

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

วิลาสินี หลีน้อย*, ไพบูลย์ พงษ์แสงพันธ์**, กาญจนา พิบูลย์***, ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์***^a

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่ม แบบหลายขั้นตอน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 325 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย ด้านพฤติกรรมการป้องกันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการป้องกันโรค และสิ่งชักนำในการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค เก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนธันวาคม 2564 ถึง กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ด้วยความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนน 25.80 (SD=4.83) ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน พบว่า ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกมี 2 ปัจจัยคือ สิ่งชักนำในการสนับสนุน ทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค ($\beta=0.700$, $p<0.001$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=0.125$, $p<0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกัน ได้ร้อยละ 53.2 ($R^2_{Adj}=0.532$, $p<0.001$) ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรนำสิ่งชักนำในการสนับสนุนทางสังคม ด้านข่าวสารการป้องกันโรค และการรับรู้ ความรุนแรงของโรค ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันโรค; ผู้สูงอายุ; โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

* นักศึกษาปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

** อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

^a Corresponding author: ธรรมวัฒน์ อุปวงษาพัฒน์ Email : Sukdepat@go.buu.ac.th

รับบทความ: 3 ก.พ. 66; รับบทความแก้ไข: 22 ก.พ. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 24 ก.พ. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 15 มี.ค. 66

Predictive Factors of Coronavirus 2019 Preventive Behaviors among Elderly People in the Eastern Region

Wilasinee Liwnoi^{*}, Paiboon Pongsaengpan^{**},
Kanchana Piboon^{***}, Dhammawat Ouppawongsapat^{**a}

Abstract

The objective of this descriptive cross-sectional study was to investigate predictive factors of Coronavirus disease 2019 preventive behaviors. Samples were 325 elderly in the eastern region of Thailand selected through a multistage random sampling. Instrument used in this study was interview questionnaires that included preventive behaviors, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers and cues to action in social supports for preventive information. Data were collected from December 2021 to July 2022. The data were analyzed using descriptive statistics including percentages, frequencies and standard deviations. Inferential statistics were calculated using multiple regression analysis with stepwise method.

The study found that preventive behaviors among the samples were at a high level (mean=25.80; SD=4.83). Results from the multiple regression analysis found that two factors that significantly predicted preventive behaviors among elderly included cues to action in social supports for preventive information ($\beta=0.700$, $p<0.001$) and the perceived severity ($\beta=0.125$, $p<0.001$). These factors could predict preventive behaviors by 53.2 percent ($R^2_{Adj}=0.532$, $p<0.001$). Therefore, public health officers should apply cues to action and social supports for preventive information and perceived severity in order to provide appropriate guidelines to promote the elderly associated with Coronavirus disease 2019 preventive behaviors.

Keywords : Preventive behaviors; Elderly; Coronavirus disease 2019

บทนำ

^{*} Graduate Student, Faculty of Public Health, Burapha University

^{**} Instructor, Faculty of Public Health, Burapha University

^{***} Instructor, Faculty of Nursing, Burapha University

^a Corresponding author: Dhammawat Ouppawongsapat Email : Sukdepat@go.buu.ac.th

Received: Feb. 3, 23; Revised: Feb. 22, 23; Accepted: Feb. 24, 23; Published Online: Mar. 15, 23

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคอุบัติใหม่จากเชื้อโคโรนาไวรัส (Coronavirus) ที่ติดต่อจากคนสู่คนโดยผู้ติดเชื้อจะมีทั้งไม่แสดงอาการและแสดงอาการเช่น มีไข้ ไอ อ่อนเพลีย หายใจขัด ปวดกล้ามเนื้อ เจ็บคอ ไปจนถึงปอดอักเสบรุนแรงจนทำให้เสียชีวิต⁽¹⁾ สามารถติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจ จากละอองเสมหะ (Droplet) ละอองน้ำมูกน้ำลายจากจามและปากของผู้ติดเชื้อ ผ่านการไอหรือจาม ทำให้ผู้ที่หายใจเอาฝอยละอองเข้าไป หรือนำมือไปสัมผัสฝอยละออง แล้วนำไปจับใบหน้า ปาก และขี้ตา สามารถรับเชื้อไวรัสได้โดยง่าย⁽²⁾ จึงเป็นโรคที่ทำให้เกิดการระบาดได้รวดเร็วและเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่มีการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) ณ วันที่ 11 มีนาคม 2563⁽³⁾ รายงานสถานการณ์พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 661,545,258 ราย จากหลากหลายประเทศทั่วโลก และมีผู้เสียชีวิต 6,700,519 ราย ณ วันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2566⁽⁴⁾ ขณะที่ในประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมจำนวน 4,463,557 ราย และเสียชีวิต 34,632 ราย ณ วันที่ 15 มกราคม พ.ศ. 2566⁽⁵⁾ โดยพบผู้ป่วยอายุเฉลี่ย 33 ปี ที่อายุน้อยที่สุด 7 วัน อายุมากที่สุด 102 ปี ในปัจจุบันยังไม่มียาด้านไวรัสที่ได้รับการขึ้นทะเบียนรักษา ทำให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่ออาการรุนแรงของโรค ได้แก่ ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีโรคประจำตัว มีโอกาสเสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้มาก⁽²⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่มีขนาดของปัญหาใหญ่ และมีความรุนแรงในกลุ่มเสี่ยงสูง จึงต้องได้รับการป้องกันควบคุมโรคอย่างเร่งด่วน เพื่อลดโอกาสการระบาดและเสียชีวิต

ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยถูกจัดเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด ณ วันที่ 4 มกราคม 2564⁽⁶⁾ และในช่วงเมษายน-พฤษภาคม 2565 ระยะเวลาเพียง 1 เดือน พบผู้สูงอายุติดเชื้อจำนวน 6,793 ราย⁽⁷⁾ จึงทำให้พื้นที่มีมาตรการการปิดสถานที่เสี่ยง จัดเวลานั่งรับประทานอาหารที่ร้าน จดเดินทางเข้าพื้นที่ ตรวจคัดกรองการเดินทางข้ามพื้นที่ จัดตั้งโรงพยาบาลสนาม⁽⁶⁾ โดยพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วยแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของประเทศ มีนิคมโรงงานอุตสาหกรรม มีพื้นที่ติดเขตชายแดนหลายจังหวัด และยังเป็นที่ตั้งของสนามบิน ด่านบก ด่านเรือ⁽⁸⁾ จึงทำให้มีการเข้าออกของประชากรทั้งในและต่างประเทศซึ่งสามารถนำเอาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาแพร่ระบาดในพื้นที่ได้โดยง่าย

ผลกระทบจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลทำให้เกิดวิกฤตกิจเศรษฐกิจระดับโลก และส่งผลต่อกลุ่มผู้สูงอายุเนื่องจากมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงสูง และมีอัตราการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ⁽²⁾ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่สามารถมองเห็นและไม่เห็นโดยเฉพาะระบบภูมิคุ้มกัน การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ การเปลี่ยนทางสถานะสภาพทางสังคมที่เปลี่ยนไปของผู้สูงอายุ⁽⁹⁾ ทำให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบาง และมีความเสี่ยงต่ออาการรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุที่มีฐานะคนจน ผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพังไม่มีผู้ดูแล และผู้ที่ขาดการสนับสนุนด้านเศรษฐกิจสังคมและครอบครัว⁽¹⁰⁾ การควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สำคัญคือการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองที่ดี เพื่อลดการเจ็บป่วย

และการระบาดของโรคนี้⁽¹¹⁾ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อของบุคคลที่ผ่านมา ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น สถานภาพสมรส จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่แต่งงานหรือมีครอบครัวสนับสนุนมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน COVID-19 เนื่องจากผู้สูงอายุจะใส่ใจกับสุขภาพของตนเองมากขึ้นพร้อมกับความเต็มใจที่จะได้รับความรู้ด้านสุขภาพและความเชื่อในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตีมากขึ้น⁽¹²⁾ การรับรู้ภาวะสุขภาพ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับรู้ถึงภาวะสุขภาพของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมโดยมีพฤติกรรมป้องกันการโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ดีไปด้วย เนื่องจากเมื่อบุคคลรู้ว่าตนเองมีภาวะสุขภาพเสี่ยงจะมีพฤติกรรมที่ป้องกันโรคที่ดี⁽¹³⁾ รวมทั้งปัจจัยทางด้านจิตใจและสังคม ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) จากการศึกษาพบว่าปัจจัยการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค รวมไปถึงสิ่งชักนำในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้⁽¹⁴⁾ จะเห็นได้ว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จะใช้ในการอธิบายพฤติกรรมป้องกันการโรคและพฤติกรรมการรักษาโรคของบุคคล โดยบุคคลจะต้องมีความกลัวต่อโรคหรือรู้สึกถึงความคุกคามของโรคต่อตนเอง และจะต้องมีความรู้สึกที่ตนเองสามารถจัดการหรือมีหนทางต่อการต้านโรคนั้นๆ ได้⁽¹⁵⁾ โดยมีองค์ประกอบดังนี้ การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived susceptibility) การรับรู้ความรุนแรงของโรค (Perceived severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค (Perceived benefits) การรับรู้ต่ออุปสรรค (Perceived barriers) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ (Cues to Action)⁽¹⁶⁾ แนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจึงสามารถนำมาใช้ในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลได้

จากการทบทวนการวรรณกรรมพบการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีการศึกษาที่ค่อนข้างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับแนวทางในการส่งเสริมและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

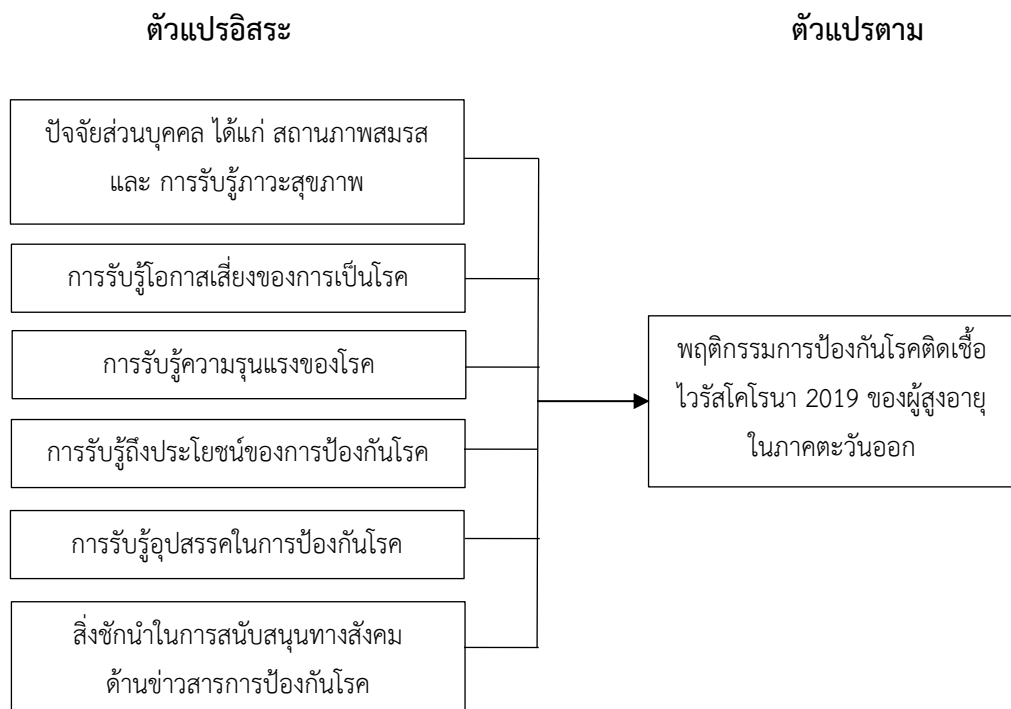
1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและประยุกต์แนวคิด Health Belief Model ของ Becker⁽¹⁶⁾ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Descriptive cross-sectional study) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-75 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนพื้นที่ไม่น้อยกว่า 1 ปี ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดนครนายก สมุทรปราการ ชลบุรี ฉะเชิงเทรา ปราจีนบุรี สระแก้ว ระยอง จันทบุรี และตราด เป็นผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002)⁽¹⁷⁾ เพื่อคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อม สูญเสียความคิด ความจำ ความสามารถในการทำงาน และในการตัดสินใจ ทั้งนี้เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่สามารถตอบแบบสอบถามการวิจัยได้อย่างมีประสิทธิภาพที่สุด โดยมีคะแนนแบบคัดกรองมากกว่า 14 ในผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) หรือได้คะแนนมากกว่า 17 ในผู้ที่เรียนระดับประถมศึกษา หรือได้คะแนนมากกว่า 22 ในผู้ที่เรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษา ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ทำการคำนวณตามเกณฑ์ ของการใช้สถิติวิเคราะห์

การถดถอยพหุคูณ (Multiple regression) ของ Pallant⁽¹⁸⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง 280 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายตกหล่นของข้อมูลขณะดำเนินการวิจัย ประกอบกับสถานการณ์การเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการระบาดของโควิดถือเป็นสถานการณ์พิเศษที่อาจทำให้การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างมีความลำบาก รวมถึงการถูกปฏิเสธในการให้ข้อมูล ทำให้อาจได้ข้อมูลการวิจัยน้อยกว่าที่คาดไว้ ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 16 ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง สำหรับการวิจัยครั้งนี้รวมทั้งสิ้นคือ 325 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยสุ่มเพื่อเลือกจังหวัดได้ 3 จังหวัด เป็นตัวแทนจาก 9 จังหวัดโดยจัดกลุ่มจากจำนวนประชากรตามหลักฐานทะเบียนราษฎรได้จังหวัดชลบุรี สระแก้ว และตราด สุ่มเลือกอำเภอของแต่ละจังหวัด 1 อำเภอได้อำเภอเมือง และสุ่มเลือกชมรมผู้สูงอายุ 1 ชมรมจากแต่ละอำเภอได้ชมรมผู้สูงอายุดังนี้ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตเทศบาลเมืองบ้านสวน จังหวัดชลบุรี ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว และชมรมผู้สูงอายุชุมชนท่าเรือจาง จังหวัดตราด จากนั้นทำการสุ่มจากรายชื่อผู้สูงอายุในชมรมแบบไม่ใส่คืนตามสัดส่วนของแต่ละพื้นที่จนได้ผู้สูงอายุครบตามจำนวน จังหวัดชลบุรี จำนวน 189 คน จังหวัดสระแก้ว ได้จำนวน 108 คน จังหวัดตราด จำนวน 28 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์ โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ จำนวน 24 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Likert scale) ชนิด 4 ตัวเลือก แบ่งเป็นรายด้าน การรับรู้ความโอกาสเสี่ยงโรคจำนวน 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงจำนวน 6 ข้อ การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรคจำนวน 5 ข้อและการรับรู้อุปสรรคการป้องกันโรคจำนวน 5 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัยโดยประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อสุขภาพ⁽¹⁶⁾

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Likert scale) ชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 4 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัยโดยประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อสุขภาพ⁽¹⁶⁾

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า (Likert scale) ชนิด 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ สร้างโดยผู้วิจัยโดยประยุกต์จากคำแนะนำสำหรับผู้สูงอายุในการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ⁽¹¹⁾

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำผลการพิจารณาและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาด้านผู้สูงอายุจำนวน 5 ท่าน โดยเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรม 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์ การสาธารณสุข 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 1 ท่าน เพื่อปรับปรุงแบบสัมภาษณ์โดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (Indexes of item-objective congruence)-IOC ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา

ที่มีคุณภาพตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการพิจารณาความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์รายด้านเท่ากับ 0.862, 0.900, 0.728, 0.733, 0.794 และ 0.857 ตามลำดับ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขอการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา เมื่อได้รับการรับรองแล้ว ผู้วิจัยทำหนังสือเสนอต่อชมรมผู้สูงอายุที่ได้รับคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวิจัย จากนั้นจึงประสานงานเพื่อขออนุญาตเป็นกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่ถูกสุ่มเลือก ผู้วิจัยขออนุญาตผู้กลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นด้วยแบบประเมิน MMSE-Thai 2002⁽¹⁷⁾ กรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีภาวะสมองเสื่อมและยินดียินยอมเข้าร่วม ผู้สูงอายุจะได้ลงลายมือชื่อในเอกสารคำยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จากนั้นผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์ การศึกษานี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนธันวาคม 2564-กรกฎาคม 2565

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก” ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยบูรพา รหัสโครงการวิจัยที่ G-HS087/2564 วันที่ 13 มกราคม 2565 ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. โดยผู้เข้าร่วมวิจัยจะต้องเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจเท่านั้น และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถถอนตัวจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทุกขณะโดยไม่มีผลใดๆ กับผู้เข้าร่วมการวิจัย และไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงจะได้รับจากสถานบริการพยาบาล
2. เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย จะเซ็นหนังสือยินยอม เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัย ภายหลังจากทำความเข้าใจถึงวัตถุประสงค์ลักษณะการเก็บข้อมูล และลักษณะการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยอย่างชัดเจนแล้ว
3. ในการรักษาความลับของผู้เข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยทุกคนจะได้รับการชี้แจงก่อนการเข้าร่วมวิจัยว่าข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้ที่เข้าถึงข้อมูลมีเพียงผู้ศึกษาวินิจฉัยและคณะกรรมการกำกับดูแลการวิจัยเท่านั้น
4. ในการเก็บข้อมูล แบบสัมภาษณ์ ใช้รหัสแทน ชื่อ-สกุลจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย การรายงานผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อบุคคล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป มีรายละเอียดดังนี้

1. เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของตัวแปรใช้การคำนวณหาอันตรภาคชั้นโดยค่าพิสัยแล้ว แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- การรับรู้โอกาสเสี่ยงการป้องกันโรค ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และ ระดับสูง (11-15 คะแนน)

- การรับรู้ความรุนแรงการป้องกันโรค ระดับต่ำ (0-8 คะแนน) ระดับปานกลาง (9-16 คะแนน) และ ระดับสูง (17-24 คะแนน)

- การรับรู้ประโยชน์การป้องกันโรค ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และ ระดับสูง (11-15 คะแนน)

- การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค ระดับต่ำ (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน) และ ระดับสูง (11-15 คะแนน)

- สิ่งชักนำการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค ระดับต่ำ (0-4 คะแนน) ระดับปานกลาง (5-8 คะแนน) และ ระดับสูง (9-12 คะแนน)

- พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ระดับต่ำ (0-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (11-20 คะแนน) และ ระดับสูง (21-30 คะแนน)

2. การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าร้อยละ มัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Multiple regression analysis stepwise method) ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันเอง (Multicollinearity) พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันของตัวแปร โดยพิจารณาผ่านค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) ไม่เกินค่า 0.85 ($r < 0.85$)⁽¹⁹⁾

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป

พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.3 มีอายุเฉลี่ย 66.38 ปี (SD=4.042) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 7,540.64 บาท (max=57,209 บาท, min=700 บาท) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 52 จบการศึกษาจากชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 55.1 ส่วนใหญ่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดีปานกลาง ร้อยละ 42.2 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวโรคคือไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 35.1 โรคไต ร้อยละ 30.0 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 23.4 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีผู้ดูแล ร้อยละ 92.3 ซึ่งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นคู่สมรส ร้อยละ 58.8 จำผู้ดูแล ร้อยละ 35.1 ที่เหลือเป็นบุตรดูแล ร้อยละ 15.1 และญาติเป็นผู้ดูแล ร้อยละ 4.0 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	103	31.7
หญิง	222	68.3
อายุ	$\bar{X}$ =66.38, SD=4.042, min=60, max=75	
สถานภาพสมรส		
โสด	39	12.0
คู่	169	52.0
หย่า/หม้าย	93	28.6
แยก	24	7.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	12	3.7
ประถมศึกษา	179	55.1
มัธยมศึกษา/ปวช.	79	24.3
ปวส./อนุปริญญา	9	2.8
ปริญญาตรี	43	13.2
สูงกว่าปริญญาตรี	3	0.9
รายได้ (บาท)	$\bar{X}$ =7,540.64, SD=10708.46, median=3,000, min=700, max=57,209	
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
สุขภาพดีมาก	19	5.8
สุขภาพดี	105	32.3
สุขภาพดีปานกลาง	137	42.2
สุขภาพไม่ดี/มีโรคประจำตัว	64	19.7
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	76	23.4
โรคเบาหวาน	21	6.5
โรคต่อกระຈก	5	1.5
โรคไต	98	30.2
โรคไขมันในเลือดสูง	115	35.4
ปวดหลัง ปวดข้อ	10	3.1
โรคทางเดินหายใจ	17	5.2
โรคภูมิแพ้	15	4.6

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
มีผู้ดูแล	300	92.3
ไม่มีผู้ดูแล	25	7.7
ผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
จ้างผู้ดูแล	114	35.1
คู่สมรส	191	58.8
บุตร	50	15.4
ญาติ	13	4.0

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 1

เมื่อศึกษาการรับรู้จำแนกตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้อุปสรรคอยู่ในระดับต่ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณา การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ความเสี่ยง สิ่งชักนำการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค ทั้งหมดอยู่ในระดับสูง และเมื่อพิจารณาที่พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับสูงเช่นกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและระดับของการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรค	5.93	4.21	ต่ำ
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	13.22	2.46	ปานกลาง
การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรค	11.85	2.22	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค	12.00	2.45	สูง
สิ่งชักนำการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค	9.96	2.33	สูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	25.80	4.83	สูง

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อ 2

ผลการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปร สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรค ไม่เป็นปัจจัยทำนายในการศึกษาครั้งนี้ ผลการวิจัยพบ 2 ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นสมการทำนายที่ดีที่สุดในการวิเคราะห์นี้ ประกอบด้วย สิ่งชักนำการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค ($\beta=0.700$, $p<0.001$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=0.125$,

$p < 0.001$) โดยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ร้อยละ 53.2 ($R^2_{Adj} = 0.532$, $p < 0.001$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ตัวแปรทำนาย	B	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่ (Constant)	8.102	1.187		6.827	<0.001
- สิ่งชักนำการสนับสนุนทางสังคม ด้านข่าวสารการป้องกันโรค	1.450	0.080	0.700	18.158	<0.001
- การรับรู้ความรุนแรงของโรค	0.247	0.076	0.125	3.254	0.001

$R^2 = 0.535$, $R^2_{Adj} = 0.532$, R^2 change 0.015, p -value < 0.001

โดยสามารถเขียนสมการการทำนายได้ดังนี้

สมการในรูปคะแนนดิบ

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 = 8.102 + 1.450 (สิ่งชักนำการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร) + 0.247 (การรับรู้ความรุนแรง)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน

$Z_{(\text{พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019})} = 0.700 (Z_{\text{สิ่งชักนำการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสาร}}) + 0.125 (Z_{\text{การรับรู้ความรุนแรง}})$

