. (2012). Major depression drives severity of American Urological Association symptom index. *Journal of Urology*, 187(3), 969-970. doi:10.1016/j.juro.2011.11.041
- Li, Z., Ge, J., Feng, J., Jiang, R., Zhou, Q., Xu, X., & Liu, C. (2021). Less social support for patients with COVID-19: Comparison with the experience of nurses. *Front Psychiatry*, 12, 554435.
- Lin, S. L., & Tsai, S. L. (2003). The reliability and validity of Chinese version of Verran and Snyder-Halpern sleep scale. *Vancouver General Hospital Nursing*, 20(1), 105-106.
- Liu, C. L. S. (2020). Analysis of risk factors affecting self-care ability of patients with benign prostatic hyperplasia. *Electronic Journal of Practical Clinical Nursing*, 18, 1-15.
- Ma, L., Zhao, X., Liu, H., Zhu, H., Yang, W., Qian, Y., & Li, Y. (2015). Antidepressant medication improves quality of life in elderly patients with benign prostatic hyperplasia and depression. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 8(3), 4031-4037.
- Martínez-Mesa, J., González-Chica, D. A., Bastos, J. L., Bonamigo, R. R., & Duquia, R. P. (2014). Sample size: How many participants do I need in my research? *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 89(4), 609-615. <https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20143705>
- Martínez-Mesa, J., Menezes, A. M., Howe, L. D., Wehrmeister, F. C., Muniz, L. C., González-Chica, D. A., & Barros, F. C. (2014). Lifecourse relationship between maternal smoking during pregnancy, birth weight, contemporaneous anthropometric measurements and bone mass at 18 years old. The 1993 Pelotas Birth Cohort. *Early Human Development*, 90(12), 901-906.
- Mei, J. (1999). To evaluate the reliability and validity of the geriatric depression scale and the general health questionnaire short form. *Chinese Journal of Psychiatry*, 1, 40-42.
- Meng, W. H. T., & Zengkui, Y. (2014). Research progress of self-esteem and social status in elderly patients with chronic diseases. *Southwest Defense Medicine*, 5(5), 574-576.
- Michel, M. C., Schumacher, H., Mehlburger, L., & de la Rosette, J. (2020). Factors associated with nocturia-related QOL in men with lower urinary tract symptoms and treated with tamsulosin oral controlled absorption system in a non-interventional study. *Frontiers in Pharmacology*, 11, 816.
- Mutalip, M. H. A., Rahim, F. A. A., Haris, H. M., Yoep, N., Mahmud, A. F., Salleh, R., & Ahmad, N. A. (2020). QOL and its associated factors among older persons in Malaysia. *Geriatrics & Gerontology International*, 92-97. doi:10.1111/ggi.13961
- Ning, L. (2020). *To explore the sleep status and influencing factors of hospitalized elderly residents based on symptom management theory*. China: Shandong University.
- Oelke, M., Adler, E., Marschall-Kehrel, D., Herrmann, T. R., & Berges, R. (2014). Nocturia: State of the art and critical analysis of current assessment and treatment strategies. *World Journal of Urology*, 32(5), 1109-1117. <https://doi.org/10.1007/s00345-014-1396-0>

