พยาบาลสาร: Nursing Journal

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



วารสาร พยาบาลสาร Nursing Journal

ISSN 0125-5118

ปีที่ 48 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม 2564 • Nursing Journal Volume 48 No.4 October-December 2021

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
รองคณบดีฝ่ายวิจัยนวัตกรรมและวิเทศสัมพันธ์

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Dean Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองคณบดีฝ่ายวิจัย วิเทศสัมพันธ์และนวัตกรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Dean for International Relations Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
Wichit Srisuphan, DrPH, RN	Professor
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์	ศาสตราจารย์
Pranom Othagnont, RN, M.E.D.,Ed.D.	Professor
ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	ศาสตราจารย์
Somchit Hanucharurnkul, PhD, RN	Professor

บรรณาธิการ (Editor)

รองศาสตราจารย์. ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Kannika Kantaruksa	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธากรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Weeraporn Suthakorn	Faculty of Nursing, Chiang Mai University

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

ศาสตราจารย์ ดร.รุจา ภู่ไพบูลย์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
Professor Dr. Rutja Phuphaibul	Faculty of Nursing, Mahidol University
ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Professor Dr. Veena Jirapaet	Faculty of Nursing, Chulalongkorn University
ศาสตราจารย์ ดร.วารุณี ฟองแก้ว	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Professor Dr. Warunee Fongkaew	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ศาสตราจารย์ ดร.เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
Professor Dr. Phechnoi Singchugcha	Faculty of Nursing, Christian University
ศาสตราจารย์ ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Professor Dr. Darawan Thapinta	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.อรัญญา เชาวลิต	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
Associate Professor Dr. Aranya Chaowalit	Faculty of Nursing, Songkla University

รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานุตร	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Associate Professor Dr. Ampornpan Teeranud	Faculty of Nursing, Khon kaen University
รองศาสตราจารย์ ดร.นัทธมน วุทธานนท์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Nuttamon Vuttanon	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
รองศาสตราจารย์ ดร.นงค์คราญ วิเศษกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Piyaporn Prasitwattanaseree	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรันธรณ์ จงรุ่งโรจน์สกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Waruntorn Jongrungrotsakul	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ ดร.จิตตวดี เหรียญทอง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Lecturer Dr. Jittawadee Rhiantong	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
อาจารย์ ดร.ปรียกมล ไกรกิจราษฎร์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Lecturer Dr. Preeyakamon Krikitrat	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN	The University of Alabama at Birmingham, School of Nursing
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN	University of Washington, Seattle, USA
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA	National Taiwan University Department of Nursing, College of Medicine National Taiwan University Hospital, Taiwan
Tonda Hughes, Ph.D, RN, FAAN	University of Illinois at Chicago (UIC), College of Nursing, Department of Health Systems Science, USA
Shake Ketefian, EdD, RN, FAAN	WMU Bronson School of Nursing, USA
Mari Kondo, Ph.D	Faculty of Nursing, Toho University, Japan
Karry Liu Ming, PhD, RN	School of Health Science, Macao Polytechnic Institute, Hong Kong
Pamela H. Mitchell PhD, RN, FAHA, FAAN	Biobehavioral Nursing @ Health Systems, School of Nursing University of Washington, USA
Alan Pearson, PhD, RN, FRCNA, FCN, FAAG,FRCN	The Joanna Briggs InstituteSchool of Translational Health Science Faculty of Health Sciences The University of Adelaide, Australia
Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN	The University of North Carolina at Chapel Hill, School of Nursing, USA
Josefina A. Tuazon, DPH, RN,	College of Nursing, University of Philippines Manilla, The Philippines
Lynda Wilson, PhD, RN, FAAN	School of Nursing The University of Alabama at Birmingham, USA
Nancy Fugate Woods, PhD, RN, FAAN	Biobehavioral Nursing and Health Systems University of Washington Seattle, USA
Hu Yan, PhD, RN	School of Nursing, Fudan University, China

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ

นางอัมพิกา สุวรรณบุตร — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Ampika Suwannabut — Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางมาริสา คุปตารักษ์ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Marisa Guptarak — Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวพรธิดา คำมงคล — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Pornthida Kummongkol — Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาววาริษา วิกะศิลป์ — คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Warisa Wikasillp — Faculty of Nursing, Chiang Mai University

(Editorial office) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่ 50200
Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai 50200 Thailand
http://www.TCI-Thaijo.org/index.php/cmunursing