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาพบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อยู่ในระดับสูง 25.80 (SD=4.83) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศรี หงส์พานิช⁽²⁰⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับดีตามทฤษฎีความเชื่อสุขภาพของ Becker⁽¹⁶⁾ ที่อธิบายถึงเมื่อบุคคลรับรู้ความรุนแรงของโรคและมีสิ่งชักนำในด้านข่าวสารในการป้องกันโรคจากบุคคลรอบตัวทำให้บุคคลตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดจากการเจ็บป่วยจึงเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

ในด้านปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุพบว่าสิ่งชักนำการสนับสนุนทางสังคมด้านข่าวสารการป้องกันโรค ($\beta = 0.700$, $p < 0.001$) และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = 0.125$, $p < 0.001$) สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้ร้อยละ 53.2 ($R^2_{Adj} = 0.532$, $p < 0.001$) อธิบายได้จากทฤษฎีความเชื่อสุขภาพ⁽¹⁶⁾ บุคคลจะแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคเมื่อได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค ผู้สูงอายุจึงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคในระดับที่สูงเพราะตระหนักถึงความรุนแรงและผลกระทบของโรคโคโรนา 2019 ที่จะเกิดในกลุ่มผู้สูงอายุจึงทำให้เกิดความกลัวและแสดงพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเขาวลิต เลื่อนลอย⁽²¹⁾ ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงมีอิทธิพลต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย และการศึกษาของ Noghabi DA et al.⁽²²⁾ ที่พบว่า

การรับรู้ความรุนแรงสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชากรประเทศอิหร่าน เนื่องจากเผยแพร่ข้อมูลความรุนแรงของโรคที่เป็นโรคอุบัติใหม่ เช่น เมื่อผู้ป่วยติดเชื้อและมีอาการที่รุนแรงจะส่งผลให้เสียชีวิตได้ จึงก่อให้เกิดความตระหนักและเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีขึ้น

ด้านปัจจัยสิ่งชักนำด้านข่าวสารในการป้องกันโรค ซึ่งในที่นี้ คือการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลผู้อยู่ในครอบครัว เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง อาทิ สามีภรรยา ลูกหลาน ญาติ หรือผู้ดูแลโดยหน้าที่จากการจ้าง และจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งข่าวสารอย่างกว้างจากภาครัฐและเอกชนผ่านโซเชียลมีเดียต่างๆ ตลอดช่วงเวลาการระบาด ทำให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักและตื่นกลัวจากข่าวสารความรุนแรงและอันตรายที่จะได้จากรับของโรคซึ่งสามารถทำให้เกิดการเสียชีวิตได้ เป็นสาเหตุให้นำไปสู่แนวทางในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นปัจจัยสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารนี้เป็นส่วนสำคัญที่ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับที่สูงยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุซรอ เลาะแม และคณะ⁽²³⁾ ที่พบว่าข่าวสารจากครูผู้ปกครองเป็นสิ่งชักนำให้เกิดการป้องกันโรคและสามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนา 2019 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนได้ ประกอบกับการศึกษาของ Karimy M et al.⁽²⁴⁾ ที่พบว่า การสนับสนุนจากภายนอกโดยเฉพาะในด้านข่าวสารผ่านโซเชียลมีเดียเป็นสิ่งสำคัญที่เพิ่มให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศอิหร่านมากยิ่งขึ้นด้วย ดังนั้นแรงสนับสนุนจากภายนอกอันได้แก่บุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สังคมโซเชียลมีเดีย สามารถเป็นส่วนหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีประสิทธิภาพได้

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล ชุมชนผู้สูงอายุและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เมื่อจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับเรื่องความรุนแรงของโรคมมากขึ้น และควรเพิ่มการสนับสนุนทางสังคมในด้านข้อมูลข่าวสารต่างๆ ผ่านสื่อโซเชียลมีเดีย ชนิดต่างๆที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุได้
2. ผู้ดูแล ชุมชนผู้สูงอายุ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเตรียมความพร้อมเพื่อผู้สูงอายุในประเด็นใหม่ เช่น การเข้าสู่ภาวะปกติใหม่ (new normal) อันได้แก่ การเสริมพลังสุขภาพจิต การจัดการความเครียด และ การใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Centre for Health Protection. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). [Internet]. 2020 [Cited 2021 Jan 24]. Available from: <https://www.chp.gov.hk/en/index.html>
2. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19). [Internet]. 2021 [Cited 2021 Feb 24]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

3. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 730 วันที่ 2 มกราคม 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ม.ค. 15]. เข้าถึงได้จาก:
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>
4. World Health Organization. Situation reports. [Internet]. 2023 [Cited 2023 Jan 15]
Available from:
https://covid19.who.int/?adgroupsurvey={adgroupsurvey}&gclid=CjwKCAiA5Y6eBhAbEiwA_ZZWlLwSq2YI7Roj5p3L6LxzP34a_nkUZUAxzva4ueyQi4bjY-94bpKaxoC2j0QAvD_BwE
5. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 2566 ม.ค. 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
6. ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. การกำหนดพื้นที่ที่มีการเชื่อมโยงกับผู้ติดเชื้อ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.พ. 17]. เข้าถึงได้จาก:
<http://www.moicovid.com/>
7. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุติดเชื้อ Covid-19 ในประเทศไทยปัจจุบัน. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565 พ.ค. 1]. เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1167>
8. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ภาคตะวันออก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.พ. 17]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=index>
9. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุสุขภาพดี. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2560. 12-17.
10. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. ผู้สูงอายุในช่วงสถานการณ์การระบาด COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 30 ต.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://thailand.unfpa.org/th/elderly-COVID19>
11. กรมควบคุมโรค. แนวทางการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ธ.ค. 19] เข้าถึงได้จาก:
https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/int_protection.php
12. Chen Y, Zhou R, Chen B, Chen H, Li Y, Chen Z, Zhu H, Wang H. Knowledge, Perceived Beliefs, and Preventive Behaviors Related to COVID-19 Among Chinese Older Adults: Cross-Sectional Web-Based Survey. J Med Internet Res. 2020 Dec 31;22(12):e23729. doi: 10.2196/23729.
13. พรหมมน คัมภีร์, จงจิต เสน่หา, วิมลรัตน์ ภูวราวุฒินานิช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2563; 31(1), 62-75.

14. Tong KK, Chen JH, Yu EW, Wu AMS. Adherence to COVID-19 Precautionary Measures: Applying the Health Belief Model and Generalised Social Beliefs to a Probability Community Sample. *Appl Psychol Health Well Being*. 2020 Dec;12(4):1205-1223. doi: 10.1111/aphw.12230.
15. เกษแก้ว เสียงเพราะ. ทฤษฎี เทคนิค การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและการประยุกต์ใช้ในงานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2563.
16. Becker, Marshall H. The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*. 1974; 2(4): 409-19.
17. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. โครงการการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai) 2002. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ; 2545.
18. Pallant. *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (Sixth edition). England, McGraw-Hill; 2007.
19. Munro. *Statistical Methods for Health Care Research* (6th ed). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 1997.
20. เพ็ญศรี หงส์พานิช. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของประชาชนจังหวัดปทุมธานี. *วารสารวิชาการสถาบันวิทยการจัดการแห่งแปซิฟิกสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 2564; 7(3): 174-85.
21. เขาวลิต เลื่อนลอย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอำเภอศรีนคร จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*. 2565; 5(1): 18-33.
22. Delshad Noghabi A, Mohammadzadeh F, Yoshany N, Javanbakht S. The prevalence of preventive behaviors and associated factors during the early phase of the COVID-19 pandemic among Iranian People: Application of a Health Belief Model. *J Prev Med Hyg*. 2021 Apr 29;62(1):E60-E66. doi: 10.15167/2421-4248/jpmh2021.62.1.1622.
23. ชร่อ เล้าแม่, มยุรี ยี่ปาโล๊ะ, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี*. 2565; 4(3): 12-25.
24. Karimy M, Bastami F, Sharifat R, Heydarabadi AB, Hatamzadeh N, Pakpour AH, Cheraghian B, Zamani-Alavijeh F, Jasemzadeh M, Araban M. Factors related to preventive COVID-19 behaviors using health belief model among general population: a cross-sectional study in Iran. *BMC Public Health*. 2021 Oct 24;21(1):1934. doi: 10.1186/s12889-021-11983-3.

ผลของการสอนโดยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วต่อความรู้และความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ศิริณา อุลิงห์, พย.บ.*^๑, นางลักษณ เมธากาญจนศักดิ์, ประ.ด. (การพยาบาล)**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่ม 2 กลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสอนโดยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วต่อความรู้และความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เปรียบเทียบก่อนและหลังทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วของคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลภักดีชุมพล ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จำนวนกลุ่มละ 30 คน กลุ่มควบคุมรับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองรับโปรแกรมการสอนด้วยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ประกอบด้วย 1) การสร้างความรู้ทางสุขภาพ 2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์: ส่งคลิปวิดีโอ ทั้งหมด 6 คลิป ระยะเวลาของโปรแกรม 4 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้แบบวัดความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้และความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วเพิ่มขึ้นหลังได้รับการสอนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าควรนำชุดการสอนดังกล่าวไปใช้ในคลินิกโรคเบาหวาน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วมีความรอบรู้ทางสุขภาพมากขึ้น

คำสำคัญ : ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน; ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2; โรคไตเรื้อรัง

* นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

^๑ Corresponding author: ศิริณา อุลิงห์ E-mail: au_sirinapha@kkumail.com

รับบทความ: 30 ม.ค. 66; รับบทความแก้ไข: 5 มี.ค. 66; ตอปรับตีพิมพ์: 6 มี.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 17 มี.ค. 66

The Effect of Functional Health Literacy Promotion Teaching Package Related to Rapid Decline in Kidney Function on Knowledge and The Ability to Read and Understand Health Numbers Among Patients with Type 2 Diabetic Mellitus

Sirinapha Ausing, B.N.S^{*a}, Nonglak Methakajanasak, Ph.D. (Nursing)^{**}

Abstract

This Randomized control trial research aimed to examine the effect of a functional health literacy promotion teaching package related to a rapid decline in kidney function on knowledge and the ability to read and understand health numbers among patients with type 2 diabetic mellitus. Subjects were type 2 diabetic mellitus patients with a rapid decline in kidney function. They were recruited through a simple random sampling method. Sixty patients were assigned to either control or experimental group, with 30 subjects in each group. The samples in the control group received regular care, while the experimental group received a functional health literacy promotion teaching package by applying the health literacy concept.

The results revealed that the experimental group had higher knowledge and ability to read and understand health numbers than before receiving the program ($p\text{-value}<0.05$) and had higher knowledge and the ability to read and understand the health numbers than those who received regular care ($p\text{-value}<0.05$)

Results from the study showed that the teaching package can be used to increase functional health literacy in diabetes clinic in order to enhance the health literacy among patients with diabetes mellitus who have rapid decline in kidney function.

Keywords : Functional health literacy; Patients with type 2 diabetic mellitus;
Chronic kidney diseases

^{*} Master of Nursing Science Candidate, Program in Adult Nursing, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

^{**} Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

^a Corresponding author : Sirinapha Ausing E-mail: au_sirinapha@kkumail.com

Received: Jan. 30, 23; Revised: Mar. 5, 23; Accepted: Mar. 6, 23; Published Online: Mar. 17, 23

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก โดยสหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติได้รายงานจำนวนผู้ป่วยเบาหวานในปี พ.ศ. 2558 มีมากถึง 415 ล้านคน และข้อมูลจากสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยรายงานในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวานมากถึง 4.4 ล้านคน ซึ่งแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ อย่างต่อเนื่อง และพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมักมีภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ง่าย เช่น เบาหวานขึ้นตา โรคหลอดเลือดสมองและหัวใจ แผลจากเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว⁽¹⁾ ภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ โรคไตเรื้อรัง สาเหตุของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่เข้าสู่ภาวะไตวายระยะสุดท้าย คือ โรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 44 ของสาเหตุทั้งหมด ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีโอกาสเกิดการดำเนินโรคไตเรื้อรังเป็นไตวายระยะสุดท้ายเร็วขึ้นเป็น 2 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น⁽²⁾ ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข พบว่า โรงพยาบาลภักดีชุมพลมีผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีภาวะอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว แนวโน้มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2562-พ.ศ. 2564 มีจำนวน 201, 178 และ 180 คน ตามลำดับ และพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวคือเบาหวาน จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีประสิทธิภาพการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว (A rapid decline in kidney function) หรือผู้ป่วยที่มี eGFR ลดลงมากกว่า 5 มิลลิลิตร/นาที/1.73 ตารางเมตร ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลภักดีชุมพล จำนวน 20 ราย ด้วยเครื่องมือแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของกองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ สรุปประเด็นปัญหาได้ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีระดับความรู้ทางสุขภาพต่ำถึงร้อยละ 75 2) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนทางไตจากเบาหวานมากถึงร้อยละ 90 3) ผู้ป่วยยังไม่เข้าใจถึงข้อมูลทางสุขภาพของตนเองไม่ให้ความสำคัญกับการใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเท่าที่ควร 4) คลินิกโรคเบาหวานยังไม่มีรูปแบบการให้ความรู้ที่ชัดเจนในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เมื่อสัมภาษณ์เพิ่มเติมพบว่าผู้ป่วยเบาหวานไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนทางไตที่เป็นผลจากการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ รวมถึงการเป็นโรคไตระยะเริ่มต้นไม่มีการแสดงอาการจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ตระหนักและละเลยในการทำความเข้าใจและดูแลตนเอง จากที่กล่าวมาข้างต้นสาเหตุปัญหาสอดคล้องกับแนวคิด ความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเนื่องจากข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยภายในสมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จำเป็นในการทำความเข้าใจเพื่อนำไปสู่การดูแลตนเองของผู้ป่วย

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความชุกของโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวาน จากการศึกษาพบว่าความชุกโรคไตจากเบาหวานมีจำนวนสูงขึ้นเกิดจากที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลสะสมในเลือดได้ (Hemoglobin A1c; HbA1c)⁽⁴⁾ และมีพฤติกรรมสุขภาพไม่ดีร่วมกับมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำและมีรายได้ต่ำ⁽⁵⁾ โดยมีการศึกษาการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานให้มีความรอบรู้สุขภาพระดับสูง มีโอกาสที่จะสามารถควบคุมน้ำตาลสะสมได้⁽⁶⁾ และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคเบาหวานอย่างถูกต้อง ร่วมกับการมีส่วนร่วมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ทำให้ความสามารถในการควบคุม

ระดับน้ำตาลในเลือดและทำให้ประสิทธิภาพการกรองของไตดีขึ้น⁽⁷⁾ โดยแนวคิดความรู้ทางสุขภาพนี้แบ่งได้ 3 ชั้น ได้แก่ 1) ชั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) 2) ชั้นสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (Communicative health literacy) 3) ชั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) ซึ่งในชั้นพื้นฐานนั้นหมายถึงการเข้าใจข้อมูลสุขภาพของตนเอง จากทักษะทางการอ่าน การเขียน ที่ใช้ดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านฉลากโภชนาการ ข้อความหรือตัวเลขในฉลากยาหรือใบนัด และคำแนะนำของแพทย์⁽⁸⁾

จากสาเหตุที่พบจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่เลือกใช้แนวคิดเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานมาประยุกต์ใช้ในการจัดทำโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีระดับอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ทางสุขภาพในขั้นพื้นฐานในการสร้างความเข้าใจถึงภาวะเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากการเข้าใจตัวเลขผลทางห้องปฏิบัติการ การอ่านใบนัด ฉลากยา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้และความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ
2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนความรู้และความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมฯ

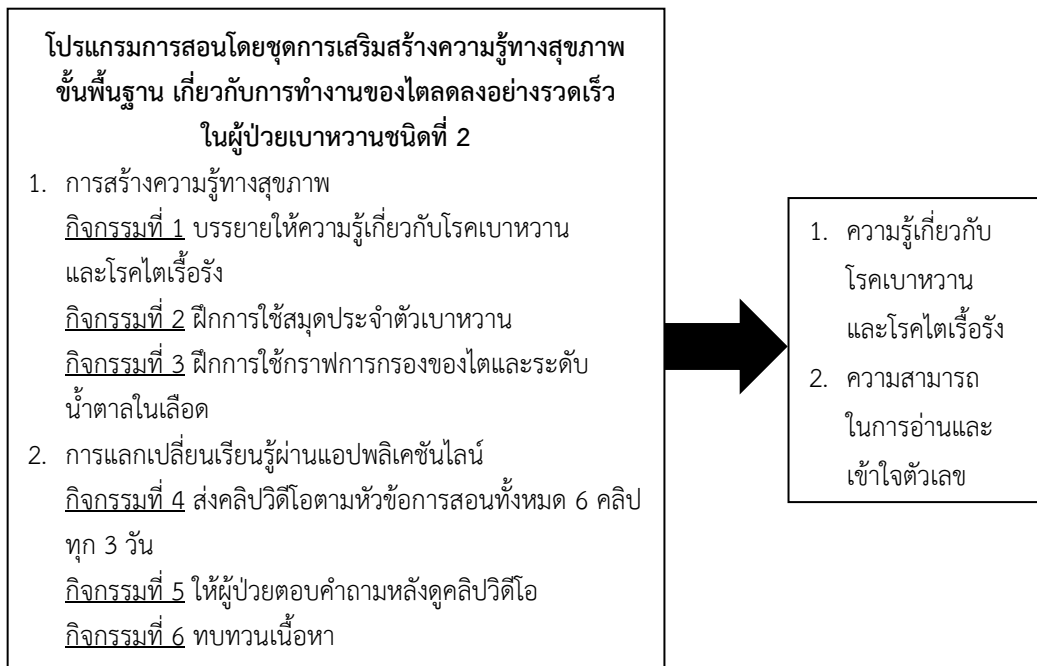
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าคะแนนความรู้และความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว หลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลอง
2. ค่าคะแนนความรู้และความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว หลังการได้รับโปรแกรมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีของดอน นัทปีม⁽⁸⁾ ซึ่งได้มีการจำแนกระดับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ 1) ชั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) 2) ชั้นสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ (Communicative health literacy) 3) ชั้นวิจารณ์ญาณ (Critical health literacy) โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการสอน เพื่อเน้นการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งมีองค์ประกอบอยู่ 2 ส่วน ได้แก่ 1) ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข และความรู้เกี่ยวกับโรค โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างความรู้ทางสุขภาพ จากการบรรยาย

การฝึกใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน และการฝึกใช้กราฟอัตราการกรองของไตและระดับน้ำตาล
2) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ จากการดูคลิปวิดีโอและตอบคำถาม จำนวน 6 คลิป เพื่อพัฒนา
ความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ที่ถือเป็นส่วนสำคัญและเป็นขั้นแรกในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูล
สุขภาพของตนเองให้แก่ผู้ป่วย ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแสดงต่อไปนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

เป็นวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มชนิด 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Randomized control trail: RCT) โดยเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (Two group pre-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 1,353 คน

กลุ่มตัวอย่าง: คือผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร เมื่อเทียบจากปี พ.ศ. 2563 และ พ.ศ. 2564 ที่เข้ารับบริการที่คลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 324 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อายุระหว่าง 18 ปีขึ้นไป ที่ได้ขึ้นทะเบียนรักษาในคลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลกักติชุมพล 2) มีอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลงมากกว่าหรือเท่ากับ 5 มล./นาที่/1.73 ตารางเมตร⁽⁹⁾ เมื่อเทียบจากปีพ.ศ.2563 และพ.ศ.2564 3) เป็นผู้ที่สามารถเข้าใจภาษาไทยและสื่อสารโดยใช้ภาษาพูดได้ 4) ไม่เป็นความบกพร่องด้านความจำในกลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไป ประเมินโดยใช้ Mini-Mental State Examination Thai: MMSE-Thai 2002⁽¹⁰⁾ โดยใช้เกณฑ์ 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ คะแนนมากกว่า 14 คะแนน 2) ประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 17 คะแนน 3) สูงกว่าประถมศึกษา คะแนนมากกว่า 22 คะแนน 5) มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้ Application Line ได้ 6) สมัครใจเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) มีภาวะทุพพลภาพหรือภาวะอื่นร่วมด้วย เช่น มีความบกพร่องทางการได้ยินและหรือการมองเห็น 2) มีอาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือน้ำตาลสูง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรัง และได้รับการลงรหัส ICD-10: N183, N184 และ N185

เกณฑ์การถอนตัวออก ประกอบด้วย 1) มีอาการของโรครุนแรงขึ้น เช่น มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำหรือน้ำตาลสูง จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2) ขาดการติดต่อ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ได้วิเคราะห์ค่าอำนาจในการทดสอบด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Version 3.1.9.7 โดยกำหนดค่าอิทธิพลจากงานวิจัย⁽¹¹⁾ โดยมีค่าเฉลี่ยในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 27.48 (SD=0.98) และ 16.45 (SD=4.75) ตามลำดับ ค่า Effect size เท่ากับ 0.95 และค่าแอลฟา (Alpha) ที่ 0.05 ใช้ค่าอำนาจทดสอบที่ 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 25 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เป็นกลุ่มละ 30 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

ทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการนำรายชื่อผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ใส่ในกล่องทึบ แล้วทำการจับฉลากรายชื่อผู้ป่วยแบบไม่ใส่คืน แต่ละรายชื่อที่จับขึ้นมาจะทำการเรียงลำดับโดยการเขียนหมายเลขไว้ไม่สลับกัน เพื่อนำเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบ 1:1 เท่ากัน จำนวนกลุ่มละ 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในทดลอง** คือ โปรแกรมการสอนด้วยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดองค์ประกอบแนวความคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ ดอน นัทปัม⁽⁸⁾ ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไตเรื้อรัง 5 ท่าน ประกอบด้วยอายุรแพทย์โรคไต แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพชำนาญการและอาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญแนวความคิดความรอบรู้ทางสุขภาพ ตรวจสอบเนื้อหาของโปรแกรมฯ โดยจัดโปรแกรม ใช้ระยะ 4 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมดังนี้