- Oelke, M., Wiese, B., & Berges, R. (2014). Nocturia and its impact on health-related quality of life and health care seeking behaviour in German community-dwelling men aged 50 years or older. *World Journal of Urology*, 32(5), 1155-1162. <https://doi.org/10.1007/s00345-014-1374-6>
- Pan, Y., Sun, M., Ma, Q., & Kun, L. (2020) Relationship between QOL and self-care ability in elderly patients with benign prostatic hyperplasia. *Chinese Journal of Gerontology*, 10, 2215-2218.
- Park, S., Ryu, J. M., & Lee, M. (2020). QOL in older adults with benign prostatic hyperplasia. *Healthcare (Basel)*, 8(2). 158. doi.org/10.3390/healthcare8020158
- Pei, L., Liu, X. X., Du, H. D., Li, W., & Caiyun, L. (2019). Effects of mindfulness-based stress reduction therapy on anxiety, depression and QOL in elderly patients with prostatic hyperplasia. *Nursing Research*, 19, 3436-3439
- Rom, M., Schatzl, G., Swietek, N., Rücklinger, E., & Kratzik, C. (2012). Lower urinary tract symptoms and depression. *BJU International*, 110(11), E918-E921. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2012.11552.x>
- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric depression scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Shi, J., Sun, Z., Cai, T., & Yang, L. (2004). Development and validation of a quality-of-life scale for Chinese patients with benign prostatic hyperplasia. *BJU International*, 94(6), 837-844. <https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2004.05043.x>
- Silva, L., Lopes, V. J., & Mercês, N. (2021). Symptom management theory applied to nursing care: Scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(3), e20201004.
- Snyder-Halpern, R., & Verran, J. A. (1987). Instrumentation to describe subjective sleep characteristics in healthy subjects. *The Research in Nursing & Health*, 10(3), 155-163. [doi:10.1002/nur.4770100307](https://doi.org/10.1002/nur.4770100307)
- Sujuan, M. B. R. Z., Hua-Lu, Y., & Xiao-Qin, Z. (2015). Influencing factors of symptom management self-efficacy in maintenance hemodialysis patients. *China Nursing Management*, 15(9), 1063-1067.
- Thorndike, R. M. (1978). *Correlational procedures for research*. New York: Gardner Press.
- Wang, D., & Foo, K. T. (2010). Staging of benign prostate hyperplasia is helpful in patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostate hyperplasia. *Annals of the Academy of Medicine of Singapore*, 39(10), 798-802.
- Wein, A. (2020). The standardization of terminology in lower urinary tract function: Report from the standardization subcommittee of the international continence society. *Urology*, 145, 310-311. [doi:10.1016/j.urology.2020.04.064](https://doi.org/10.1016/j.urology.2020.04.064)
- Wong, C. K., Choi, E. P., Chan, S. W., Tsu, J. H., Fan, C. W., Chu, P. S., & Lam, C. K. (2017). Use of the international prostate symptom score (IPSS) in Chinese male patients with benign prostatic hyperplasia. *Aging Male*, 20. [doi:10.1080/13685538.2017.1362380](https://doi.org/10.1080/13685538.2017.1362380)
- Xiao, S. (1994). Theoretical basis and research application of social support rating scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2, 98-100.

- Xiong, Y., Zhang, Y., Li, X., Qin, F., & Yuan, J. (2020). The prevalence and associated factors of lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia in aging males. *The Aging Male*, 23(5), 1432–1439. <https://doi.org/10.1080/13685538.2020.1781806>
- Yang, L. L., & Yongxue, H. X. (2015). Investigation on chronic diseases among cadres over 60 years old in Chengdu. *Chinese Journal of Gerontology*, 35(15), 4341-4343.
- Yang, Z. J. G. (2017). Quality of life and its influencing factors in elderly patients with benign prostatic hyperplasia. *Chinese Journal of Andrology*, 5, 34-39.
- Yanli, L., Juan, L., & Lu, H. (2017). Effect of mifepristone combined with Guizhi Fuling capsule on serum CA125, CA199 and sex hormone levels in patients with endometriosis. *World Clinical Drug*, 38(7), 475-482.
- Yanqin, Z. S. W., & Yanqi, G. (2014). QOL in patients with prostatic hyperplasia in Hebi, Henan Province. *China Journal of Andrology*, 28(5), 47-49.
- Zhang, D. X., Min, L., Sheng, J. L., Can, L., & Pei, T. (2021). Analysis of QOL and influencing factors in elderly patients with benign prostatic hyperplasia. *Chinese Journal of Modern Nursing*, 35, 4851-4855.
- Zhiguo, T. L. C., Yanbin, Z., & Can, W. (2015). QOL and its related factors in patients with benign prostatic hyperplasia. *China Journal Clinical (Electronic Edition)*, 9(13), 2623-2626.

คำแนะนำสำหรับผู้เขียนในการเตรียมและส่งต้นฉบับ วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

เป็นวารสารเพื่อเผยแพร่ความรู้และประสบการณ์ทางวิชาการ สาขาการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่น ๆ รวมทั้งเผยแพร่ผลงานวิจัย อันเป็นประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล และการประชาสัมพันธ์วิชาชีพพยาบาล โดยผ่านการพิจารณาจากผูทรงคุณวุฒิ (Peer Review) ที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องนั้น จำนวน 3 ท่าน โดยผูทรงคุณวุฒิและผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อของแต่ละฝ่าย (Double-Blind Review)

ชนิดของเรื่องที่จตีพิมพ์

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

การเตรียมต้นฉบับบทความ

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

- สรุปและข้อเสนอแนะ
- กิตติกรรมประกาศ (หากมี)
- References

6. การใช้ภาษาไทยโดยยึดหลักของราชบัณฑิตยสถาน หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาอังกฤษในข้อความภาษาไทย ยกเว้นกรณีจำเป็น 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 “เหรียญกษาปณ์คณะพยาบาลศาสตร์ 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>



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

169 ถนนลงหาดบางแสน ต.แสนสุข อ.เมือง จ.ชลบุรี 20131

โทร. 038-102-822 แฟกซ์ 038-393-476

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