ตารางที่ 1 กิจกรรมของโปรแกรม

ลำดับ ที่	เนื้อหาที่สอน	สื่อการสอน	เวลา
1	สอนโดยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว ตามหัวข้อดังนี้ 1. ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข 2. ความรู้โรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง	- PowerPoint เรื่องความรู้โรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง - กราฟแนวโน้มอัตราการกรองของไตและระดับน้ำตาลในเลือด - แผ่นให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังจากเบาหวาน	30 นาที
2	แลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านกลุ่มไลน์: โดยการส่งคลิปวิดีโอตามหัวข้อการสอนและให้ผู้ป่วยตอบคำถาม และพูดคุยแลกเปลี่ยนกัน ร่วมกับผู้วิจัยกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจ	วันที่ 1 วิดีโอ “มาทำความรู้จักโรคไตจากเบาหวานกันเถอะ” คำถามหลังการสอน 1. โรคไตจากเบาหวานเกิดจากสาเหตุอะไร 2. อาการแสดงของโรคไตเรื้อรังมีอะไรบ้าง	30 นาที
		วันที่ 3 วิดีโอ “ระยะของโรคไต” คำถามหลังการสอน 1. โรคไตเรื้อรังมีกี่ระยะ 2. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังจะต้องมีค่าอัตราการกรองของไตเท่าไร	30 นาที
		วันที่ 5 วิดีโอ “ระดับน้ำตาลในเลือดสูงต่ำรู้ได้อย่างไร” คำถามหลังการสอน 1. ระดับน้ำตาลในเลือดมีกี่ชนิด 2. ระดับน้ำตาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยเบาหวานคือเท่าไร	30 นาที
		วันที่ 7 วิดีโอ “ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด” คำถามหลังการสอน 1. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้ป่วยได้เท่าไร 2. ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานที่เหมาะสมคือเท่าไร	30 นาที

ตารางที่ 1 (ต่อ) กิจกรรมของโปรแกรม

ลำดับ ที่	เนื้อหาที่สอน	สื่อการสอน	เวลา
3	—	วันที่ 9 วิดีโอ “ค่าไตคืออะไร” คำถามหลังการสอน 1. ค่าไตที่สำคัญได้แก่อะไร 2. ค่าอัตราการกรองของไตค่าปกติคือเท่าไร	30 นาที
		วันที่ 11 วิดีโอ “ปัสสาวะสำคัญอย่างไร” คำถามหลังการสอน 1. Urine Microalbumin เรียกภาษาไทยว่า อย่างไร 2. ปัสสาวะที่มีโปรตีนรั่วออกมาด้วย จะมีลักษณะอย่างไร	30 นาที
		วันที่ 13 ทบทวนบทเรียน สอบถามความเข้าใจ	30 นาที
4	ประเมินผลการสอน	- แบบวัดความรู้ทางสุขภาพ ระดับพื้นฐาน - แบบวัดความรู้โรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง	20 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้สร้างแบบวัดความรู้ ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับโรคเบาหวาน และโรคไตเรื้อรัง โดยการประยุกต์จากแนวคิดความรู้ทางด้านสุขภาพของ ดอน นัทปัม⁽⁸⁾ และประยุกต์จากแบบทดสอบความฉลาดทางด้านสุขภาพด้านความเข้าใจข้อมูล ข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับตัวเลขระดับพื้นฐานในผู้ใหญ่แบบสั้น (Short test of functional health literacy in adults หรือ Short-TOFHLA หรือ S-TOFHLA)⁽¹²⁾ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ

ตอนที่ 2 ระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตอนที่ 3 ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข เป็นการวัดการรับรู้ในการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ การคำนวณเวลาในการรับประทานยา การรู้ค่าตัวเลขระดับน้ำตาลของตนเอง แล้วนำมาเปรียบเทียบกับค่าปกติ ความสามารถในการอ่านฉลากยา และความสามารถในการอ่านบัตรนัด โดยให้คะแนน 1 คะแนนในคำตอบที่ถูกต้อง และให้คะแนน 0 คะแนนในคำตอบที่ผิดหรือไม่ทราบ มีทั้งหมด 16 ข้อ ได้แก่ 1) การอ่านคำแนะนำบนฉลากยา 2) การแปลผลระดับน้ำตาล 3) การอ่านบัตรนัด และ 4) การแปลผลอัตราการกรองของไต มีข้อคำถามหมวดละ 4 ข้อ

ตอนที่ 4 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรัง โดยการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และทบทวนเอกสาร ลักษณะแบบทดสอบเป็นปรนัย 2 ตัวเลือก (ใช่และไม่ใช่) โดยให้ผู้ตอบ

เลือกคำตอบที่ถูกต้องเพียง 1 ตัวเลือก ข้อที่ตอบถูกคิดเป็น 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบคิดเป็น 0 คะแนน ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) โรคเบาหวาน มีข้อคำถาม 10 ข้อ และ 2) โรคไตเรื้อรัง มีข้อคำถาม 10 ข้อ

การกำหนดเกณฑ์การแบ่งช่วงคะแนนเพื่อแปลผลแบบวัด ได้กำหนดเกณฑ์แบบอิงตามเกณฑ์ของกองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ ที่เป็นเกณฑ์ของแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง คือ

ตารางที่ 2 เกณฑ์ของแบบวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁽³⁾

มิติ	องค์ประกอบ	ช่วงคะแนน	แปลผล
Functional Health Literacy	ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	0-10 คะแนน	ระดับความรู้ต่ำ
		11-16 คะแนน	ระดับความรู้สูง
	2. แบบวัดความรู้		
	โรคเบาหวาน	0-6 คะแนน	ระดับความรู้ต่ำ
		7-10 คะแนน	ระดับความรู้สูง
	โรคไตเรื้อรัง	0-6 คะแนน	ระดับความรู้ต่ำ
		7-10 คะแนน	ระดับความรู้สูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ความถูกต้อง ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางโรคไตเรื้อรัง ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.9 และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยงของแบบวัด โดยใช้วิธีของ Kuder-Richardson สูตร KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.85

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2565 โดยเลือกเก็บกลุ่มควบคุมในคลินิกโรคเบาหวานที่เปิดบริการในวันอังคาร และเก็บข้อมูลกลุ่มทดลองในคลินิกโรคเบาหวานที่เปิดให้บริการในวันพฤหัสบดี โดยผู้ป่วยในกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรม ตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการ การเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม เป็นพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัยและอธิบายทำความเข้าใจในงานวิจัย เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการจัดกิจกรรม ฝึกทักษะและซักซ้อมความเข้าใจก่อนปฏิบัติจริงในการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม

2. การรวบรวมข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรมทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการศึกษาข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง อธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยมีผู้ช่วยวิจัยแจกแบบวัดความรู้ ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขและรวบรวมข้อมูล

3. ขึ้นดำเนินการ กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมการสอนด้วยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็ว เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และกลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. หลังการเข้าร่วมโปรแกรม รวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้แบบวัดความรู้ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการทำวิจัยในมนุษย์และคำนึงถึงจริยธรรมการวิจัย ก่อนการดำเนินวิจัยผู้วิจัยได้ทำหนังสือเสนอโครงการวิจัย ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พิจารณา โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) ให้ไว้ ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2565 เลขที่โครงการ HE652025 ผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และเปิดโอกาสให้อาสาสมัครตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสามารถถอนตัวออกจากโปรแกรมฯ ได้ตลอดเวลาโดยไม่กระทบต่อการรักษาของอาสาสมัคร ข้อมูลวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม หลังจากสิ้นสุดการวิจัยข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายทิ้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน และนำเสนอการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยตัวแปร ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติ dependent t-test และนำเสนอการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ independent t-test ภายหลังการทดสอบแล้วพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกัน กล่าวคือเปรียบเทียบลักษณะข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสถิติ Chi-square test และสถิติ Independent t-test พบลักษณะของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 มีอายุเฉลี่ย 57 ปี (กลุ่มทดลอง $\bar{X}=57.10$, $SD=8.55$ กลุ่มควบคุม $\bar{X}=57.65$, $SD=8.63$) ทั้ง 2 กลุ่มมีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.3 มีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลอง และ 73.4 ในกลุ่มควบคุม และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 33.3 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 36.7 ในกลุ่มควบคุม ข้อมูลภาวะสุขภาพ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ยอยู่ที่ 7 ปี (กลุ่มทดลอง $\bar{X}=6.97$, $SD=4.74$ กลุ่มควบคุม $\bar{X}=6.93$, $SD=4.71$) และส่วนใหญ่มีโรคร่วมเป็นโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในหลอดเลือด

2. ผลของการสอนโดยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

สมมติฐานข้อที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความรู้ ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับโรคเบาหวานและโรคไตเรื้อรังก่อนและหลังการสอนด้วยโปรแกรมในกลุ่มทดลอง โดยสถิติ Paired samples t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=30)

ความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน	กลุ่มทดลอง				t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	7.53	2.92	12.00	1.96	-10.635	<0.001*
ความรู้โรคเบาหวาน	5.97	3.02	7.47	2.04	-5.467	<0.001*
ความรู้โรคไตเรื้อรัง	3.67	2.65	7.30	2.02	-12.060	<0.001*

*p<0.05

สมมติฐานข้อที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมจากการทดสอบค่าเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับสุขภาพของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสอนโดยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยสถิติ Independent samples t-test พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง และความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขเกี่ยวกับสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (n=30)

ระดับความรู้ทางสุขภาพ	หลังทดลอง				t	p-value
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข	12.00	1.96	6.80	3.65	-6.868	<0.001*
ความรู้โรคเบาหวาน	7.47	2.04	6.57	3.21	-1.294	0.101
ความรู้โรคไตเรื้อรัง	7.30	2.02	4.30	2.80	-4.753	<0.001*

*p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน คือทักษะทางการอ่าน การทำความเข้าใจ การเขียนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปกติและเมื่อเจ็บป่วย เป็นทักษะที่ใช้ดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การอ่านฉลากโภชนาการ ข้อความหรือตัวเลขในฉลากยาหรือใบนัด และคำแนะนำของแพทย์⁽⁸⁾ สรุปได้ว่าความรู้ทางสุขภาพ

ขั้นพื้นฐาน เป็นส่วนที่สำคัญที่ผู้ป่วยต้องมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานนี้ ในการศึกษาครั้งนี้จึงทำการศึกษาเฉพาะ ความรอบรู้ทางด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน โปรแกรมการสอนโดยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการกรองของไต ลดลงอย่างรวดเร็ว ผู้วิจัยอภิปรายผลโดยแยกเป็นรายข้อได้ดังนี้

1. ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข เป็นการสร้างความเข้าใจต่อข้อมูลทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ให้กับผู้ป่วย จากการอ่านฉลากยา ใบนัด การดูค่าผลระดับน้ำตาลและค่าอัตราการกรองของไตของตนเอง โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการสอนด้วยโปรแกรม เป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์ และภายหลังการได้รับโปรแกรม ทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลขดีขึ้น

จากกรณีตัวอย่าง “ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง สามารถบอกได้ว่าในตารางค่าระดับน้ำตาลในเลือดคือค่าไหน ค่าการทำงานของไตคือค่าไหน ผู้ป่วยสามารถเปรียบเทียบระดับผลเลือดตามตารางระดับน้ำตาลและตาราง ค่าอัตราการกรองของไต และสามารถบอกได้ว่าระดับน้ำตาลของตนเองอยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าอัตราการกรอง ของไตอยู่ในระดับสีเขียว”

“ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่าไม่เคยสนใจการอ่านฉลากยาและอ่านใบนัด เนื่องจากจะจำจากสิ่งที่หมอบอก จำสีหรือเม็ดยา แต่พอได้รับการสอนก็เพิ่งทำให้รู้ว่าฉลากยามีอาการข้างเคียงของยาที่ต้องสังเกต และในใบนัด ก็มีรายละเอียดที่จำเป็นทั้งห้องตรวจ ข้อควรปฏิบัติ ไม่ได้มีแค่วันนัด เพราะทุกครั้งที่มาตามนัด ก็ไม่ได้เจาะ ตรวจเลือดเหมือนกันทุกครั้ง และยาแต่ละตัวก็ไม่ได้มีผลข้างเคียงเหมือนกันทุกตัว”

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยเกิดทักษะในการรับรู้ข้อมูลสุขภาพของตนเอง และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ของตนเองได้ มีความเข้าใจข้อมูลเพิ่มมากขึ้น จนสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม ทั้งในการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรับประทานยา การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำตามใบนัด

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จากผลการวิจัยพบว่าก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคเบาหวานในกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวาน มีการเจ็บป่วยและทำการรักษาที่คลินิกโรคเบาหวานเฉลี่ยแล้ว 7 ปี ซึ่งโดยปกติผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ารับบริการ ที่คลินิกโรคเบาหวานจะได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และสหวิชาชีพ ตามแผนการรักษา ตามมาตรฐานของคลินิกโรคเบาหวานอยู่แล้ว ทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้วิจัยจึงได้ อธิบายเพิ่มเติมโดยให้คำแนะนำพร้อมทั้งเน้นย้ำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญในการปฏิบัติตัว การรับประทานยา การควบคุมอาหาร และการสังเกตอาการผิดปกติทั้งอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ และอาการน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

3. ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มีอัตราการกรองไตลดลงอย่างรวดเร็ว และยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคไตเรื้อรังโดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอัตราการกรองของไตอยู่ที่ 70-80 มล./นาที/1.73 ตารางเมตร ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคไตเรื้อรังในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่มีอัตราการ กรองของไตลดลงอย่างรวดเร็วนี้ได้ ยังมีแนวโน้มของการลดลงของอัตราการกรองของไตอย่างรวดเร็วอยู่ ทางผู้วิจัยจึงได้จัดโปรแกรมการสอนในส่วนความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังด้วย พบว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังเพียงเล็กน้อย อาจรับรู้อาการของโรคไตเรื้อรังจากญาติหรือเพื่อนบ้าน ที่เจ็บป่วยด้วยโรคไตเรื้อรัง โดยหลังจากที่กลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคไต

สูงขึ้น บอกได้ถึงอาการ และสาเหตุของโรคไตเรื้อรังได้ รับรู้ว่าการทำงานของไตของตนเองอยู่ที่ระดับใด ซึ่งในกลุ่มควบคุมก็มีระดับคะแนนที่สูงขึ้นเล็กน้อย อาจเกิดจากการได้ทำแบบสอบถามเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังแล้ว มีการนำไปสอบถามหรือหาความรู้เพิ่มเติม แต่เมื่อนำผลค่าคะแนนหลังทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก็มีผลคะแนนที่แตกต่างกัน โดยที่กลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังดีกว่า

จากผลการศึกษาวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมการสอน มีค่าเฉลี่ยของระดับความรู้ทางสุขภาพสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการสอนด้วยโปรแกรมการสอน สามารถเพิ่มระดับความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ โดยรูปแบบการสอนของโปรแกรมจะประกอบด้วยการสอนแบบตัวต่อตัวในครั้งแรก หลังจากนั้นเป็นการสอนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ โดยการส่งคลิปวิดีโอการสอนทั้งหมด 6 เรื่องให้กับกลุ่มทดลอง การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม และยังมีผลทำให้ค่าอัตราการครองชีพในในกลุ่มทดลองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลอง⁽¹¹⁾ และการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานนั้นทำให้ผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น โดยทำการพัฒนาทั้ง 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ ด้วยกิจกรรมต่างๆ ทั้งการให้ความรู้ การฝึกวิเคราะห์ การฝึกตัดสินใจ และการเลือกข้อมูลสุขภาพต่างๆ⁽¹³⁾ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิด การเสริมพลังและการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การบริโภคอาหาร พฤติกรรมออกกำลังกาย พฤติกรรมการพักผ่อนและคลายความเครียด และพฤติกรรม การจัดการตนเองที่ดีขึ้น และทำให้ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลและค่าการทำงานของไตดีขึ้นด้วยเช่นกัน โดยการสอนสุขศึกษาด้วยการใช้สื่อโมเดล และ Infographic ประกอบการบรรยายร่วมกับการแจกคู่มือ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและชะลอไตเสื่อม⁽⁷⁾ ซึ่งการสอนด้วยสื่อทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม โดยมีการจัดรูปแบบการสอนด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย กิจกรรมบทบาทสมมติ และให้ความรู้ผ่านแอปพลิเคชันไลน์⁽¹⁴⁾ ร่วมกับการสอนตัวต่อตัว และการใช้สื่อสังคมออนไลน์ช่วยในการ ให้ความรู้ทางด้านสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงขึ้นได้แม้ไม่ได้มารับบริการที่โรงพยาบาล⁽¹⁵⁾

สรุป ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอน สามารถทำสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ ขั้นพื้นฐานให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีอัตราการครองชีพที่ลดลงอย่างรวดเร็วได้ มีการศึกษาเกี่ยวกับ แนวคิดความรู้ทางสุขภาพ อธิบายว่า การมีความรอบรู้ทางสุขภาพที่สูงขึ้นนำไปสู่พฤติกรรมในการดูแลตนเองดี มากขึ้น และการที่ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ดี โดยประเมิน จากความสามารถในการเข้าใจตัวเลขข้อมูลของตนเองจะส่งผลให้สุขภาพที่ดีขึ้น⁽¹⁶⁾ โดยมีผลต่อความรู้ เรื่องโรคเบาหวาน การดูแลตนเอง และการควบคุมระดับน้ำตาล ซึ่งการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพที่ดี จะนำผลลัพธ์ที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะการวิจัย

ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการสอนโดยชุดการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน เกี่ยวกับการทำงานของไตลดลงอย่างรวดเร็วต่อระดับความรู้ทางสุขภาพขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับโรคไตเรื้อรัง

ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อเนื่องถึงพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรม รวมถึงมีการจัดโปรแกรมการสอนความรู้ทางสุขภาพในระดับชั้นสื่อสาร/ปฏิสัมพันธ์ และระดับชั้นวิจารณ์ญาณต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ลุล่วงได้ด้วยความรู้ความกรุณาจากผู้ช่วยศาสตราจารย์นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ ที่ได้คำปรึกษาตลอดการทำวิจัย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง ขอขอบคุณแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่คลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลภักดีชุมพลที่ช่วยเหลือในการรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณทุนสนับสนุนมูลฐาน Fundamental Fund : FF ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น กองทุนส่งเสริม ววน. (This research was supported by the Fundamental Fund of Khon Kaen University and has received funding support from the National Science, Research and Innovation Fund (NSRF))

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. Thailand Medical Services Profile 2015– 2018 (การแพทย์ไทย 2558-2561) Second Edition Volume 2 [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ค. 28] เข้าถึงได้จาก <https://www.sem100library.in.th/opac/Catalog/Bibltem.aspx?BibID=b00014982>
2. Vejakama P, Ingsathit A, Attia J, Thakkinstian A. Epidemiological study of chronic kidney disease progression: a large-scale population-based cohort study. *Medicine (Baltimore)*. 2015 Jan;94(4):e475. doi: 10.1097/MD.0000000000000475.
3. กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แจ้งแตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ค. 20] เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/index/366>
4. นิชกานต์ วงษ์ประกอบ, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. ปัจจัยทำนายการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิต. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา*. 2560;23(2):94-106.
5. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA, Huang J. Health literacy and mortality among elderly persons. *Arch Intern Med*. 2007 Jul 23;167(14):1503-9. doi: 10.1001/archinte.167.14.1503.
6. นิตยา สิตะเสน, กิรดา ไกรนวัตร, รักชนก คชไกร. ความชุกและปัจจัยทำนาย การเกิดโรคไตจากเบาหวาน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในศูนย์บริการสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 2563;38(4):31-43.
7. ออมฤทัย มั่นในบุญธรรม. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ. *วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น*. 2562;1(2):121-32.
8. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. *Soc Sci Med*. 2008 Dec;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.

9. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์; 2560.
10. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง ประเมินผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2564 ก.ค. 20] เข้าถึงได้จาก <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/manual-guideline/manual-guideline-table/?dtid=44>
11. สายฝน สารินทร์, สุทธิพร มูลศาสตร์, วรพรรณ ชัยลิ้มปมนตรี. ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนารอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรัง. วารสารกระทรวงสาธารณสุข. 2562;29(2):86-101
12. Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Educ Couns. 1999 Sep;38(1):33-42. doi: 10.1016/s0738-3991(98)00116-5.
13. ญาดา รักธรรม, รัตนาวลี ดิโนนพะเนา, สุกัญญา ทะชน, กิ่งแก้ว สำรวรชื่น. ผลของโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตำบลวังนก อำเภอสว่างงาม จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2563;14(3): 139-48
14. ศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ, รุจิรา ดวงสงค์. ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพโดยการประยุกต์ความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกัน โรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านป่านเจริญ อำเภอมโนรมย์ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563;13(3):56-68
15. ประศักดิ์ สันติภาพ. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านสื่อสังคมออนไลน์สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/เบาหวาน. วารสารวิชาการวิทยาลัยสันตพล 2563;6(1):9-18
16. Klinovszky A, Papp-Zipernovszky O, Buzás N. Building a House of Skills-A Study of Functional Health Literacy and Numeracy among Patients with Type 2 Diabetes in Hungary. Int J Environ Res Public Health. 2021 Feb 6;18(4):1547. doi: 10.3390/ijerph18041547.
17. Marciano L, Camerini AL, Schulz PJ. The Role of Health Literacy in Diabetes Knowledge, Self-Care, and Glycemic Control: a Meta-analysis. J Gen Intern Med. 2019 Jun;34(6):1007-1017. doi: 10.1007/s11606-019-04832-y.

ประสิทธิผลการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยวิธีการฝังเข็ม

ณ อินทนิลคลินิก วิทยาลัยนครราชสีมา

สมรัชณี ศรีฟ้า*, วิไรรัตน์ อนันตกลีน^๑, ปวรุตม์ ศรีहरา**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุม มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาประสิทธิผลของการฝังเข็ม ร่วมกับการนวดทุยหนา ต่ออาการปวดศีรษะไมเกรน กลุ่มตัวอย่างเป็นการเลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วย ปวดศีรษะไมเกรน ที่มารับบริการ ณ อินทนิลคลินิก วิทยาลัยนครราชสีมา ตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ.2564 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ.2565 มีผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 40 ราย ถูกสุ่มแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับนวดทุยหนา 20 ราย (กลุ่มทดลอง) และกลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มเพียงอย่างเดียว 20 ราย (กลุ่มควบคุม) ผู้วิจัยการประเมินระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ก่อนการรักษาและหลังการรักษาทันที ผลการวิจัยพบว่า การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยทางสถิติ ($p>0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระดับความปวด (VAS) ก่อนและหลังการรักษาทันทีของทั้งสองกลุ่ม พบว่า ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับนวดทุยหนามีระดับความปวด (VAS) ลดลงกว่า กลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) สรุปได้ว่า การรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการฝังเข็มร่วมกับนวดทุยหนาและการฝังเข็มอย่างเดียวสามารถลดอาการปวดศีรษะไมเกรนได้ แต่การฝังเข็มร่วมกับนวดทุยหนาให้ประสิทธิผลการรักษาที่ดีกว่าการฝังเข็มอย่างเดียว

คำสำคัญ : ปวดศีรษะไมเกรน; ฝังเข็ม; ทุยหนา; การแพทย์แผนจีน

* อาจารย์ สาขาการแพทย์แผนจีน คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนครราชสีมา

** อาจารย์ สาขาวิชาการแพทย์แผนจีน วิทยาลัยการแพทย์ทางเลือก มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

^๑ Corresponding author: วิไรรัตน์ อนันตกลีน Email: wirairat_tcm@nmc.ac.th

รับบทความ: 2 ก.พ. 66; รับบทความแก้ไข: 8 มี.ค. 66; ตอบรับตีพิมพ์: 8 มี.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 28 มี.ค. 66

Effectiveness of Acupuncture treatment for Migraine at Inthanin Clinic Nakhonratchasima College

Somratchanee Srifar^{*}, Wirairat Anantaklin^{*a}, Porwarut Srihara^{**}

Abstract

This study was a randomized controlled trial aiming to study the effectiveness of acupuncture and Chinese massage on migraine headache. Samples were selected through purposive selection method from migraine patients who received treatments at Inthanin Clinic Nakhonratchasima College, from September 1, 2021 to August 31, 2022. Methods included 40 migraine patients were randomly and equally divided into two groups with 20 patients received acupuncture-Chinese massage treatment (experimental group) while another 20 patients received regular acupuncture treatment (control group). The researchers assessed the patients' pain scale using visual analog scale (VAS) before and immediately after treatments. Results showed that there was no statistical difference in general data and health data between the two groups ($p>0.05$). Both groups had significant decrease in pain score (VAS) before and after the treatments ($p<0.05$). When comparing the differences between groups, the mean pain score (VAS) among the patients who received acupuncture-Chinese massage treatments was significantly lower than those who received regular acupuncture treatments ($p<0.05$). It can be concluded that acupuncture-Chinese massage treatments and regular acupuncture can reduce migraine pain. However, acupuncture-Chinese massage treatments are more effective in managing migraine pain than regular acupuncture treatment.

Keywords : Migraine; Acupuncture; Chinese massage; Traditional Chinese Medicine

^{*} Lecturer, Department of Traditional Chinese Medicine, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhonratchasima College

^{**} Lecturer, Department of Traditional Chinese Medicine, College of Alternative Medicine, Chandrakasem Rajabhat University

^a Corresponding author: Wirairat Anantaklin Email: wirairat_tcm@nmc.ac.th

Received: Feb. 2, 23; Revised: Mar. 8, 23; Accepted: Mar. 8, 23; Published Online: Mar. 28, 23

บทนำ

โรคไมเกรน (Migraines) หมายถึง ความผิดปกติทางระบบประสาทเรื้อรังชนิดหนึ่ง ซึ่งมักทำให้เกิดอาการปวดศีรษะข้างเดียว แต่ในบางครั้งอาจมีอาการปวดศีรษะสองข้าง จะมีความรู้สึกปวดตื้อๆ เป็นระยะอาการปวดรุนแรงปานกลางถึงรุนแรง ในขณะที่ปวดก็มักมีอาการคลื่นไส้หรืออาเจียนร่วมด้วย อาจมีความรู้สึกไวต่อเสียง รวมถึงอาจมีอาการนำทางสายตา เช่น มองเห็นแสงวาบ ตาพร่ามัว การมองเห็นไม่ชัด หน้ามืดก่อนที่จะมีอาการไมเกรนตามมา การปวดศีรษะมักจะปวดแบบเป็นๆ หายๆ ระยะเวลาที่ปวดส่วนใหญ่จะนานหลายชั่วโมง แต่มักจะไม่เกิน 1 วัน⁽¹⁾ ปัจจุบันวัยทำงาน อายุ 18-59 ปี ที่มีอาการปวดศีรษะไมเกรนทั่วโลกคิดเป็นร้อยละ 50 ในประเทศไทยพบความชุกของการปวดศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 17.40 ซึ่งปวดศีรษะจากไมเกรน คิดเป็นร้อยละ 30 จากการสำรวจผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร พบความชุกของการปวดศีรษะไมเกรนคิดเป็นร้อยละ 29.10 พบในเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 35.30 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 10.40⁽²⁾

สาเหตุของการเกิดโรคไมเกรนยังไม่ทราบอย่างชัดเจน จากการวิจัยสาเหตุการเกิดโรคพบว่ามาจากความผิดปกติในการทำงานของสมองที่มีผลกระทบต่อเส้นประสาท สารเคมีและหลอดเลือดในสมอง อีกทั้งยังมีผลมาจากกรรมพันธุ์ โดยปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ คือ ความเครียด ฮอรโมนและภาวะทางอารมณ์ การนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ สิ่งแวดล้อม การไ้ยา กลิ่นน้ำหอม กลิ่นบุหรี การแพ้การบางชนิด เช่น ี้ออกโกแลต รวมไปถึงการปวดไมเกรนที่มีความสัมพันธ์กับประจำเดือนในเพศหญิง อย่างไรก็ตามปัจจัยกระตุ้นของแต่ละบุคคลจะไม่เหมือนกัน ซึ่งผู้ป่วยควรสังเกตอาการของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคและประโยชน์ต่อการรักษา^(2,3)

โรคไมเกรน ส่งผลต่อการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นการทำงาน ทำกิจกรรม หรือการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งส่งผลกับคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย และอาจทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตามโรคไมเกรนไม่ได้เป็นโรคที่ร้ายแรง แต่การรักษาที่ได้ผลดี ผู้ป่วยจำเป็นต้องปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิต อารมณ์ ความเครียด การพักผ่อน โดยแพทย์มักจะแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ยาในการรักษา ควบคู่กับการออกกำลังกาย^(2,3)

สำหรับแนวคิดทฤษฎีการแพทย์แผนจีนต่อการปวด มองว่าเกิดได้จากหลายปัจจัย เช่น เกิดจากปัจจัยการก่อโรคภายนอกมากระทบ อาทิ ความเย็น ลม ความชื้น เกิดจากภาวะอินหยางในร่างกายขาดความสมดุลกัน ภาวะแกร่งหรือพร่องที่ทำให้เส้นลมปราณและเลือดในร่างกายติดขัดไม่คล่องจึงปวด “不通则痛”⁽⁴⁾

ตำแหน่งการปวดของศีรษะ สามารถบอกถึงการไหลเวียนของเส้นลมปราณที่ผิดปกติ ดังนี้

1. ปวดบริเวณหน้าผาก-ปวดเส้นลมปราณหยางหมิง
2. ปวดศีรษะด้านข้าง-ปวดเส้นลมปราณส้าหยาง
3. ปวดท้ายทอย-ปวดเส้นลมปราณไท่หยาง
4. ปวดกลางกระหม่อม-ปวดเส้นลมปราณเจี๋ยอิน
5. ปวดศีรษะไปถึงฟัน-ปวดเส้นลมปราณส้าอิน
6. ปวดศีรษะร่วมกับเวียนศีรษะ ท้องเสีย-ปวดเส้นลมปราณไท่อิน⁽⁵⁾

การปวดศีรษะไมเกรน ทางแพทย์แผนจีนวินิจฉัยการปวดศีรษะนี้เกิดจากเส้นลมปราณเส้นหยาง การฝังรักษา จะเน้นการรักษาที่เส้นลมปราณเส้นหยางและเส้นลมปราณเจี๋ยอิน ที่มีความสัมพันธ์แบบนอก-ใน

ปัจจุบันการรักษาโดยศาสตร์การแพทย์ทางเลือกได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย และการรักษาโดยการฝังเข็มเป็นศาสตร์การแพทย์แผนจีนที่ได้รับความนิยมศาสตร์หนึ่ง และมีสถานที่เปิดให้บริการในการฝังเข็มมากขึ้น ทั้งในโรงพยาบาลรัฐบาล โรงพยาบาลเอกชน ตลอดจนคลินิกฝังเข็ม

การฝังเข็ม (อักษรจีน: 针灸; อังกฤษ: Acupuncture) เป็นศาสตร์การรักษาของแพทย์แผนจีนแขนงหนึ่ง ซึ่งมีประวัติยาวนานนับพันปี เริ่มมีการบันทึกอยู่ในคัมภีร์โบราณ “หวงตี้เนย์จิง (Huang Di Nei Jing)” การฝังเข็มจะใช้เข็มฝังตามจุดต่างๆ บนเส้นลมปราณหลัก ซึ่งมีแขนงย่อยที่สามารถเชื่อมโยงอวัยวะภายในและภายนอกให้เป็นองค์เดียวกันอย่างเป็นระบบ การฝังเข็มสามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันของร่างกาย ปรับสมดุลภายในร่างกาย ช่วยให้การไหลเวียนเลือดและเส้นลมปราณได้ดี ปรับสมดุลอิน-หยาง ซึ่งการฝังเข็มรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนในประเทศไทยนับเป็น 1 ใน 96 โรคที่พบบ่อย^(6,7) โจวเหวินจวิน⁽⁸⁾ ปี ค.ศ. 2565 ศึกษาประสิทธิผลของการฝังเข็มเปรียบเทียบกับยาแผนปัจจุบันในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนจากผู้เข้าร่วมวิจัย 58 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 29 ราย รักษาด้วยการฝังเข็ม กระตุ้นวิธีบำรุงด้วยมือ 3 นาที จากนั้นคาเข็มไว้ 30 นาที กลุ่มควบคุม 29 ราย รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ได้แก่ Flunarizine Hydrochloride capsules 10 mg วันละ 1 ครั้ง และ Aspirin tablets 100 mg วันละ 2 ครั้ง ต่อเนื่องเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าการรักษาในกลุ่มทดลองมีประสิทธิภาพ 100% กลุ่มควบคุม 68.97% เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าค่าคะแนนระดับความปวดศีรษะไมเกรนของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สรุปได้ว่าการฝังเข็มรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนมีประสิทธิภาพดีกว่าการใช้ยาแผนปัจจุบัน

การนวดทุยหนา (推拿) หรือการนวดแผนจีน เป็นศาสตร์การรักษาของแพทย์แผนจีนแขนงหนึ่ง มีการสืบทอดกันมานาน มีการบันทึกอยู่ในคัมภีร์โบราณ “หวงตี้เนย์จิง (Huang Di Nei Jing)” การนวดทุยหนา มีสรรพคุณในการทะลวงเส้นลมปราณ กระตุ้นการไหลเวียน สลายเลือดคั่ง คลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น เมื่อเกิดการบาดเจ็บของร่างกายจะทำให้การไหลเวียนชีและเลือดในร่างกายติดขัด ส่งผลให้ข้อต่อ กระดูก เอ็นกล้ามเนื้อหดเกร็ง ไม่ยืดหยุ่นจนเกิดอาการปวดและบวม การนวดทุยหนาสามารถรักษาโรคต่างๆ ทางด้าน ศัลยกรรม อายุรเวช กุมารเวช สูติรีเวช ความผิดปกติ หู ตา จมูก การบาดเจ็บของร่างกาย รวมถึงการนวดปรับโครงสร้างของกระดูกให้เข้าที่ โดยใช้วิธีการนวดคลึง กด ถู หยิบ บีบ หรือนวดคลึงไปตามจุดต่างๆ ตามแนวเส้นลมปราณบนร่างกาย^(9,10)

จากการศึกษาฐานข้อมูลงานวิจัยในประเทศไทยยังไม่พบงานทำวิจัยที่รักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา และฐานข้อมูลงานวิจัยในสาธารณสุขประชาชนจีนมีค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาประสิทธิภาพทันที่ของการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน ด้วยวิธีการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา อินทนิลคลินิก วิทยาลัยนครราชสีมา เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและเพิ่มทางเลือกในการรักษาให้กับผู้ป่วยที่ปวดศีรษะไมเกรน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อการศึกษาประสิทธิผลทันทีของการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาต่ออาการปวดศีรษะไมเกรน ณ อินทนิลคลินิก วิทยาลัยนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย:

การศึกษาประสิทธิผลการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยวิธีการฝังเข็ม ณ อินทนิลคลินิก วิทยาลัยนครราชสีมา เป็นการศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุม (Randomized controlled trial) มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาประสิทธิผลทันทีของการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาต่ออาการปวดศีรษะไมเกรน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกเข้าสู่การศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการปวดศีรษะไมเกรน และมารับการรักษาที่อินทนิลคลินิก วิทยาลัยนครราชสีมา มีจำนวนจำกัดผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่าง 40 ราย เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2564 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ซึ่งมีเกณฑ์ในการคัดเข้าคือ ผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบัน และอยู่ในช่วงกำเริบ โดยประเมินระดับความปวด (Visual analog scale: VAS) ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป มีช่วงอายุ 18-60 ปี และยินยอมเข้าร่วมโครงการโดยลงนามใบยินยอมก่อนเข้าโครงการ เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนที่ไม่มีอาการปวดหรือประเมินระดับความปวด น้อยกว่า 4 ไม่ได้อยู่ในช่วงอายุ 18-60 ปี และผู้ป่วยที่ไม่ยินยอมการเข้าร่วมโครงการ โดยมีผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนทั้งหมด 40 ราย และได้มอบหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยการสุ่ม (Random assignment)

อุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา

เข็มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นเข็มที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว ใช้ครั้งเดียวทิ้ง ยี่ห้อ TONY ผลิตที่สาธารณรัฐประชาชนจีน ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของเข็ม 0.25 มิลลิเมตร ความยาว 25 มิลลิเมตร

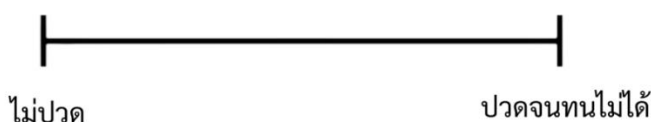


ภาพที่ 1 อุปกรณ์ที่ใช้ในการศึกษา

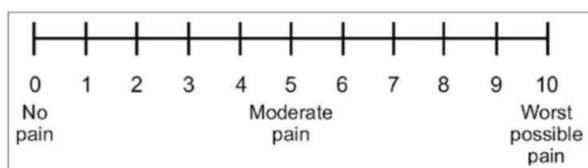
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ เพศ สถานภาพ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ โรคประจำตัว หรืออาการเจ็บป่วย ตำแหน่งที่ปวดศีรษะมากที่สุด อาการร่วมกับอาการปวดศีรษะ ระยะเวลาที่ปวดศีรษะ ส่วนที่ 3 มาตรวัดระดับความรู้สึเจ็บปวด (Visual analog scale: VAS) เป็นเครื่องมือวัดความเจ็บปวด เป็นกระดาษมีเส้นตรงยาว 10 เซนติเมตร ไม่มีตัวเลขกำกับให้เห็น โดยซ้ายมือสุดเขียนว่าไม่ปวด และขวามือสุดเขียนว่าปวดจนทนไม่ได้ จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยทำเครื่องหมายบนเส้นตามระดับความรู้สึเจ็บปวดของตน ทั้งก่อนและหลังการรักษา และผู้วิจัยจะวัดจากสเกลที่อยู่ด้านหลัง ซึ่งสเกลด้านหลังจะแบ่งเป็น 10 ช่อง ช่องละ 1 เซนติเมตร⁽¹¹⁾ โดย 0 หมายถึงไม่ปวด 1-3 เซนติเมตร หมายถึงปวดระดับเล็กน้อย 4-6 เซนติเมตร หมายถึงปวดระดับปานกลาง และ 7-10 เซนติเมตร หมายถึง ปวดระดับรุนแรง

ด้านหน้า



ด้านหลัง



ภาพที่ 2 มาตรวัดความรู้สึเจ็บปวด (Visual analog scale-VAS)

จุดฝังเข็มที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

จุด Xuanlu (GB5) และ Shuaigu (GB8) เป็นจุดที่อยู่ด้านข้างของศีรษะและอยู่บนเส้นลมปราณเส้นหางเท้าที่ผ่านด้านข้างของศีรษะ มีสรรพคุณในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน เวียนศีรษะ

จุด Fengchi (GB20) เป็นจุดที่อยู่ตรงท้ายทอยและอยู่บนเส้นลมปราณเส้นหางเท้า ที่ผ่านด้านข้างของศีรษะ มีสรรพคุณในการรักษาโรคบริเวณศีรษะ

จุด Zulinqi (GB41) เป็นจุดบนฝ่าเท้าและอยู่บนเส้นลมปราณเส้นหางเท้าที่ผ่านด้านข้างของศีรษะ มีสรรพคุณในการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรน

จุด Yintang (EX-HN3) เป็นที่อยู่ตรงกลางระหว่างคิ้วและเป็นจุดพิเศษ มีสรรพคุณในการรักษาอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ

จุด Yuyao (EX-HN4) เป็นที่อยู่ตรงกลางของคิ้วและเป็นจุดพิเศษ มีสรรพคุณในการรักษาโรคที่ตา เช่น ปวดเข้าตา เป็นการรักษาอาการร่วมกับการปวดศีรษะไมเกรน

จุด Taiyang (EX-HN5) เป็นที่อยู่หางคิ้วและเป็นจุดพิเศษ มีสรรพคุณในการรักษาอาการปวดศีรษะ

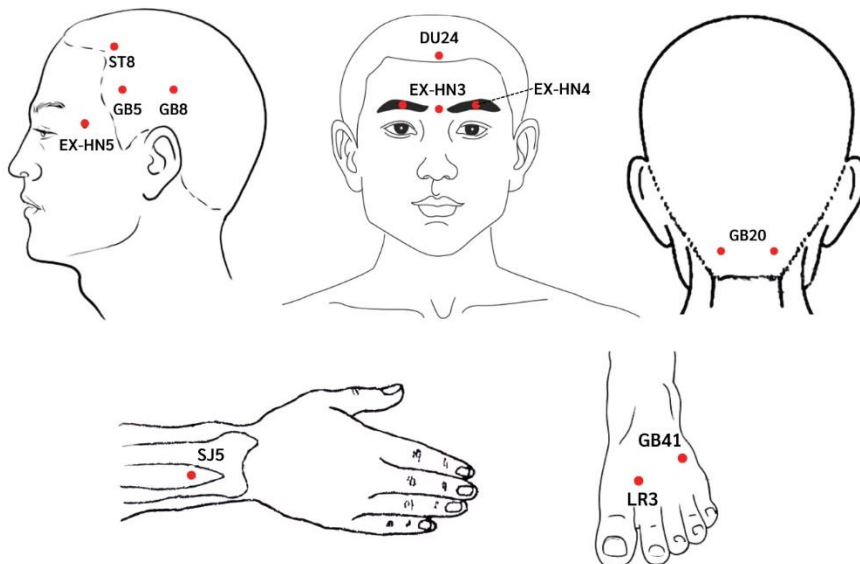
จุด Touwei (ST8) เป็นจุดที่อยู่ด้านข้างของศีรษะและอยู่บนเส้นลมปราณหยางหมิงเท้าที่ผ่านศีรษะ มีสรรพคุณในการรักษาอาการปวดศีรษะ ตาลาย ปวดตา

จุด Shenting (DU24) เป็นจุดที่อยู่บนศีรษะและอยู่บนเส้นลมปราณดู มีสรรพคุณในการรักษาอาการปวดศีรษะ ตาลาย

จุด Jingming (BL1) เป็นจุดที่อยู่ตรงหัวตาและอยู่บนเส้นลมปราณไท่หยางเท้า มีสรรพคุณในการรักษาโรคที่ตา เช่น ตาลาย น้ำตาไหล ตามองเห็นไม่ชัด เป็นการรักษาอาการร่วมกับการปวดศีรษะไมเกรน

จุด Waiguan (SJ5) เป็นจุดที่อยู่หลังแขนและอยู่บนเส้นลมปราณเส้าหยางมือและมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับเส้นลมปราณเส้าหยางเท้าที่ผ่านด้านข้างของศีรษะ มีสรรพคุณในการรักษาอาการปวดศีรษะ

จุด Taichong (LR3) เป็นจุดบนฝ่าเท้าและอยู่บนเส้นลมปราณเจียอินเท้าและมีความสัมพันธ์แบบนอก-ในกับเส้นลมปราณเส้าหยางเท้าที่ผ่านด้านข้างของศีรษะ มีสรรพคุณในการรักษาอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ⁽¹²⁾



ภาพที่ 3 จุดฝังเข็มที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้

ขั้นตอนในการทำหัตถการ

เริ่มจากซักประวัติเบื้องต้นของผู้เข้าร่วมวิจัยและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกามาตรวัดระดับความรู้สึกเจ็บปวด (VAS) ลงไปบนเส้นตามระดับความรู้สึกปวดศีรษะไมเกรนของตน ในกลุ่มทดลองรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการฝังเข็ม 30 นาที ร่วมกับการนวดทุยหนา และในกลุ่มควบคุมรักษาด้วยการฝังเข็ม 30 นาทีเท่านั้น

1. ขั้นตอนการฝังเข็ม

ก่อนการทำหัตถการต้องฆ่าเชื้อที่มือของแพทย์จีนและบริเวณจุดฝังเข็มด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกครั้ง จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนั่งบริเวณขอบเตียง ฝังเข็มจุด Fengchi (GB20) ด้วยการแทงเฉียง 45 องศา ไปทางปลายจมูก ลึก 0.8-1 นิ้ว และกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยการปั่นเข็มให้รู้สึกตื้อๆ (ปวด หน่วง ขา) คาเข็มไว้ 5 นาทีแล้วถอนออก จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนอนหงายบนเตียง ให้มีดวงข้างลำตัวในท่าคว่ำมือ จากนั้นฝังเข็มจุด Shuaigu (GB8), Xuanlu (GB5) และ Touwei (ST8) ด้วยการแทงราบ 15 องศา ลึก 0.5-0.8 นิ้ว จุด Taiyang (EX-HN5), Waiguan (SJ5), Taichong (LR3) และ Zulinqi (GB41) ด้วยการแทงตรง 90 องศา ลึก 0.5-0.8 นิ้ว กระตุ้นเข็มทุกจุดด้วยมือให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรู้สึกตื้อๆ จากนั้นคาเข็มไว้ 30 นาทีและถอนเข็มออก⁽¹²⁾

2. ขั้นตอนการนวดทุยหนา

เริ่มจากผู้เข้าร่วมวิจัยนอนหงายบนเตียง ใช้เทคนิคการนวดนิ้วเดียว (อ้อจื่อฉานทุยฝ่า 一指禅推法) บริเวณศีรษะตั้งแต่จุด Yintang (EX-HN3) ไปถึงจุด Shenting (DU24) และที่จุด Touwei (ST8) ไปถึงจุด TaiYang (EX-HN5) 3 รอบ จากนั้นใช้เทคนิคการนวดมือเดียวแบบเอียงมือ (อ้อจื่อฉานเพี้ยนทุยฝ่า 一指禅偏推法) นวดเป็นลักษณะเลข 8 บริเวณรอบดวงตา 3 รอบ จากนั้นใช้เทคนิคการนวดคลึง (อันโหวฝ่า 按揉法) ที่จุด Yintang (EX-HN3), Touwei (ST8), Jingming (BL1), Yuyao (EX-HN4), Taiyang (EX-HN5), Shuaigu (GB8) และ XuanLu (GB5) จุดละ 30 วินาที จากนั้นใช้เทคนิคการเช็ด (หมั้วฝ่า 抹法) ตั้งแต่จุด YinTang (EX-HN3) ไปทางจุด Shenting (DU24) และตั้งแต่จุด Yintang (EX-HN3) ไปทางหางคิ้วถึงจุด Taiyang (EX-HN5) 5 รอบ จากนั้นใช้เทคนิคการหยิบ (หนาฝ่า 拿法) เส้นลมปราณทั้ง 5 บนศีรษะ 5 นาที จากนั้นนวดคลึง (อันโหวฝ่า 按揉法) บริเวณมือที่จุด Waiguan (SJ5) บริเวณเท้าที่จุด Taichong (LR3) และ Zulinqi (GB41) จุดละ 30 วินาที⁽¹³⁾

หลังจากการทำหัตถการให้กับผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 2 กลุ่ม ผู้วิจัยมีการสอบถามผู้เข้าร่วมวิจัยว่ามีอาการข้างเคียงจากการทำหัตถการหรือไม่ เช่น เจ็บบริเวณจุดที่ฝังเข็ม อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ทั้งนี้เพื่อป้องกันผู้เข้าร่วมวิจัยระดับความเจ็บปวดคลาดเคลื่อน จึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยพักในท่านอนที่สบายเป็นเวลา 30 นาที จากนั้นให้ผู้เข้าร่วมวิจัยกามาตรวัดระดับความรู้สึกเจ็บปวด (VAS) ลงไปบนเส้นตามระดับความรู้สึกปวดศีรษะไมเกรนของตนอีกครั้ง

เนื่องด้วยผู้วิจัยต้องการศึกษาประสิทธิภาพทันทีของการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาต่ออาการปวดศีรษะไมเกรน จึงมีเกณฑ์คัดเข้าของอาสาสมัครคือมีอาการปวดศีรษะไมเกรนอยู่ในช่วงกำเริบโดยประเมินระดับความปวด (VAS) ตั้งแต่ 4 ขึ้นไป และเปรียบเทียบระดับความปวดก่อนและหลังการทำหัตถการทันที

จึงทำหัตถการ 1 ครั้ง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุณย์ภัสร์ ศิริธีราฐิติกุล และปุณย์วีร์ คำไทย⁽¹⁴⁾ ปี พ.ศ. 2565 ศึกษาผลฉับพลันของการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคไมเกรน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป (SPSS Version 21.0) โดยทำการวิเคราะห์ตามลำดับขั้นตอน ดังต่อไปนี้ 1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป 2) วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพ 3) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ก่อนและหลังการรักษา 4) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) นำเสนอในรูปของตารางความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviations) และสถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical statistics) การทดสอบ Chi-square เพื่อเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม, การทดสอบ t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของก่อนและหลังการรักษา กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและอนุมัติในการทำวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนครราชสีมา เลขที่ NMCEC-005/2563 ลงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2564 รับรองถึงวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียด ขั้นตอนการวิจัย ประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการทำวิจัย ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบรวมถึงสิทธิในการยินยอม ปฏิเสธ หรือการขอยุติการวิจัยได้โดยอิสระ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับในโทรศัพท์ของระบบออนไลน์ มีเพียงผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบงานวิจัยที่จะเข้าถึงข้อมูลนี้ ซึ่งข้อมูลทั้งหมดจะใช้เพื่อวิเคราะห์สถิติการวิจัยเท่านั้น การนำเสนอผลงานจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมไม่ใช่เฉพาะข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากการเผยแพร่ผลงานวิจัยครบ 1 ปี ผู้วิจัยจะทำลายข้อมูล เพื่อไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กร

ผลการวิจัย

ผู้ป่วยปวดศีรษะไมเกรนที่เข้ารับการรักษา ณ อินทนิลคลินิก วิทยาลัยนครราชสีมา ทั้งหมด 40 ราย แบ่งผู้เข้าร่วมวิจัยเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีผลการศึกษาดังนี้

ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)	p-value
เพศ			0.752
ชาย	10 (25.0)	9 (22.5)	
หญิง	10 (25.0)	11 (27.5)	
สถานภาพ			0.736
โสด	7 (17.5)	6 (15.0)	
สมรส	13 (32.5)	14 (35.0)	
อายุ			0.473
18-30 ปี	7 (17.5)	4 (10.0)	
31-40 ปี	5 (12.5)	8 (20.0)	
41-50 ปี	5 (12.5)	3 (7.5)	
50-60 ปี	3 (7.5)	5 (12.5)	
อาชีพ			0.641
พนักงานออฟฟิศ	3 (7.5)	2 (5.0)	
ผู้เกษียณอายุ	1 (2.5)	3 (7.5)	
ธุรกิจส่วนตัว	6 (15.0)	3 (7.5)	
แม่บ้านหรือเจ้าหน้าที่รักษาความสะอาด	1 (2.5)	0 (0)	
ครู/อาจารย์	2 (5.0)	5 (12.5)	
นักเรียน/นักศึกษา	2 (5.0)	1 (2.5)	
อาชีพอิสระ	1 (2.5)	2 (5.0)	
อื่นๆ	4 (10.0)	4 (10.0)	
ระดับการศึกษา			0.735
ประถมศึกษา	3 (7.5)	4 (10.0)	
มัธยมศึกษา	4 (10.0)	2 (5.0)	
ปริญญาตรี	10 (25.0)	9 (22.5)	
ปริญญาโท	3 (7.5)	4 (10.0)	
ปริญญาเอก	0 (0.0)	1 (2.5)	

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

ลักษณะกลุ่มผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)	p-value
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน			0.723
ต่ำกว่า 10,000 บาท	4 (10.0)	3 (7.5)	
10,001–20,000 บาท	6 (15.0)	5 (12.5)	
20,001–30,000 บาท	8 (20.0)	6 (15.0)	
30,001–40,000 บาท	1 (2.5)	3 (7.5)	
40,001–50,000 บาท	1 (2.5)	2 (5.0)	
50,000 บาทขึ้นไป	0 (0.0)	1 (2.5)	

หมายเหตุ ทดสอบด้วย Chi-square tests

ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)	p-value
โรคประจำตัวหรืออาการเจ็บป่วยเป็นประจำ			0.339
โรคความดันโลหิตสูง	2 (5.0)	4 (10.0)	
ภูมิแพ้	2 (5.0)	0 (0.0)	
ปวดหัวเข่า	1 (2.5)	0 (0.0)	
กระเพาะอาหาร	0 (0.0)	1 (2.5)	
เกาต์	1 (2.5)	0 (0.0)	
ริดสีดวง	1 (2.5)	0 (0.0)	
ไม่มี	13 (32.5)	15 (37.5)	
ตำแหน่งที่ปวดศีรษะ			0.146
ปวดศีรษะข้างซ้าย	4 (10.0)	9 (22.5)	
ปวดศีรษะข้างขวา	9 (22.5)	4 (10.0)	
ปวดศีรษะสองข้าง	7 (17.5)	7 (17.5)	

ตารางที่ 2 (ต่อ) ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลด้านสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=20)	กลุ่มควบคุม (n=20)	p-value
อาการร่วมกับอาการปวดศีรษะ			0.364
คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร	6 (15.0)	5 (15.5)	
มีความรู้สึกไวต่อเสียง	0 (0.0)	2 (5.0)	
ทนต่อแสงจ้าไม่ได้	2 (5.0)	4 (10.0)	
ไม่มี	12 (30.0)	9 (22.5)	
ระยะเวลาที่ปวดศีรษะ			0.693
น้อยกว่า 3 เดือน	2 (5.0)	3 (7.5)	
3-6 เดือน	2 (5.0)	4 (10.0)	
6-9 เดือน	3 (7.5)	1 (2.5)	
9-12 เดือน	3 (7.5)	4 (10.0)	
มากกว่า 12 เดือน	10 (25.0)	8 (20.0)	
ระดับความปวดศีรษะ (VAS)			
ก่อนการรักษา ($\bar{X} \pm SD$)	6.26 $\pm$ 1.37	6.20 $\pm$ 1.02	0.306

หมายเหตุ ทดสอบด้วย Chi-square tests

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ก่อนและหลังการรักษา

จากการการประเมินค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ก่อนรักษาและหลังการรักษาทันทีพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีระดับความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ก่อนและหลังการรักษาทันที

ระดับความปวดศีรษะ (VAS)	ก่อนการรักษา ($\bar{X} \pm SD$)	หลังการรักษา ($\bar{X} \pm SD$)	t-test	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)	6.26 $\pm$ 1.37	3.78 $\pm$ 1.12	4.90	0.000*
กลุ่มควบคุม (n=20)	6.20 $\pm$ 1.02	4.94 $\pm$ 1.00	4.19	0.001*

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความปวดลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับความปวดศีรษะ (VAS)	($\bar{X} \pm SD$)	ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง ($\bar{X} \pm SD$)	95% CI	p-value
กลุ่มทดลอง (n=20)	2.48 $\pm$ 2.27	1.22 $\pm$ 2.59	0.12-2.42	0.048*
กลุ่มควบคุม (n=20)	1.26 $\pm$ 1.35			

* แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสิทธิผลการรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยวิธีการฝังเข็ม ร่วมกับการนวดทุยหนา มีผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด 40 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 20 ราย คือกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ซึ่งจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปและข้อมูลด้านสุขภาพของทั้งสองกลุ่ม ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยทางสถิติ จึงไม่ใช่อิทธิพลต่อการศึกษานี้ และจากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองรักษาด้วยการฝังเข็ม 30 นาที ร่วมกับการนวดทุยหนา หลังการรักษาที่มีค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) ก่อนการรักษามีค่าเฉลี่ยระดับความปวด 6.26 หลังการรักษาที่มีค่าเฉลี่ยระดับความปวดลดลงเหลือ 3.78 มีความต่างของค่าเฉลี่ยระดับความปวด 2.48 และกลุ่มควบคุมรักษาด้วยการฝังเข็ม 30 นาทีเพียงอย่างเดียว หลังการรักษาที่มีค่าเฉลี่ยระดับความปวดศีรษะไมเกรน (VAS) ลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ก่อนการรักษามีค่าเฉลี่ยระดับความปวด 6.20 หลังการรักษาที่มีค่าเฉลี่ยระดับความปวดลดลง 4.94 มีความต่างของค่าเฉลี่ยระดับความปวด 1.26 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่า กลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา มีระดับความปวด (VAS) ลดลงกว่ากลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แสดงว่าการรักษาทั้งสองวิธีสามารถทำให้ให้ระดับความปวดลดลงได้ แต่การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาสามารถเปลี่ยนระดับความปวดปานกลางเป็นระดับเล็กน้อย แต่การฝังเข็มอย่างเดียวยังไม่สามารถเปลี่ยนระดับความปวดได้ จึงสรุปได้ว่า การฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนาให้ประสิทธิผลการรักษาที่ดีกว่าการฝังเข็มอย่างเดียว สอดคล้องกับผลการรักษาของซ่งสือเผิงและเถียนเหวินซู⁽¹⁵⁾ ปี ค.ศ. 2018 ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่ปวดศีรษะไมเกรนจากผู้เข้าร่วมวิจัย 80 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทุยหนา 40 ราย กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ฝังเข็มอย่างเดียว 40 ราย พบว่า ประสิทธิภาพการรักษา

ของกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) ล่ายขุน และคณะ⁽¹⁶⁾ ปี ค.ศ. 2020 ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่ปวดศีรษะไมเกรนจากผู้เข้าร่วมวิจัย 95 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทฤษฎี 48 ราย กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ฝังเข็มอย่างเดียว 47 ราย พบว่า ประสิทธิภาพการรักษาของกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) และเมื่อติดตามผลการรักษาเป็นเวลา 3 เดือน พบว่า อัตราการเกิดซ้ำของกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยทางสถิติเมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p < 0.05$) หวังเขา⁽¹⁷⁾ ค.ศ. 2022 ศึกษาผลการรักษาผู้ป่วยที่ปวดศีรษะไมเกรนจากผู้เข้าร่วมวิจัย 120 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการนวดทฤษฎี 60 ราย กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ฝังเข็มอย่างเดียว 60 ราย พบว่า หลังการรักษาในกลุ่มทดลองมีอัตราการไหลเวียนเลือดช้าลงกว่ากลุ่มทดลองและผู้ป่วยมีอาการปวดไมเกรนดีขึ้นร้อยละ 93.33 ปุณยภัทร์ ศิริธีราธิกุล และปุณยวีร์ คำไทย⁽¹⁴⁾ ปี พ.ศ. 2565 ศึกษาผลสนับสนุนของการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคไมเกรน จากผู้เข้าร่วมวิจัย 46 ราย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่รักษาด้วยการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้า 30 นาที 23 ราย กลุ่มควบคุมคือกลุ่มที่ฝังเข็มอย่างเดียว 30 นาที 23 ราย พบว่าการรักษาทั้งสองกลุ่มสามารถลดอาการปวดศีรษะไมเกรนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เมื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการรักษาทันที และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม พบว่าค่าคะแนนระดับความปวดศีรษะไมเกรนของกลุ่มทดลองลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.006$)

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามผลการรักษาในระยะยาว เพื่อศึกษาอัตราการเกิดซ้ำ ความรุนแรงของการปวดศีรษะไมเกรน
2. ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 30 ราย เพื่อให้ผลวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น
3. ควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 1 กลุ่ม ที่รักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยการนวดทฤษฎีเพียงอย่างเดียว

เอกสารอ้างอิง

1. นิติรัตน์ มีกาย, ยงยุทธ วัชรดุลย์, ศุภลักษณ์ พักคำ, วุฒิชัย วิสุทธิพรต. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลและความปลอดภัยของยาสมุนไพรตำราหลวงกับยาคาเฟออร์กอต (Cafergot®) ต่อการรักษาโรคไมเกรนในกลุ่มวัยทำงาน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2564;31(3):1-14.
2. รัชฎาพร สุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม. ผลของการกดจุดบำบัดต่อคะแนนความปวดและองค์การเคลื่อนไหวคอในผู้ป่วยไมเกรน. วารสารและวิจัยนวัตกรรมการสุขภาพ. 2564;4(2):65-76.
3. ปุณยภัทร์ ศิริธีราธิกุล, พชรียา อัมพุด. การรักษาอาการปวดศีรษะไมเกรนด้วยศาสตร์การแพทย์แผนจีน. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564;36(4):501-10.
4. Zhu WF, Zhuang ZD, Wu CY. Diagnostics of Traditional Chinese Medicine. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Press; 2007.

5. Zhou ZY, Jin S, Li MF, Luo YJ, Yu XP, Guo WX. Internal of Traditional Chinese Medicine. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Press; 2007.
6. สมชาย จิรพินิจวิทย์, ภาสกิจ วัฒนาวินบูล. พัฒนาการของศาสตร์การฝังเข็มในประเทศไทย. วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย. 2565;1(2):174-89.
7. อนุชา ม่วงใหญ่, กัญญารัตน์ จันทูมา, ธนปพร พรหมบุตร, ศิริวรรณ ยิ่งยืน. การส่งเสริมสุขภาพชุมชนตามแนวทางการฝังเข็มสู่แพทย์ทางเลือกอย่างยั่งยืน. วารสารสังคมศาสตร์ นิติรัฐศาสตร์. 2561;2(1):138-52.
8. Zhou WJ. Clinical value of Chinese acupuncture and moxibustion in the treatment of migraine patients. Chinese Journal of Modern Drug Application. 2022;12(2):211-3.
9. ศรัณย์ พงศ์ภาณุมาพร, ศุภะลักษณ์ ฟักคำ, ธัญญะ พรหมศร, สรรใจ แสงวิเชียร. ผลของการนวดไทยแบบราชสำนักและนวดแผนจีน (ทุยหนา) เพื่อบรรเทาอาการปวดหลังส่วนล่างและปัจจัยส่งเสริมการเข้ารับบริการที่คลินิกการแพทย์แผนไทย-จีน. วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2565;8(1):33-46.
10. กัญธิมา วุฒิ, อีรา อารีย์, อิติ นิลรุ่งรัตนา, ปภาวรินทร์ อัคริเดชเมธากุล, ชนาธิป ศิริดำรงค์, ธนภรณ์ อนุศรีวินิชชัย และคณะ. การรักษาอาการกล้ามเนื้อหลังอักเสบเฉียบพลันจากกีฬายกน้ำหนักด้วยการนวดทุยหนา. วารสารการแพทย์แผนจีนในประเทศไทย. 2565;1(2):269-74.
11. ศิรสา เรืองฤทธิ์ชาญกุล, อรพิชญา ไกรฤทธิ์. การประเมินความเจ็บปวดเรื้อรังในผู้สูงอายุ. รามาธิบดีเวชสาร. 2561;41(3):92-9.
12. Shi XM, Wang LL, Liang MR, Wang H, Du YH. Acupuncture and Moxibustion. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Press; 2007.
13. Fan BH, Han MF, Zhao Y, Gu YH, Wang DQ, Pang J. Chinese Massage. Beijing: China Traditional Chinese Medicine Press; 2008.
14. ปุณยภัทร์ ศิริธีราจิตติกุล, ปุณยวีร์ คำไทย. ผลฉับพลันของการฝังเข็มร่วมกับการกระตุ้นไฟฟ้าต่ออาการปวดศีรษะในผู้ป่วยโรคไมเกรน. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2565;20(3):449-58.
15. Song SP, Tian WS. Observation on the clinical effect of acupuncture combined with massage on migraine. Health for Everyone. 2018; 473(12): 111.
16. Lai C, Yu YZ, Huang YX, Su JJ. Clinical effect and safety analysis of acupuncture combined with massage on migraine. New Mom and New Born. 2020; 22:7:9.
17. Wang C. Clinical effect and safety analysis of acupuncture combined with massage on migraine. Chinese Health Food. 2022;007:000.

ผลการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้

นันทิมา เนียมหอม, พ.บ.*^a

บทคัดย่อ

บทนำ: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 122 ราย ผู้ป่วยทุกรายได้รับการดูแลรายบุคคลจากทีมสหวิชาชีพระหว่างเข้ารับการรักษาตัวของผู้ป่วยใน และการติดตามทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามทางโทรศัพท์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ สื่อสารให้ความรู้ ประเมิน ติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาล การแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ ประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม การรับประทานยา และผลลัพธ์ด้านคลินิก ได้รับการติดตามเป็นเวลา 3 และ 6 เดือน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา repeated ANOVA และ paired t -test

ผลการศึกษา: หลังสิ้นสุดการศึกษากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) ดัชนีมวลกาย ไชมันแอลดีแอล ไชมันไตรกลีเซอไรด์และระดับความดันโลหิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) รวมทั้งพบว่าอัตราการการครองชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.003$) แต่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ลดลงเล็กน้อย ($MD -10.81\pm88.88$, $p\text{-value}=0.207$)

สรุป: การศึกษานี้เป็นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น แต่ควรคำนึงถึงกลุ่มอายุของกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มสูงอายุที่ควรมีผู้ดูแลติดตามเข้าร่วมกิจกรรมด้วยทุกครั้ง

คำสำคัญ : ผู้ป่วยโรคเบาหวาน; ภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้; ทีมสหสาขาวิชาชีพ; การติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

* นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลราชสีลา จังหวัดศรีสะเกษ

^a Corresponding author : นันทิมา เนียมหอม Email : nanthimaniamhom@gmail.com

รับบทความ: 13 ก.พ. 66; รับบทความแก้ไข: 15 มี.ค. 66; ตอรับตีพิมพ์: 15 มี.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 10 เม.ย. 66

Effect of a Multidisciplinary Intensive Targeted Care with Telephone Outreach in Patients with Poor Glycemic Control

Nanthima Niamhom, MD^{*a}

Abstract

Background: This research aimed to evaluate the effect of a multidisciplinary intensive targeted care with telephone outreach in patients with poor glycemic control.

Method: A retrospective study was conducted with the total of 122 subjects received multidisciplinary intensive targeted cares during admission and was followed up after being discharged from the hospital by phone using an application line to communicate, educate, evaluate, monitor blood glucose and resolve hypoglycemia or hyperglycemia symptoms. The effect of health behaviors 3E 2S (eating, exercise, emotion, stop smoking and stop drinking), a 9-question Patient Health Questionnaire: PHQ-9, medication adherence scale (MMAS-8) and clinical outcome were assessed at 3 months and 6 months of the follow-ups. The data were analyzed using descriptive statistics, repeated ANOVA and paired t-test.

Results: The results showed that, after completing the program, health behaviors and medication adherence were significantly higher than that before the study ($p\text{-value}<0.001$). Degree of depression was significantly lower than before the study ($p\text{-value}<0.001$). The mean of body mass index, LDL cholesterol, triglycerides cholesterol and blood pressure were significantly lower than that before the study ($p\text{-value}<0.001$). The eGFR was also significantly higher than before the study ($p\text{-value}=0.003$). However, HbA1c decreased slightly with no significant difference (mean difference -10.81 ± 88.88 , $p\text{-value}=0.207$).

Conclusion: This study can be used as a tool for continuing diabetes care that can facilitate patients to modify their health behaviors. This telehealth enhances the ability of self-management and improve clinical outcomes. Additional consideration should be paid for patients in aging group that may require caregivers or relatives to collaborate or join the group meetings.

Keywords: Diabetes mellitus; Poor glycemic control; Multidisciplinary intensive targeted care; Telephone outreach

^{*} Medical Physician, Professional Level, Rasi Salai Hospital, Si Sa Ket Province

^a Corresponding author : Nanthima Niamhom Email : nanthimaniamhom@gmail.com

Received: Feb. 13, 23; Revised: Mar. 15, 23; Accepted: Mar. 15, 23; Published Online: Apr. 10, 23

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญในเกือบทุกประเทศทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย เกิดจากความผิดปกติของร่างกายที่มีการสร้างฮอร์โมนอินซูลินจากตับอ่อนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับการเมแทบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน จึงทำให้เกิดภาวะที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง⁽¹⁾ การรักษาโรคเบาหวานประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารตามหลักโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย และออกกำลังกายที่เหมาะสม ร่วมกับมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และการลดน้ำหนัก ถ้าควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ตามเป้าหมายจึงเริ่มการรักษาด้วยยา⁽²⁾ ซึ่งเป้าหมายสำคัญในการรักษาโรคเบาหวานคือควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดย้อนหลังประมาณ 3 เดือน ที่ผู้ป่วยเบาหวานทั่วไปควรน้อยกว่าร้อยละ 8⁽³⁾ หากผู้ป่วยมีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ (Poor glycemic control) หรือน้ำตาลในเลือดสูง เป็นเวลานานอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหลอดเลือดหัวใจและสมอง จอประสาทตา ปลายประสาทเสื่อม ไตเรื้อรังจนถึงไตวายระยะสุดท้าย แผลเท้าเบาหวาน ซึ่งเป็นสาเหตุของค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่เพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะแทรกซ้อนมักจะมากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน⁽⁴⁾ ดังนั้นผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการจัดการดูแลตนเอง เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมายการรักษา และได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง⁽⁴⁾ ซึ่งการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องอาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการและสามารถจัดการปัญหาอย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับเป้าหมาย⁽⁵⁾ มีระดับน้ำตาลสะสม ระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือดที่ดีขึ้น⁽⁶⁾ เพราะทีมสหสาขาวิชาชีพจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น⁽⁷⁾ นอกจากนี้ยังพบว่ารวมกับการใช้เทคโนโลยีในการติดตามสุขภาพทางไกล ในการติดตามดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ เพื่อให้คำแนะนำปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การรับประทานยาลดระดับน้ำตาลอย่างสม่ำเสมอ และถูกต้อง การรับประทานอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและดูแลเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า หรือติดตามอาการผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น⁽⁸⁾ ดังนั้นการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ (Telephone outreach) เป็นการสื่อสารสองทางระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ ที่จะทำให้รับการตอบกลับเกี่ยวกับการดูแลตนเองอย่างทันท่วงที⁽⁹⁾ จะช่วยให้ผลลัพธ์การควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้น ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาในการใช้ยาลดระดับน้ำตาลดีขึ้น⁽⁴⁾

จากรายงานของโรงพยาบาลราชโสต ใน พ.ศ. 2563-2565 พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ร้อยละ 65.26, 55.64 และ 44.65 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มลดลง (เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 40) พบผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูง 151, 177 และ 140 ราย ตามลำดับ ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยมากกว่าร้อยละ 20 ที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล

ด้วยภาวะระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากกว่า 1 ครั้งต่อปี พบปัญหาผู้ป่วยที่มีจำนวนมาก ขาดการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน ไม่มีการติดตามผลการรักษาอย่างเข้มงวด ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยควบคุมน้ำตาลไม่ดีเป็นเวลานานจนเกิดภาวะแทรกซ้อน ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดนัด ควรมีระบบการติดตามเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยขาดการรักษา รวมถึงมีระบบสอบถามทางการสื่อสารอื่น เช่น โทรศัพท์ การส่งข้อความเตือนการดูแลตนเองเตือนการติดตามนัด และควรพัฒนาระบบสารสนเทศ โดยเฉพาะข้อมูลของคนไข้ที่ติดตามผู้ป่วยไปทุกที่พร้อมให้ข้อมูลแก่สถานพยาบาลทุกที่เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ผู้ป่วยสามารถติดต่อโรงพยาบาลในกรณีที่พบปัญหาการดูแล เช่น การสอบถามทางโทรศัพท์ หรือระบบสารสนเทศอื่นๆ ที่เข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็วที่สุด

จากปัญหาดังกล่าวโรงพยาบาลจึงพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ด้วยการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพเมื่อเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามมาตรฐานและมีการติดตามแก้ไขปัญหาย่างต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้า การรับประทานยา และการควบคุมระดับน้ำตาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบย้อนหลัง (Retrospective study) กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ และได้รับการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ จากโรงพยาบาลราชสีไศล จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2564 ถึง 30 กันยายน 2565 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้ตารางของ เครจซีและมอร์แกน⁽¹⁰⁾ กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากรเท่ากับ 0.5 ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกินร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 122 ราย เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ อายุระหว่าง 30 ถึง 70 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (ICD-10: E11.0 ถึง E11.9) ได้รับการรักษาด้วยยามาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน มีระดับน้ำตาลสะสมมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 8 ไม่ปรับยาติดต่อกันนาน 6 เดือน เข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องไม่ขาดนัดในระยะเวลา 6 เดือน สามารถใช้โทรศัพท์สื่อสารได้ และมีผู้ดูแลหลัก เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ตามัวมากจนมองไม่เห็น ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคทางจิตเวช และผู้พิการและทุพพลภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย ให้แก่ทีมบุคลากรหน่วยงานรับทราบ ผู้วิจัยขอความยินยอมผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเข้า เพื่อเข้าร่วมวิจัยโดยอธิบาย วัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจเกิดขึ้น ในระหว่างดำเนินการวิจัย เมื่อผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัย

```
graph TD; A[T2DM with poor glycemic control  
(HbA1c ≥ 8%)] --> B[Admission]; B --> C[Multidisciplinary intensive targeted care]; C --> D[At 3 and 6 months post-discharge]; D --> E[Telephone outreach  
LINE App/LINE Official Account]; E --> F[Outcome]; F --> A;
```

The flowchart illustrates the study design, starting with the selection of patients with T2DM and poor glycemic control (HbA1c ≥ 8%). These patients are admitted to a multidisciplinary intensive targeted care program. The program includes various interventions such as patient education, dietary counseling, physical activity promotion, and medication management. The outcomes are measured at 3 and 6 months post-discharge, focusing on clinical outcomes, health behaviors, and patient-reported outcomes. The study also includes a telephone outreach component using LINE App/LINE Official Account for patient engagement and follow-up.

Study Design Flowchart:

- Initial Population:** T2DM with poor glycemic control (HbA1c ≥ 8%)
- Intervention Phase:** Admission to Multidisciplinary intensive targeted care, including:
 - Patient education (VDO clip)
 - Dietary counseling (1 meal)
 - Physical activity promotion
 - Medication management
- Outcome Measurement:** At 3 and 6 months post-discharge, including:
 - Clinical outcome
 - Health behaviors (3E 2S)
 - PHQ-9
 - MMAS-8
- Follow-up:** Telephone outreach (LINE App/LINE Official Account)

ตอนที่ 2 ประเมินพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. (Health behaviors 3E 2S : Eating, Exercise, Emotion, Stop Smoking, Stop Drinking) ปรับปรุงจากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ. 2ส. จำนวน 6 ข้อ เป็นแบบประเมินมาตราส่วน ประเมินค่า 5 ระดับ วัดความถี่ของการปฏิบัติต่อสัปดาห์ ตั้งแต่ระดับไม่เคย ไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ให้ 4 คะแนน กรณีการให้คะแนน ในข้อ 5 และข้อ 6 ให้กลับคะแนนตรงข้าม ไม่ได้ปฏิบัติให้ 4 คะแนน ปฏิบัติ 6-7 วันต่อสัปดาห์ให้ 0 คะแนน เป็นแบบประเมินที่มีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ (Item-total correlation) หรือ ค่า r อยู่ระหว่าง 0.353-0.529 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.673⁽¹²⁾ นำมาคิดค่าคะแนนเฉลี่ยและจัดระดับดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 0.00-2.33 คือพฤติกรรมสุขภาพระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คือพฤติกรรมสุขภาพระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 3.68-4.00 คือพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง

ตอนที่ 3 ประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (Patient Health Questionnaire: PHQ-9) เพื่อช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรงภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย 9 ข้อลักษณะคำถาม ถามเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นจากภาวะซึมเศร้าภายใน 2 สัปดาห์ โดยคำตอบมี 4 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่มีเลย ให้ 0 คะแนน มีเป็นบางวัน ให้ 1 คะแนน เป็นบ่อยให้ 2 คะแนน และเป็นทุกวัน ให้ 3 คะแนน แปลผลตามเกณฑ์ของกรมสุขภาพจิต⁽¹³⁾ ดังนี้ น้อยกว่า 7 คะแนน หมายถึง ไม่มีภาวะซึมเศร้า, 7-12 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย, 13-18 คะแนน หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง, และ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง ซึ่งผ่านการทดสอบความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า พบว่าค่าจุดตัดที่เหมาะสมคือคะแนนตั้งแต่ 7 ขึ้นไป มีค่าความไวร้อยละ 86.15 ค่าความจำเพาะร้อยละ 83.12 ค่าความถูกต้องร้อยละ 83.29 ซึ่งได้ค่าความไวและความจำเพาะสูง ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะสมในการนำมาใช้ในระบบเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าที่สถานบริการ⁽¹⁴⁾

ตอนที่ 4 ประเมินความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (Morisky Medication Adherence Scale: MMAS-8) ทั้งหมด 8 คำถามที่แปลโดย นางลักขณ์ อิงคณิ ผ่านกระบวนการแปลและย้อนกลับอย่างสมบูรณ์ และทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ (Validity) หาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านเบาหวานจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 0.97 แบบสอบถามมีทั้งหมด 8 ข้อ แบบสอบถามข้อ 1-7 ให้เลือกตอบว่าใช่หรือไม่ใช่ ตอบ ไม่ใช่ ให้ 1 คะแนน, ตอบ ใช่ ให้ 0 คะแนน กรณีการให้คะแนน ในข้อ 5 ให้กลับคะแนนตรงข้าม และในข้อที่ 8 ให้เลือกตอบ 5 ระดับ ตอบ 8.1 ให้ 1 คะแนน, 8.2 ให้ 0.75 คะแนน, 8.3 ให้ 0.5 คะแนน, 8.4 ให้ 0.25 คะแนน และตอบ 8.5 ให้ 0 คะแนน คะแนนรวมมีตั้งแต่ 1-8 คะแนน โดยคะแนนสูงบ่งชี้ว่า ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ดีกว่าคะแนนต่ำ การแปลผลคะแนนความสม่ำเสมอในการรับประทานยามีดังนี้ คะแนนน้อยกว่า 6 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับต่ำ, คะแนนอยู่ระหว่าง 6-7 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง, คะแนนเท่ากับ 8 หมายถึง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง แบบสอบถามในการรับประทานยา ได้ค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.76⁽¹⁵⁾

ตอนที่ 5 ประเมินผลด้านคลินิก (Clinical outcome) ในด้านดัชนีมวลกาย ระดับความดันโลหิต ซิลโตลิต ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก ไขมันแอลดีแอล ไขมันไตรกลีเซอไรด์ อัตราการกรองของไต ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติพรรณนา ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.

ภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (MMAS-8) และผลลัพธ์ด้านคลินิกก่อนและหลังได้รับการดูแล ในเดือนที่ 0, 3 และ 6 ใช้สถิติ repeated ANOVA และ paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2022-068 ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ และจะทำลายหลังจากเผยแพร่ผลการวิจัยเรียบร้อยแล้ว ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม โดยจะนำไปใช้ในประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่าง 122 ราย เพศหญิงร้อยละ 52.46 อายุเฉลี่ย 56.01 ± 11.35 ปี ระยะเวลาเป็นเบาหวาน 7.21 ± 5.76 ปี มีโรคร่วมร้อยละ 95.08 มีภาวะโรคไตเรื้อรังร้อยละ 31.97 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 15.57 จำนวนรายการยาเฉลี่ย 5.27 ± 2.71 รายการ ส่วนใหญ่ได้รับยาเบาหวานรูปแบบยาเม็ด ร้อยละ 59.84 รองลงมาคือ ยานิดอินซูลิน และยาเม็ด ร้อยละ 27.87 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=122)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	64	52.46
ชาย	58	47.54
อายุเฉลี่ย (ปี)	56.01 ± 11.35	
ต่ำกว่า 40 ปี	37	30.33
50-60 ปี	33	27.05
60 ปี ขึ้นไป	52	42.62
ระยะเวลาเป็นเบาหวาน (ปี)	7.21 ± 5.76	
ต่ำกว่า 5 ปี	60	49.18
5-10 ปี	29	23.77
10 ปี ขึ้นไป	33	27.05
มีผู้ดูแล	122	100.00
มีโรคร่วม	116	95.08

ตารางที่ 1 (ต่อ) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=122)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะแทรกซ้อน		
ไม่มี	57	46.72
เบาหวานขึ้นจอประสาทตา	1	0.82
โรคไตเรื้อรัง	39	31.97
โรคไตวายระยะท้าย	3	2.46
โรคหัวใจและหลอดเลือด	19	15.57
แผลเท้าเบาหวาน	3	2.46
จำนวนรายการยา	5.27±2.71	
ต่ำกว่า 5 รายการ	72	59.02
5 รายการ ขึ้นไป	50	59.02
ประเภทยาเบาหวาน		
ยาเม็ด	73	59.84
ยาฉีดอินซูลิน	15	12.30
ยาฉีดอินซูลิน และยาเม็ด	34	27.87

ผลการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์

หลังศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และมีภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รวมถึงความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) (ตารางที่ 2)

ผลลัพธ์ด้านคลินิก

เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่า ดัชนีมวลกาย ไชมันแอลดีแอล ไชมันไตรกลีเซอไรด์และระดับความดันโลหิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) รวมทั้งพบว่าอัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.003) แต่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c) ลดลงเล็กน้อย (Mean difference -10.81±88.88, p-value=0.207) (ตารางที่ 3-4)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ภาวะซึมเศร้าและความสม่ำเสมอในการรับประทานยา (n=122)

ข้อมูล	เริ่มต้น	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	p-value ^a
พฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.	2.51±0.85	3.19±0.80	3.37±0.73	<0.001*
Mean±SD (95%CI)	(2.36-2.67)	(3.05-3.34)	(3.24-3.50)	
Mean difference		0.68±0.81	0.85±0.84	
p-value ^b		<0.001*	<0.001*	
ภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม	6.07±5.41	4.61±4.11	2.96±2.71	<0.001*
Mean±SD (95%CI)	(5.10-7.04)	(3.87-5.35)	(2.47-3.44)	
Mean difference		-1.45±1.72	-3.11±2.91	
p-value ^b		<0.001*	<0.001*	
ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา	5.71±1.23	6.04±1.57	6.78±1.40	<0.001*
Mean±SD (95%CI)	(5.49-5.93)	(5.75-6.32)	(6.52-7.03)	
Mean difference		0.31±1.06	1.05±1.07	
p-value ^b		0.001*	<0.001*	

* Statistically significant at p<0.05, ^ap-value from One-way repeated measures ANOVA repeated on time,

^bp-value from paired t-test

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และระดับไขมันในเลือด (n=122)

ข้อมูล	เริ่มต้น	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	p-value ^a
BMI (kg/m²)	23.98±5.35	23.28±5.09	22.80±5.00	<0.001*
Mean±SD (95%CI)	(23.02- 24.94)	(22.36- 24.19)	(21.89- 23.69)	
Mean difference		-0.69±0.87	-1.16±1.07	
p-value ^b		<0.001*	<0.001*	
LDL Cholesterol	129.81±44.75	106.84±34.77	101.44±69.04	<0.001*
Mean±SD (95%CI)	(121.78-137.83)	(100.61-113.07)	(89.06-113.81)	
Mean difference		-22.96±35.71	-28.36±68.98	
p-value ^b		<0.001*	<0.001*	
Triglycerides	230.48±59.73	181.91±12.29	143.22±5.37	<0.001*
Mean±SD (95%CI)	(201.84-259.10)	(161.78-202.03)	(131.50-154.93)	
Mean difference		-48.56±99.25	-87.25±130.23	
p-value ^b		<0.001*	<0.001*	

*Significant at p<0.05, ^ap-value from One-way repeated measures ANOVA repeated on time,

^bp -value from paired t test

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยการกรองของไต ความดันโลหิตและน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (n=122)

ข้อมูล	เริ่มต้น	เดือนที่ 3	เดือนที่ 6	p-value ^a
Systolic BP (mmHg)	149.50±17.57	136.37±15.33	124.80±12.47	<0.001*
Mean±SD (95%CI)	(146.35-152.65)	(133.62-139.11)	(122.56-127.03)	
Mean difference		-13.13±14.42	-24.69±15.65	
p-value ^b		<0.001*	<0.001*	
Diastolic BP (mmHg)	82.94±10.44	76.12±10.02	72.25±8.95	<0.001*
Mean±SD (95%CI)	(81.07-84.81)	(74.32-77.91)	(70.64-73.86)	
Mean difference		-6.81±11.59	-10.68±11.44	
p-value ^b		<0.001*	<0.001*	
eGFR (mL/min)	79.31±32.94	79.39±32.47	81.80±32.00	0.003*
Mean±SD (95%CI)	(73.40-85.21)	(73.57-85.21)	(76.06-87.53)	
Mean difference		0.11±8.33	2.54±9.94	
p-value ^b		0.875	0.005*	
HbA1c (%)	12.22±2.68	10.66±2.35	9.48±2.09	0.207
Mean±SD (95%CI)	(12.09-13.29)	(10.23-11.07)	(9.10-9.85)	
Mean difference		-9.59±89.12	-10.81±88.88	
p-value ^b		0.236	0.181	

*Significant at p<0.05, ^ap-value from One-way repeated measures ANOVA repeated on time, ^bp-value from paired t test

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลในรูปแบบผู้ป่วยใน (Admission) รายบุคคลจากทีมสหวิชาชีพ จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้จึงจำหน่ายกลับบ้าน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Post-discharge) ในเดือนที่ 3 และ 6 ผู้ป่วยจะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ หรือไลน์ออฟฟิเชียลแอดเคานต์ เพื่อสื่อสารกับแพทย์และพยาบาลทีมผู้วิจัย กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามตาม 3อ2ส อย่างสม่ำเสมอ รับฟัง และให้คำปรึกษาปัญหา เพื่อแก้ไขปัญหาได้ทันที โดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด ตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือด และประเมินผลการตรวจเลือดให้ผู้ป่วยได้รับทราบเพื่อประเมินตนเอง โดยมีเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงพื้นที่ติดตามดูแล เมื่อสิ้นสุดการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น ภาวะซึมเศร้าลดลง ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเพิ่มขึ้น จนทำให้ดัชนีมวลกาย ไชมันแอลดีแอล ไชมันไตรกลีเซอไรด์ และระดับความดันโลหิตลดลง อัตราการกรองของไต (eGFR) เพิ่มขึ้น แต่ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสม (HbA1c)

ลดลงเล็กน้อย ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือการใช้ยาที่ดี และสามารถควบคุมระดับ HbA1c ได้ตามเป้าหมาย บางรายสามารถควบคุม HbA1c ได้ตามเป้าหมายภายใน 3 เดือน และมีการใช้ยาลดลงหรือไม่มีการปรับขนาดยาเพิ่มขึ้นในระหว่างการศึกษา ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุม HbA1c ให้ได้ตามเป้าหมาย ในระหว่างการศึกษาน่าจะมีสาเหตุมาจากการมีระยะเวลาเป็นเบาหวานนาน การมี HbA1c ที่ค่อนข้างสูงก่อนเข้ารับการศึกษา และการมีความร่วมมือการใช้ยาที่ไม่ดีพอและขาดการสนับสนุน ช่วยเหลือจากครอบครัว แต่อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการติดตามมีระดับ HbA1c ลดลงทุกราย แต่ผู้ป่วยต้องมีผู้ช่วยเหลือสนับสนุน ในการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับโรคเบาหวานได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Whittemore et al.⁽¹⁶⁾ มีการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานทางโทรศัพท์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างสม่ำเสมอ รับฟังและให้คำปรึกษาปัญหา 2 ครั้ง ในช่วง 3 เดือน พบว่าค่า HbA1c ในกลุ่มที่ศึกษาลดลงไม่แตกต่างเมื่อเทียบกับก่อนศึกษา แต่การปรับพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุม ($p=0.02$ และ $p=0.01$) และ Jameson & Baty⁽¹⁷⁾ ติดตามการรักษาผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ทางโทรศัพท์ เพื่อให้คำแนะนำและแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยา ในระยะเวลา 12 เดือน พบว่าค่า HbA1c ในกลุ่มที่ศึกษาลดลงไม่แตกต่างเมื่อเทียบกับก่อนศึกษา แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Walker et al.⁽¹⁸⁾ ใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเบาหวานทุก 4-6 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 1 ปี ทั้งสิ้น 10 ครั้ง เพื่อเน้นเกี่ยวกับความร่วมมือในการใช้ยา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ภายหลังการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีระดับ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.04$) ที่สำคัญผู้ติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์จะต้องเป็นผู้ที่มีทักษะในการสื่อสาร พูดจูงใจและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนครั้งในการโทรศัพท์ตั้งแต่ 6 ครั้งขึ้นไปจึงจะมีผลลดระดับ HbA1c อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) Bogner et al.⁽¹⁹⁾ มีการโทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยเบาหวาน 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที คือที่เริ่มต้นการศึกษา 6 และ 12 สัปดาห์ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและภาวะซิมเคร้า สร้างความตระหนักให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการควบคุมภาวะซิมเคร้า อธิบายความสำคัญของการรับประทานยาต้านอาการซิมเคร้าและยาลดระดับน้ำตาล ภายหลังการศึกษาพบว่าผู้ป่วยในกลุ่มที่ศึกษามีความร่วมมือในการใช้ยาด้านอาการซิมเคร้าและยาลดระดับน้ำตาลในเลือดมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) วาสนา ชนะพลพัฒน์⁽²⁰⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างจะได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ร่วมกับการบริการตามปกติที่หอผู้ป่วย โดยโทรศัพท์ไปหาผู้ป่วยรวม 2 ครั้ง คือวันที่ 2 และวันที่ 7 หลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ใช้ระยะเวลาในการสนทนาครั้งละประมาณ 15-20 นาที ประเด็นในการสนทนา ได้แก่ อธิบายให้ เข้าใจถึงสาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อนและให้คำปรึกษาปัญหาของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาการศึกษา 2 สัปดาห์ ภายหลังการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มศึกษามีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สุนิดา สดาก⁽²¹⁾ ใช้โทรศัพท์ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานทุก 1 เดือน รวมทั้งสิ้น 6 ครั้ง เพื่อให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับโรคเบาหวาน

การใช้จ่าย และการปฏิบัติตัวทุก 3 เดือน พบว่าความร่วมมือในการใช้จ่ายเพิ่มมากกว่าก่อนศึกษา ($p<0.001$) มีค่า HbA1C ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีแนวโน้มของค่าความดันโลหิต ไขมันแอลดีแอล ไขมันรวมลดลง สุชีลา บุญจันทร์ และศุภวรรณ พงศ์พัฒนานุฒิ⁽²²⁾ มีการให้ความรู้เรื่องการนับคาร์โบไฮเดรต ร่วมกับการโทรศัพท์ติดตามทุก 2 สัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าค่าความแตกต่างของ HbA1c ระหว่าง เดือนที่ 0 กับเดือนที่ 6 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ณัฐภัสสร เดิมขุนทด และคณะ⁽²³⁾ ติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ทางโทรศัพท์โดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ สื่อสารให้ความรู้ ประเมินติดตามผลการตรวจระดับน้ำตาลด้วยตนเอง การแก้ไขภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำ พบว่าค่าน้ำตาล เฉลี่ยสะสม (HbA1C) ที่ 12 เดือนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ความสม่ำเสมอในการ รับประทานยา (MMAS 8) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

การติดตามการรักษาทางโทรศัพท์เป็นเครื่องมือติดตามดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความสามารถในการดูแลตนเองและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำและคำปรึกษา การเลือกรับประทานอาหาร และดูแลอย่างใกล้ชิดจากทีมสหวิชาชีพ ซึ่งหากระดับน้ำตาลในเลือดสูง แพทย์จะปรับแผนการรักษาให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและเกิดผลลัพธ์ ทางคลินิกที่ดี เป็นการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และการออกกำลังกาย การดูระดับน้ำตาลในเลือด การตั้งเป้าหมายพฤติกรรม และติดตามตนเองว่าสามารถ ทำได้หรือไม่ ไม่ได้เพราะอะไร โดยมีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามทางโทรศัพท์ ช่วยกันหาแนวทางแก้ไข พร้อมตั้งเป้าหมายใหม่ โดยมีกลุ่มที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น ญาติผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลงพื้นที่ติดตามดูแลตรวจระดับน้ำตาลในเลือด กิจกรรมเหล่านี้ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา และสามารถควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดได้ อีกปัจจัยแห่งความสำเร็จของการศึกษานี้คือ ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ มีการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชนโดยใช้แนวทางการดูแลร่วมกัน เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ ควบคุมระดับน้ำตาลสะสมลดลงทุกราย⁽²⁴⁾ การดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น⁽⁷⁾ ควรส่งเสริมให้มีการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมกับการ ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีปัญหาระดับน้ำตาลสูงต่อเนื่องกันนานๆ หรือผู้ที่มี ปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้จ่าย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. การนำการศึกษานี้ไปใช้ ควรคำนึงถึงอายุของกลุ่มเป้าหมาย และปรับระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม ให้ยืดหยุ่นตามความพร้อมของกลุ่ม นอกจากนี้จะต้องมีโทรศัพท์ที่สามารถสื่อสารได้ ควรมีอาสาสมัครครอบครัว หรือผู้ดูแล ติดตามเข้าร่วมกิจกรรมด้วย เพื่อให้สามารถย้ำเตือนสาระสำคัญให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่อง ที่บ้าน

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรทำวิจัยทดลองที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อเปรียบเทียบ ประสิทธิภาพของการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานควบคุมไม่ได้ หารูปแบบของ

การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มทดลองที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้ป่วย และการอภิปรายกลุ่มที่มีผลต่อการดูแลตนเอง

3. ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยเบาหวานได้รับการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคเบาหวาน และร่วมวางแผนดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณพยาบาลคลินิกโรคเบาหวาน พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข ที่ให้ความช่วยเหลือให้การศึกษาร้างนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่อนุญาตให้เข้าถึงข้อมูลการศึกษา ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ไม่ได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ที่ทำให้การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. อมรรัตน์ รักฉิม, สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, วรณัฐ แสงเจริญ. ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 การประชุมวิชาการระดับชาติวลัยลักษณ์วิจัย 2561;10(2):1-6.
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2560. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัด; 2560.
3. Association AD. Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care. 2021;44(Suppl 1):73-84.
4. ณัฐภัสสร เต็มขุนทด, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ขวณตันติกมล, พิชญ์ พหลภาคย์, สว่างจิต สุรอมรกุล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2564;65(ฉบับเพิ่มเติม):76-89.
5. Oba N, Barry CD, Gordon SC, Chutipanyaporn N. Development of a Nurse-led Multidisciplinary Based Program to Improve Glycemic Control for People with Uncontrolled Diabetes Mellitus in a Community Hospital, Thailand. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2020;24(3):349-62.
6. Tan E, Khoo J, Gani LU, Malakar RD, Tay TL, Tirukonda PS. Effect of multidisciplinary intensive targeted care in improving diabetes mellitus outcomes: A randomized controlled pilot study - The Integrated Diabetes Education, Awareness and Lifestyle modification in Singapore (IDEALS) Program. Trials. 2019;20(1):1-10.
7. ดวงจิตา หาค่า, นพพร ชัยพิชิต. การพัฒนาโปรแกรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองสำหรับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. Naresuan Phayao Journal. 2563;13(3):43-58.

8. Borries TM, Dunbar A, Bhukhen A, Rismany J, Kilham J, Feinn R, et al. The impact of telemedicine on patient self-management processes and clinical outcomes for patients with Types I or II Diabetes Mellitus in the United States: A scoping review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*. 2019;13(2):1353-7.
9. Conway CM, Kelechi TJ. Digital health for medication adherence in adult diabetes or hypertension: an integrative review. *JMIR diabetes*. 2017;2(2):e8030.
10. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*. 1970;30(3):607-10.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*. 1970;30(3):607-10.
12. อุทัย เจริญจิตต์. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3o 2s ของผู้ป่วยโรคเบาหวานศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลบ้านโป่ง. *วารสารหัวหินสุขภาพใจไกลกังวล*. 2561;3(2):58-72.
13. กรมสุขภาพจิต. แนวทางการใช้เครื่องมือด้านสุขภาพจิตสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลชุมชน (คลินิกโรคเรื้อรัง) ฉบับปรับปรุง. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.
14. ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พงษ์กานนท์, สุภัตรา สุขาว, จินตนา ลีแจ้งเพิ่มพูน. ความเที่ยงตรงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้าของแบบประเมินอาการซึมเศร้า 9 คำถาม ฉบับปรับปรุงภาษากลาง. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 2561;63(4):321-34.
15. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, รัชนิวรรณ ขวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ขวณตันติกมล, พิชญ์ พหลภากย์, สว่างจิต สุอมรกุล. ผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 2564;65(Supplement November):76-87.
16. Whittemore R, Melkus GDE, Sullivan A, Grey M. A nurse-coaching intervention for women with type 2 diabetes. *The Diabetes Educator*. 2004;30(5):795-804.
17. Jameson JP, Baty PJ. Pharmacist collaborative management of poorly controlled diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *The American journal of managed care*. 2010;16(4):250-5.
18. Walker EA, Shmukler C, Ullman R, Blanco E, Scollan-Koliopoulus M, Cohen HW. Results of a successful telephonic intervention to improve diabetes control in urban adults: a randomized trial. *Diabetes care*. 2011;34(1):2-7.

19. Bogner HR, Morales KH, de Vries HF, Cappola AR. Integrated management of type 2 diabetes mellitus and depression treatment to improve medication adherence: a randomized controlled trial. *The Annals of Family Medicine*. 2012;10(1):15-22.
20. วาสนา ชนะพลพัฒน์. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านทางโทรศัพท์ต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน. [ปริญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2548.
21. สุนิดา สดากร. ผลของการให้คำแนะนำโดยเภสัชกรร่วมกับการติดตามการรักษาทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน. [ปริญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
22. สุชีลา บุญจันทร์, ศุภวรรณ พงศ์พัฒน์วุฒิ. ผลของการให้ความรู้เรื่องการนั้บคาร์โบไฮเดรตร่วมกับการโทรศัพท์ติดตาม ต่อค่าระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารโภชนาการ*. 2561;53(2):71-83.
23. ณัฐภัสสร เดิมขุนทด, รัชนีวรรณ ขวัญเจริญ, ชาญวัฒน์ ขวณตันติกมล, พิชญ์ พหลภาคย์, สว่างจิต สุอมรรกุล. ผลของการติดตามสุขภาพทางไกล ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ดี. *วารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 2564;65(ฉบับเพิ่มเติม):76-89.
24. สุรีย์ กรองทอง, นงลักษณ์ สุรศรี. การพัฒนาระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในเครือข่ายโรงพยาบาลสุรินทร์ *วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์* 2560;32(1):43-53.

ประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาล จากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

นิตยา กออิสรานภาพ, พย.ม.^๑, วรวิษา สำราญเนตร, พย.ม.^{*}, วรรณธร โพธารินทร์, พย.ม.^{*}

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ผู้ให้ข้อมูล คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 16 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึง เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2565 เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต ได้แก่ สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วย สมรรถนะการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม และ 2) ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการฝึกปฏิบัติงานการปรับตัว สภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การปฏิบัติงานล่าช้า ความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน และการทำหัตถการต่างๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผลการวิจัยทำให้ทราบถึงประสบการณ์การเรียนรู้และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นของนักศึกษาในการฝึกปฏิบัติงานและใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการเรียนการสอนต่อไป

คำสำคัญ : ประสบการณ์การเรียนรู้; การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต; นักศึกษาพยาบาล

^{*} อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^๑ Corresponding author : นิตยา กออิสรานภาพ Email : nittaya@smnc.ac.th

รับบทความ: 2 ก.พ. 66; รับบทความแก้ไข: 18 มี.ค. 66; ตอรับตีพิมพ์: 18 มี.ค. 66; ตีพิมพ์ออนไลน์ 10 เม.ย. 66

Learning Experiences of Nursing Students in an Intensive Care Practicum

Nittaya Kor-issaranuphab, M.N.S.^{*a}, Wanwisa Samrannet M.N.S.^{*},
Warantron Potarin M.N.S.^{*}

Abstract

This qualitative study aimed to describe the learning experiences of nursing students undertaking an intensive care practicum. The participants were 16 third-year nursing students recruited with purposive sample technique. The data were collected through in-depth interviews using a tape recorder between August and October, 2022 and analyzed using content analysis method.

The results showed that the experiences of the nursing students were obtained during practice in an intensive care unit can be categorized into 2 aspects: 1) competencies of intensive care nursing including nursing assessments, advanced medical usages, and holistic care for patients and families and 2) obstacles during nursing practicum including adaptations to unfamiliar environments, delayed performance, uncertainty in performance, and various procedures in the intensive care unit. The findings revealed the learning experiences and obstacles that occurred in the practicum, and can be used for learning plan and management in order to improve the quality of learning in nursing students.

Keywords : Learning experiences; Intensive care; Nursing students

^{*} Lecturer, Srimahasarakham Nursing College, Faculty of Nursing, Praboromrajchanok Institute

^a Corresponding author : Nittaya Kor-issaranuphab Email : nittaya@smnc.ac.th

Received: Feb. 2, 23; Revised: Mar. 18, 23; Accepted: Mar. 18, 23; Published Online: Apr. 10, 23

บทนำ

ภาวะเจ็บป่วยวิกฤต เป็นปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเสื่อมหน้าที่ของอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย มีผลทำให้เกิดความเจ็บป่วยรุนแรง⁽¹⁾ ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เกิดจากข้อจำกัดของระบบการทำงาน ระบบการประสานงาน ระบบบริหารจัดการในองค์กรบริการสุขภาพ ข้อจำกัดขององค์ความรู้ทางการแพทย์ รวมทั้งความเร่งด่วนต่างๆ ที่จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเพราะผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงทรุดลงรุนแรงจากพยาธิสภาพของผู้ป่วย ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยทีมการรักษาที่มีความรู้ความสามารถ รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่ทันสมัยเพื่อให้รอดชีวิตและไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังการรักษา^(2,3) ภาวะเจ็บป่วยวิกฤตเป็นการเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขอย่างถูกต้องทันเวลาจากทีมสุขภาพ ผู้ดูแลต้องมีทักษะและความรู้ในการให้การดูแลที่ถูกต้องและรวดเร็ว หากได้รับการดูแลที่ล่าช้าอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เกิดความพิการและเสียชีวิตได้⁽¹⁾ พยาบาลเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ต้องมีทักษะและความสามารถในการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วย รวมถึงแผนการรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น จะต้องดูแลผู้ป่วยเป็นองค์รวมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ไม่เพียงแต่การดูแลผู้ป่วย พยาบาลยังมีบทบาทในการดูแลให้ข้อมูลครอบครัวและญาติของผู้ป่วยในภาวะวิกฤตด้วย⁽²⁾

แนวโน้มประชากรโลกในปัจจุบัน พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีปัญหาโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน และเมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ส่งผลทำให้อาการของโรครุนแรงมากขึ้น จึงพบว่ามีผู้ป่วยวิกฤตเพิ่มมากขึ้น พบอาการกำเริบของโรค อาการและอาการแสดงที่รุนแรงจนถึงภาวะวิกฤต ทำให้พบผู้ป่วยที่มีภาวะวิกฤตในหอผู้ป่วยมากขึ้น⁽²⁾ ในขณะที่ผู้ป่วยมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นแต่จำนวนพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขามีจำนวนไม่เพียงพอ ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ได้จัดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ในรายวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 และมีการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 จึงเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจะพบผู้ป่วยได้ในทุกๆ หอผู้ป่วยเมื่อนักศึกษาสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลจะมีความเข้าใจถึงผลของการเจ็บป่วยในภาวะวิกฤต ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจึงต้องได้รับการดูแลครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน⁽⁴⁾ และสามารถให้การพยาบาลได้อย่างทันท่วงทีเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นนักศึกษาพยาบาลจึงมีความจำเป็นในการเตรียมความพร้อมระหว่างการศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ

การจัดการศึกษาทางพยาบาลศาสตร์เป็นกระบวนการจัดการเรียนการสอนเพื่อผลิตพยาบาลที่มีความสามารถทั้งในด้านวิชาการและมีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล ดังนั้นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จึงต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถในศาสตร์สาขานี้เป็นอย่างดี เพื่อความปลอดภัยและความมั่นใจของผู้รับบริการพร้อมทั้งมีเจตคติที่ดีต่อวิชาชีพในการปฏิบัติการพยาบาล การจัดการเรียนการสอนทางพยาบาลศาสตร์ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ ภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ โดยในภาคปฏิบัติซึ่งถือได้ว่าเป็นหัวใจของการศึกษาพยาบาลมุ่งเน้นให้นักศึกษานำความรู้ความเข้าใจ

และประสบการณ์ที่ได้จากชั้นเรียนไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริง มีอาจารย์พยาบาลผู้สอนภาคปฏิบัติติดตามดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งภาระหน้าที่ที่สำคัญคือ การพัฒนาระบบการเรียนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อมุ่งหวังให้นักศึกษาเป็นผู้มีวิจักษณ์ญาณ คิดเป็นระบบแก้ปัญหาได้ มีทักษะและความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาล มีการส่งเสริมให้นักศึกษาสามารถพัฒนาตนเองอย่างเต็มศักยภาพผ่านการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้นักศึกษาได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง จากการฝึกปฏิบัติงานรวมทั้งการเผชิญสถานการณ์และแก้ไขปัญหา โดยการประยุกต์ความรู้มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง⁽⁵⁾ อาจารย์พยาบาลผู้สอนภาคปฏิบัติต้องจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้นักศึกษาฝึกทักษะการประยุกต์ความรู้ทางวิชาการวิชาชีพและสาระจากข้อมูลที่ได้ศึกษาสภาพจริงมาใช้จริงในการปฏิบัติการพยาบาล โดยให้นักศึกษาคิดวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในการวางแผนการพยาบาล แก้ไขปัญหาสุขภาพให้ครอบคลุมตรงตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยให้สอดคล้องและเหมาะสมกับผู้ป่วย⁽⁶⁾

จากผลการประเมินผลการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ปีการศึกษา 2563 พบว่านักศึกษาเกิดความเครียดและความวิตกกังวลในการฝึกปฏิบัติงาน เนื่องจากหอบผู้ป่วยวิกฤตมีผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนรุนแรงและไม่คุ้นเคยกับอุปกรณ์ต่างๆ และสภาพหอผู้ป่วยที่แตกต่างจากหอผู้ป่วยทั่วไป ส่งผลให้นักศึกษาขาดความมั่นใจในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้นอาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติจึงมีบทบาทในการส่งเสริมให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้จากภาคทฤษฎีเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสมต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิตินซ์ ราชภักดี⁽⁷⁾ ที่พบว่านักศึกษามีความต้องการรายด้านขณะขึ้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤตสูงสุด 5 อันดับแรก คือ การดูแลและใช้เครื่องช่วยหายใจ ความอึดอัดแน่นแสบใส การอ่านและแปลผล EKG เบื้องต้น การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นสูงและความยุติธรรม ตามลำดับ

การฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ถือเป็นประสบการณ์ชีวิตที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติพร ปฐมจารุวัฒน์ และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่าการศึกษาปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและถูกเน้นเป็นประสบการณ์ที่มีคุณค่าต่อการเรียนรู้ ดังนั้นการช่วยเหลือให้นักศึกษาสามารถผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างราบรื่น อาจารย์ต้องมีความเข้าใจในประสบการณ์เหล่านั้น การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาจะช่วยให้เข้าใจความหมายและความต้องการของนักศึกษาจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้น คณะผู้วิจัยมีบทบาทเป็นอาจารย์พยาบาลผู้สอนภาคปฏิบัติในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ฝึกปฏิบัติที่หอผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้น องค์ความรู้เกี่ยวกับประสบการณ์ขณะฝึกปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยวิกฤตของนักศึกษาพยาบาล จะช่วยให้เข้าใจมุมมองและประสบการณ์ของนักศึกษาที่มีต่อการปฏิบัติการพยาบาลอย่างแบบลุ่มลึกยิ่งขึ้น ซึ่งมีความสำคัญจำเป็นต่อการการปรับปรุงและพัฒนาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 และเป็นแนวทางใน การเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserl Phenomenology) ซึ่งเป็นการศึกษาบนพื้นฐานว่า ประสบการณ์เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาศัยการหยั่งรู้ความหมายจากข้อมูล โดยแยกความคิด หรือประสบการณ์ของผู้วิจัยจนกว่าจะเข้าใจ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง⁽⁹⁾ การค้นหาความจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีการคิดล่วงหน้า และมีการตัดทอนข้อมูล ที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป เพื่อให้ได้ความหมายของสิ่งที่ต้องการศึกษาอย่างแท้จริง ดังนั้นความเข้าใจแนวคิด ของความเป็นบุคคลจึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่แนวคิดการเลือกใช้ปรัชญานี้ในการวิจัย

วิธีการศึกษา

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ผู้ให้ข้อมูล คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จำนวน 16 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

- 1) ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2
- 2) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและถ่ายทอดประสบการณ์แก่คณะผู้วิจัยรวมทั้งยินดีให้บันทึกเสียงระหว่างการสัมภาษณ์

การศึกษาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยวิธีการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

- 1) ผู้วิจัย เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ วิเคราะห์และจัดประเด็น มีการเตรียมความพร้อม โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาล่วงหน้า เพื่อให้เกิดความลุ่มลึกและไวต่อประเด็นที่ศึกษา และฝึกปฏิบัติด้านเทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยผู้วิจัยได้เตรียมกำหนดแนวคำถามการสัมภาษณ์เจาะลึกพัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์การวิจัย และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับข้อคำถาม และแก้ไขปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นผู้วิจัยร่วมกันพิจารณาแนวทางการตั้งคำถามร่วมกัน เพื่อให้การสัมภาษณ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และนำไปทดลองใช้ก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง โดยมีประเด็นคำถามเกี่ยวกับสมรรถนะของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต และปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการฝึกปฏิบัติงาน ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านมีความรู้สึกร้อยไร ในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ท่านได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ในขณะที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตเกิดปัญหาใดขึ้นบ้าง ท่านจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะให้การพยาบาลอย่างไร เป็นต้น

3) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ เกรดเฉลี่ยสะสม เบอร์โทรศัพท์ ในการติดต่อ

4) อุปกรณ์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง สมุดบันทึกภาคสนาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 โดยผู้วิจัย คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูลและให้รายละเอียดในการทำวิจัย แก่ผู้ให้ข้อมูลทราบ หากยินดีเข้าร่วมวิจัยจึงให้เซ็นเอกสารยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย โดยการเก็บรวบรวม ข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด ใช้วิธีการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) เป็นรายบุคคลพร้อมบันทึกเทป สัมภาษณ์แต่ละครั้งใช้เวลาไม่เกิน 45-60 นาที และบันทึกภาคสนามแบบย่อในข้อมูลและประเด็นที่สำคัญ ที่รวบรวมและสังเกตได้ ติดตามสัมภาษณ์ต่อเนื่องเป็นระยะๆ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดคนละ 2 ครั้งจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturation of data) โดยประเมินจากประเด็นที่มีความซ้ำซ้อนกับข้อมูลเดิม และไม่ได้รับข้อมูลใหม่เพิ่มเติมในประเด็นเหล่านั้นจึงยุติการเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองตามแนวทางการพิทักษ์สิทธิจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ IRB SNC 06/ 2565 ให้ไว้ ณ วันที่ 29 เมษายน 2565 วันสิ้นสุดการอนุมัติ วันที่ 29 เมษายน 2566 เมื่อผ่านการพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยเข้าไป สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์การสัมภาษณ์ และให้ผู้ให้ข้อมูลลงนามในเอกสารยินยอม ก่อนสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสามารถยุติการให้สัมภาษณ์ได้ การสัมภาษณ์ในห้องประชุมที่มีความเป็นส่วนตัว และสะดวกต่อผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ การบันทึกข้อมูลใช้การกำหนดรหัสเพื่อรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และนำเสนอในภาพรวม ไม่เปิดเผยชื่อ และนามสกุลจริง ทำลายเอกสารที่เป็นการบันทึกระหว่างการเก็บข้อมูล หลังจากการเขียนรายงานฉบับสมบูรณ์แล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แนวคิดวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยถอดเทป โดยนำข้อมูล จากเทปบันทึกการสัมภาษณ์คำต่อคำ (Verbatim) มาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยการฟังเสียงบันทึก ซ้ำ และนำไปตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล ถ้าพบประเด็นที่สงสัยผู้วิจัยจะซักถามเพิ่มเติมเพื่อความเข้าใจตรงกัน จนกระทั่งข้อมูลเกิดความอิ่มตัว จากนั้นอ่านบททวนและค้นหาประเด็นหลัก (themes) จากคำพูดที่ผู้ให้ข้อมูล บอกกล่าว แล้วนำมาจัดเป็นหมวดหมู่ของข้อมูลตามลักษณะที่ปรากฏ เพื่อกำหนดหาความหมาย ตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล แล้วนำมาเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของข้อมูลที่ตีความหมายแล้วทั้งหมด ในเชิงบรรยายพร้อมทั้งยกตัวอย่างประกอบ จัดข้อมูลที่ได้เป็นประเด็นที่สำคัญ และสรุปเป็นประเด็น ประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ที่เป็นคำตอบ ของผู้วิจัย

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 16 คน เป็นนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 3 เพศหญิง จำนวน 12 คน เพศชายจำนวน 4 คน มีเกรดเฉลี่ยสะสมอยู่ในช่วง 2.85–3.72

ประสบการณ์การเรียนรู้ของนักศึกษาพยาบาลจากการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจากการให้ข้อมูลของนักศึกษาพยาบาลได้ให้ข้อมูลและเล่าประสบการณ์ของตน โดยผู้วิจัยนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สมรรถนะของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤต และ 2) ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการฝึกปฏิบัติงาน

1. สมรรถนะของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤตนักศึกษาพยาบาล บรรยายมุมมองและประสบการณ์ของตนที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตต้องมีสมรรถนะสำคัญ ได้แก่ สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วย สมรรถนะการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย และสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) สมรรถนะด้านการประเมินผู้ป่วย นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินผู้ป่วยวิกฤต การประเมินปัญหาทางการพยาบาลที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแล โดยเริ่มตั้งแต่การสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัว รวมถึงประเมินการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ดังคำพูดที่ว่า

“มาวันแรกหนูไม่รู้ว่าจะทำอะไรเลยคะ คนไข้มีอุปกรณ์เต็มตัวไปหมด ไม่รู้ว่าจะทำอะไรดี ยืนงงไปหมด แต่หลังจากฝึกงาน เริ่มตั้งแต่ Pre-conference อาจารย์และพี่ก็จะถามว่า คนไข้เป็นไงบ้าง มีปัญหาอะไร ยาอะไรที่คนไข้ได้รับบ้าง คนไข้รู้สึกตัวมั๊ย แล้วอาจารย์ก็แนะนำว่าเราควรดูอะไรบ้างในตัวคนไข้ พี่พยาบาลก็สอนว่าต้องประเมินยังไง พาไปดูคนไข้ตอนเดิน Round หลังรับเวร” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 13)

“พี่จะบอกเสมอครับว่าไปถึงตอนเช้าเราก็ต้องดูว่า ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวระดับไหน Pupil ขนาดเท่าไหน On ventilator setting อะไร และต้องฟังปอดคนไข้ ดู EKG ว่าเป็นอย่างไร ต้องดูว่าคนไข้มีแผลตรงไหนรีเปลา IV ที่ได้เป็นชนิดไหนมีอะไรบ้างครับ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7)

“หนูประทับใจที่พยาบาลที่ดูแลคนไข้เพียง 1 มากคะ คือพี่ดูแลคนไข้อย่างใกล้ชิด พี่คุยกับหนูว่าคนไข้ซึมลงมั๊ยวันนี้ ไปดู EKG คนไข้ยังเป็นยังไง แล้วก็เห็นว่าพี่มี EKG ผิดปกติ พี่เลยบอกว่าคนไข้ น่าจะมี Electrolyte imbalance นะ แล้วพี่ก็รายงานแพทย์ พี่มีวิธีการสื่อสารกับแพทย์ที่ชัดเจนมากคะ แล้วแพทย์ก็ยอมรับความคิดเห็นของพี่พยาบาล แพทย์ให้ตรวจ lab electrolyte ปรากฏว่าผิดปกติจริงๆ หนูรู้สึกภูมิใจในวิชาชีพพยาบาลมากเลยคะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1)

“หนูว่าการที่จะเป็นพยาบาล ICU ได้นี้ ต้องเก่งมากเลยนะคะ ต้องมีการประเมินคนไข้ได้อย่างรวดเร็ว หนูเห็นเคสคนไข้โรคหัวใจที่อยู๋ในวอร์ดคะ ที่แรกคนไข้ก็พูดคุยกปกติ แต่หลังจากที่คนไข้กินข้าวเสร็จ อยู่ๆ คนไข้ก็หายใจหอบ พี่พยาบาลก็ประเมินได้อย่างรวดเร็วเลยคะ พี่รีบไปดู EKG คนไข้ ให้ออกซิเจน และรายงานแพทย์อย่างรวดเร็ว พร้อมทั้งเตรียมอุปกรณ์ช่วยเหลือแพทย์ในการใส่ท่อช่วยหายใจ และสามารถช่วยเหลือคนไข้

ได้อย่างปลอดภัย หนูว่ามันสำคัญมากเลยนะค่ะ ถ้าเราไม่มีความรู้ ไม่สังเกตคนไข้ อาจจะทำให้เกิดอันตราย และส่งผลต่อคนไข้มากเลยคะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4)

2) สมรรถนะการใช้อุปกรณ์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วย การใช้อุปกรณ์ในหอผู้ป่วย โดยนักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วย เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ การใช้เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจและสัญญาณชีพอัตโนมัติ การใช้เครื่องควบคุมการให้สารละลาย เป็นต้น ดังคำพูดที่ว่า

“ผมรู้สึกกังวลและกลัวมากครับในการฝึกปฏิบัติงานที่ ICU ผมกลัวทำให้คนไข้เสียชีวิตเพราะได้คุยกับรุ่นพี่ พี่บอกมีแต่คนไข้หนักๆ คนไข้พูดไม่ได้ อุปกรณ์ที่ ICU ก็ไม่รู้จะมีอะไรบ้าง แต่พอได้ขึ้นมาฝึกงานที่นี่จริงๆ มันก็เป็นแบบที่คิดครับ อุปกรณ์เยอะแยะไปหมด แต่ก็ไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิดครับ ถึงแม้ว่าอุปกรณ์จะเยอะแต่เราได้ดูแลคนไข้ทุกวัน พี่ๆ พยาบาลและอาจารย์คอยสอนเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ทำให้ผมสามารถที่จะใช้อุปกรณ์เหล่านี้ได้ดีมากขึ้น บางครั้งอาจจะเข้าไปบ้างแต่ก็ดีขึ้น รู้สึกว่าตัวเองทำได้มากขึ้น” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2)

“การใช้เครื่องช่วยหายใจนี้เป็นสิ่งสำคัญและยากมากเลยนะค่ะ เราต้องดูแลตั้งแต่การต่อเครื่องช่วยหายใจอย่างถูกต้อง มีการทดสอบเครื่องก่อนใช้ และจะต้องรู้การตั้งค่าเครื่องใน Mode ต่างๆ อันนี้พี่ๆ จะต่อให้ดูด้วยคะ ในขณะที่ดูแลคนไข้ที่ใช้เครื่องช่วยหายใจเราก็จะต้องประเมินทุกๆ อย่างเลยคะ ตั้งแต่ท่อช่วยหายใจไปถึงเครื่อง การวัด Cuff-pressure อันนี้เราก็ต้องมีเครื่องวัดเพื่อให้ได้ค่าที่ถูกต้องเหมาะสม โดยวันทุกครั้งที่มีรับเวรคะ ตอนพ่นยาที่สำคัญเลยคะ อาจารย์จะย้ำเสมอว่าถ้าทำไม่ถูกต้อง ต่อผิดทางคนไข้ก็จะไม่ได้ยานั้น คือตอนเรียนหนูก็มองภาพไม่ออกแต่พอได้ฝึกงานแล้วรู้สึกได้เห็นภาพชัดเจนขึ้นคะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 10)

3) สมรรถนะการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวแบบองค์รวม นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากการที่ได้ดูแลผู้ป่วยกรณีศึกษาในสถานการณ์จริง ร่วมกับพยาบาลในหอผู้ป่วยที่เป็นต้นแบบในการดูแล ดังคำพูดที่ว่า

“ผู้ป่วยที่อยู่ใน ICU นี่เราต้องดูแลทุกอย่างเลยนะค่ะ เพราะคนไข้ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลย ตั้งแต่ อาบน้ำแปรงฟัน การให้อาหารให้ยา บางคนไม่รู้สีกตัว แต่พี่ๆ และอาจารย์จะเน้นย้ำเสมอคะ ว่าจะทำอะไรให้แจ้งผู้ป่วยก่อน” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12)

“การดูแลผู้ป่วยไม่ใช่แค่การดูแลผู้ป่วยอย่างเดียวเลยนะค่ะ ต้องดูแลญาติคนไข้ด้วย หนูเจอคนไข้รายนี้ แพทย์ให้ไปดูแลรักษาอาการต่อที่บ้าน แต่บ้านของผู้ป่วยไม่มีความพร้อมที่จะดูแล พี่ๆ พยาบาลก็มีการเชิญญาติมาสอบถาม ประเมินความพร้อม และสอบถามถึงปัญหาต่างๆ รวมถึงหาแนวทางในการแก้ไข แล้วพียงประสานความช่วยเหลือหน่วยงานต่างๆ และส่งต่อพยาบาลเยี่ยมบ้านด้วยคะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3)

2. ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการฝึกปฏิบัติงานของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ การปรับตัวสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย การปฏิบัติงานล่าช้า ความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน และการทำหัตถการต่างๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

“วอร์ด ICU เป็นวอร์ดที่หนูมีความรู้สึกกลัวค่ะ เพราะเข้าไปจะเจอบรรยากาศแบบปิด มองไม่ค่อยเห็นสิ่งแวดล้อมด้านนอก เครื่องมือและอุปกรณ์ค่อนข้างเยอะ มันจะต่างจากช่วงที่เราฝึกที่วอร์ดอื่นๆ เยอะเลย ค่ะ การจัดเก็บอุปกรณ์และซื้ออุปกรณ์ต่าง ๆ ก็ยังไม่ค่อยคุ้นเคย หนูคิดว่าเราต้องปรับตัวเยอะมากค่ะ อาจจะ เป็นเพราะวอร์ดนี้มีความซับซ้อนมากค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 11)

“ปัญหาของหนูที่ฝึกงานที่นี่คือ ทำงานไม่ค่อยทันค่ะ เนื่องจากคนไข้บางคนมีอาการเปลี่ยนแปลง รวดเร็ว ประเมินคนไข้ยังไม่ค่อยได้ค่ะ คุณหมอสั่งยาหลายตัว บางครั้งคำนวณยาช้าๆ และพอเราเริ่มฝึกงานได้ ดีและรวดเร็วมากขึ้น ก็ต้องมีการปรับเปลี่ยนที่ฝึก ถึงแม้จะเป็น ICU เหมือนกันแต่ก็มีสิ่งแวดล้อมที่ต่างกัน อุปกรณ์ก็ทำไม่พอเจอค่ะ และโรคที่พบก็เป็นโรคที่แตกต่างกัน จึงอาจทำให้เกิดปัญหาขึ้นบ้างค่ะ” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 8)

“ช่วงที่ฝึกปฏิบัติงานหนูมีปัญหาเรื่องความรู้ค่ะ จำเนื้อหาที่เรียนไม่ค่อยได้ หนูพยายามเตรียมหาชีทที่เคยเรียนมาดูก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน แต่ยังปรับใช้หรือตอบคำถามไม่ค่อยได้ค่ะ เพราะวิชานี้เรียนตั้งแต่ปี 2 ลืมๆ ไปบ้างค่ะ แต่พอพี่ๆ และอาจารย์ถามแล้วไปอ่านเพิ่มเติมก็ทำให้หนูได้เข้าใจเพิ่มมากขึ้น และสามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 6)

“ปัญหาเกี่ยวกับการทำหัตถการในวอร์ดครับ มีการทำหัตถการบางอย่างที่ไม่เคยเจอ เช่น มีคนไข้ในวอร์ดที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะ คุณหมอมาดตรวจและทำหัตถการโดยการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจหนูไม่รู้ว่าจะต้องทำอะไรบ้าง และต้องเตรียมอุปกรณ์อะไร ที่แรกก็รู้สึกเครียดมาก แต่พี่พยาบาลก็คอยบอกครับว่าให้ไปเตรียมอะไรบ้าง อุปกรณ์อยู่ตรงไหน ตอนทำหัตถการก็ได้ยืนดูและช่วยหยิบอุปกรณ์บางอย่างให้พี่ครับ คุณหมอก็สอนดีคอนเนกชั่นว่าเราต้องดูแลอะไรบ้าง ดูเครื่องตรงไหน มีอะไรที่ต้องรายงาน ผมรู้สึกตื่นเต้นมากครับตอนที่ยืนดู” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9)

“การดูแลคนไข้หลังผ่าตัดกะโหลกศีรษะมีการดูแลที่เฉพาะมากครับ เช่น การปรับระดับหัวเตียงคนไข้ อาจารย์ถามตอน pre-conference ผมแบบตอบอะไรไม่ค่อยถูก แล้วพี่ก็ให้คำถามผมเยอะแยะมากมาย ผมต้องกลับไปอ่านหนังสือเพิ่มเติมและเตรียมมาตอบคำถาม และเตรียมมาดูแลเคสของตัวเอง ถึงเข้าใจเหตุผลและความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อันนี้ทำให้รู้เลยว่าเราต้องขยันมากๆ เพราะคนไข้แต่ละคนโรคแต่ละโรคมีความซับซ้อนและมีความแตกต่างกันมาก” (ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5)

สรุปและอภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาเชิงคุณภาพ นักศึกษามีการสะท้อนประสบการณ์ที่ได้รับจากการฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤตแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) สมรรถนะของพยาบาลหอผู้ป่วยวิกฤติ และ 2) ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการฝึกปฏิบัติงาน

ด้านสมรรถนะของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยวิกฤต การใช้อุปกรณ์ต่างๆ ในหอผู้ป่วยวิกฤต การปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นองค์รวม เข้าใจถึงลักษณะของผู้ป่วยวิกฤตแต่ละรายที่มีความเฉพาะ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภรณ์ สวัสดิ์-ชูโตและคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่า การเรียนรู้จากประสบการณ์การฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ทำให้เกิดความมั่นใจในทักษะของตนเองที่มากขึ้นหลังจากการลงมือปฏิบัติ อีกทั้งนักศึกษายังได้ฝึกปฏิบัติการพยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิตส่งผลให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลมาก⁽¹¹⁾ ซึ่งนอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยแล้วยังต้องให้ความสำคัญกับญาติและครอบครัวผู้ป่วยด้วย โดยการเรียนรู้สิ่งต่างๆ เหล่านี้ผ่านประสบการณ์ของตนเองจากการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติพร ปฐมจารุวัฒน์ และคณะ⁽⁸⁾ ที่พบว่า นักศึกษามีความเข้าใจในบทบาทของพยาบาล เข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว เข้าใจสัจธรรมของชีวิตและการตายอย่างสมศักดิ์ศรี หลังการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน นักศึกษาได้เรียนรู้บทบาทและสมรรถนะพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น พยาบาลมีความสามารถในการตัดสินใจการให้ข้อมูลต่างๆ ได้อย่างครบถ้วนและถูกต้อง มีความสามารถในการช่วยแพทย์เตรียมอุปกรณ์และช่วยทำหัตถการต่างๆ สามารถจัดลำดับการช่วยเหลือผู้ป่วยตามความเร่งด่วน มีพฤติกรรมบริการที่ดี มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติการพยาบาล มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ โดยสมรรถนะพยาบาลมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต อธิบายได้ว่าการที่นักศึกษามีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต จะส่งเสริมให้นักศึกษามีการเตรียมความพร้อมในการฝึกปฏิบัติงานและสามารถนำไปใช้ในการวางแผนด้านการเรียนและการฝึกปฏิบัติงานต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นในการฝึกปฏิบัติงาน

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัญหาอุปสรรคจากการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต โดยนักศึกษาไม่เคยขึ้นฝึกปฏิบัติในหอผู้ป่วยวิกฤตมาก่อน ส่งผลให้นักศึกษาต้องมีการปรับตัวและสภาพแวดล้อมใหม่ ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลในการปฏิบัติการพยาบาลสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนพน บรรดาศักดิ์ และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านการรับรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์/เครื่องมือบนหอผู้ป่วยหนัก และด้านอาจารย์นิเทศหรือพยาบาลพี่เลี้ยงสามารถทำนายความวิตกกังวลขณะฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนักของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ได้ร้อยละ 94 และพบว่านักศึกษามีความกลัวการฝึกปฏิบัติงาน ไม่คุ้นเคยกับเครื่องมือในหอผู้ป่วย ขาดความรู้และกลัวการ Conference กับอาจารย์ อีกทั้งในรายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ฝึกปฏิบัติงานในชั้นปีที่ 3 ภาคการศึกษาที่ 1 ซึ่งนักศึกษาได้เรียนเนื้อหาวิชาพยาบาลผู้ใหญ่ 2 ในชั้นปีที่ 2 ซึ่งเว้นระยะเวลาจากการเรียนภาคทฤษฎีสู่ภาคปฏิบัติค่อนข้างนาน จึงทำให้สับสนเนื้อหาบางอย่างทำให้เกิดความไม่มั่นใจในการฝึกปฏิบัติงาน จึงควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการฝึกปฏิบัติงานอีกครั้ง เพื่อลดความวิตกกังวลและ

เพิ่มความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงาน⁽¹³⁾ และยังพบปัญหาอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา คือ นักศึกษา ลืมเนื้อหาที่เรียนในภาคทฤษฎี และรู้สึกว่าเรียนในภาคทฤษฎีมีเนื้อหาค่อนข้างมาก แต่เมื่อมาฝึกปฏิบัติงาน ไม่สามารถนำความรู้ที่มีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุม เกิดความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน อีกทั้งในหอผู้ป่วยวิกฤตมีคนไข้ที่มีอาการหนักเจ็บป่วยด้วยโรคที่ซับซ้อน ยาที่ผู้ป่วยได้รับมีหลายชนิด อุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยมีหลายชนิด มีความแตกต่างจากที่เรียนในภาคทฤษฎี ทำให้เกิดอุปสรรคในการปฏิบัติการพยาบาล เกิดการปฏิบัติการพยาบาลล่าช้า⁽¹⁴⁾ อธิบายได้ว่า นักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต จะต้องมีความรู้และความมั่นใจ รวมถึงทักษะต่างๆ ที่ใช้ในการฝึกปฏิบัติงาน รวมถึงจะต้องสามารถเชื่อมโยงและวิเคราะห์ข้อมูลจากการประเมินผู้ป่วยสู่การปฏิบัติได้ นักศึกษาจึงจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจารย์พยาบาลและอาจารย์พี่เลี้ยงมีส่วนช่วยเหลือในการจัดการปัญหาอุปสรรคเหล่านี้ และยังช่วยลดความเครียดที่อาจจะเกิดขึ้นขณะฝึกปฏิบัติงานได้⁽¹³⁾ โดยอาจารย์คอยให้คำแนะนำและบอกแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย⁽⁸⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภทวิทยา จันทเวช⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า การเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาก่อนขึ้นฝึกปฏิบัติงาน มีความสำคัญที่จะช่วยให้นักศึกษามีความเครียดน้อยและมีความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย มีการวางแผนการเรียนอย่างเป็นระบบ สามารถปรับตัวเข้ากับเพื่อนร่วมงาน อาจารย์นิเทศและบุคลากรในทีมสุขภาพได้ และจากประสบการณ์ต่างๆ ที่นักศึกษาได้สะท้อนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นหลังฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต ทำให้ทราบถึงการเชื่อมโยงความรู้ในภาคทฤษฎีสู่การปฏิบัติการพยาบาล⁽¹⁵⁾ ส่งผลให้นักศึกษาเกิดความภาคภูมิใจเมื่อปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยังได้รับประสบการณ์เชิงบวก โดยสามารถดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมและมีอาการดีขึ้น การได้รับคำชื่นชม ส่งผลให้นักศึกษาจัดการกับปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น และเกิดความมั่นใจในการฝึกปฏิบัติงานมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการจัดการเรียนการสอน ควรมีการเตรียมความพร้อมก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤต และควรมีการสนับสนุนให้นักศึกษาได้เรียนรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์ต่างๆ ที่ใช้ในหอผู้ป่วยวิกฤต ก่อนการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน
2. ด้านการทำวิจัย อาจารย์ผู้สอนภาคปฏิบัติควรมีการทำวิจัยเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนภาคปฏิบัติในประเด็นอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ผลการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน

เอกสารอ้างอิง

1. สุจิตรา ล้อมอานวยลาภ, ขวณพิศ ทำนอง. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะเจ็บป่วยวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 8. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนา; 2557.

2. สิริอร ข้อยุ่น, วัจนา สุนธนวัฒน์, เบญจวรรณ กิจควรดี, จุฑารัตน์ ลมอ่อน, ภาสินี โทอินทร์. สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ผ่านการอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต. วารสารเชียงใหม่เวชสาร. 2563;12(2):88-102.
3. วิจิตรา กุสุมภ์, สุนันทา ครองยุทธ. ผลกระทบด้านจิตใจในผู้ป่วยวิกฤต: กลยุทธ์ในการจัดการ. วารสารพยาบาล. 2563;69(3):53-61.
4. จารุวรรณ บุญรัตน์, สุพัตรา อุปนิสากร. การดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยวิกฤตและครอบครัวในไอซียู: ประสบการณ์ทางการพยาบาล. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2555;4(1):1-13.
5. สถาบันพระบรมราชชนก. หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2560). มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม; 2560.
6. มาลีวัล เลิศสาครศิริ, วิลาวัลย์ เพ็งพานิช. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับคุณภาพชีวิตของนักศึกษาพยาบาลสถาบันอุดมศึกษาเอกชน. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ. 2563;6(2):16-27.
7. ปิติณัฏ ราชภักดี. ความต้องการของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ขณะฝึกปฏิบัติการพยาบาลบนหอผู้ป่วยวิกฤต. 2560. [สืบค้นเมื่อ 2565 พ.ศ. 20]. สืบค้นจาก:
https://mis.ratchathani.ac.th/file_re/bjxldbWed103346.pdf
8. รุติพร ปฐมจารวัฒน์, ธัญญารัตน์ บุญไทย. ประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและฉุกเฉิน. วารสารสภาการพยาบาล. 2561;33(4):75-92.
9. Koch T. Interpretive approaches in nursing research: the influence of Husserl and Heidegger. J Adv Nurs. 1995 May;21(5):827-36. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21050827.x.
10. ภรณ์ สวัสดิ์-ชูโต, อาภา หวังสุขไพศาล. ประสบการณ์เปลี่ยนผ่านของนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกปฏิบัติงานครั้งแรกในหอผู้ป่วย. วารสารคณะพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา. 2562;27(3):32-42.
11. Tiwaken SU, Caranto LC, David JT. The Real World: Lived Experiences of Student Nurses during Clinical Practice. International Journal of Nursing Science. 2015;5(2):66-75.
12. ธนพล บรรดาศักดิ์, กนกอร ชาวเวียง, นฤมล จันทระเกษม, สมหวัง โรจนะ, กนกพร เทียนคำศรี. ปัจจัยที่มีผลต่อความวิตกกังวลของนักศึกษาพยาบาลระหว่างฝึกปฏิบัติงานหอผู้ป่วยหนัก. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560;34(1):6-16.
13. Hutchinson TL, Janiszewski Goodin H. Nursing student anxiety as a context for teaching/learning. J Holist Nurs. 2013 Mar;31(1):19-24. doi: 10.1177/0898010112462067.
14. ภัททิยา จันทเวช. การเตรียมความพร้อมนักศึกษาพยาบาลเพื่อลดความเครียดในการฝึกปฏิบัติงานห้องคลอด. วารสารเกื้อการุณย์. 2561;25(1):184-91.
15. Yang J. Korean nursing students experience of their first clinical practice. Journal of Nursing Education and Practice. 2013;3(3):128-38.