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับวารสารพยาบาลสาร สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการเพื่อตีพิมพ์

วารสารพยาบาลสาร ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เป็นการเผยแพร่ ผลงานวิชาการของนักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา ผู้ที่สนใจในวิชาชีพการพยาบาล และผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น เนื้อหา บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางบรรณาธิการวารสารพยาบาลสารไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไปโดยพยาบาลสารเปิดรับ บทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง ที่กองบรรณาธิการฯ มีความเห็นว่าเหมาะสมที่จะตีพิมพ์ในพยาบาลสาร

วัตถุประสงค์และขอบเขต

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของพยาบาล นักวิจัย นักศึกษา และ นักวิชาการในสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ และสาขาที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องในด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างบุคลากรที่อยู่ในวงการวิชาชีพการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ประเภทบทความที่จะตีพิมพ์

1. บทความวิจัย (Research article)
2. บทความวิชาการ (Academic article)
3. บทความพิเศษ

กำหนดการออกวารสารปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม
ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน
ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน
ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

การพิจารณาบทความ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์จะได้รับการพิจารณา และตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 2 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

จริยธรรมของการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าของผู้เขียน (Duties of Author)

1. บทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และจะต้องแน่ใจว่าผลงาน ดังกล่าวนั้นไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น

2. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ

3. ตรวจสอบการเขียนบทความ ให้ถูกต้องตามรูปแบบตามข้อกำหนดของวาสาร

4. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมด ที่ปรากฏในบทความวิจัยทุกคนต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการวิจัยจริง

5. หากผลงานวิจัย มีการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ผู้วิจัยจะต้องแนบหนังสือรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ หรือในสัตว์ทดลองแล้วแต่กรณี โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว

2. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน

3. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้นเป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือ ทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่นผู้ทรงคุณวุฒิต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันทีเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่

4. ต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่กำหนด

5. ต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. พิจารณาคุณภาพของบทความให้มีความที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร

2. ตรวจสอบคุณภาพบทความในทุกกระบวนการประเมินก่อนการเผยแพร่

3. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และ ไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจหรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

4. ไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความที่ผู้วิจัยได้ส่งมายังวารสาร และผลประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. หากตรวจพบว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์ได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำบรรณาธิการมีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้น ๆ

ขั้นตอนการประเมินบทความ

การดำเนินการพิจารณาบทความทั้งหมด จะดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของวารสารพยาบาลสาร เป็นไปตามมาตรฐานสากลโดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนมีหน้าที่ส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของวารสารพยาบาลสารในเว็ปไซต์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: https://www.tci-thaijo.org

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อย

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจสอบ เนื้อหาของบทความ รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกบทความ (Plagiarism) ความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของวารสารรวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. กองบรรณาธิการพิจารณาเห็นควรตีพิมพ์ จะดำเนินการจัดส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง เพื่อตรวจสอบคุณภาพของบทความ ว่าเหมาะสมที่จะลงตีพิมพ์หรือไม่ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่น ทราบเช่นกัน

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินผลคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้วกองบรรณาธิการจะดำเนินการดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission) กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require) ทางกองบรรณาธิการจะส่งคำแนะนำให้ผู้เขียน แก้ไขบทความ และเมื่อแก้ไขเสร็จแล้วให้ ส่งกลับคืนมายังบรรณาธิการ เพื่อพิจารณาใหม่อีกครั้งโดยอาจส่งให้ ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการแก้ไข หรือ บรรณาธิการตรวจสอบ ด้วยตนเอง ซึ่งหากต้องมีการแก้ไขในรอบที่ 2 จะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข และตรวจสอบผลการแก้ไข จนกว่าจะมีเนื้อหาบทความครบถ้วนสมบูรณ์

5.3 กรณีมีความเห็นให้ ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission) กองบรรณาธิการ จะส่งจดหมายแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธ

6. หลังจากกองบรรณาธิการได้ส่งข้อมูลการแก้ไขจากผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิให้กับผู้เขียนบทความให้ผู้เขียนแก้ไขเอกสาร และจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไขระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1และ 2 ทุกข้อตามแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไขของวารสารและส่งกลับกองบรรณาธิการ ภายใน 1 สัปดาห์

การจัดเตรียมต้นฉบับ

ผู้ที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์บทความวิจัยหรือบทความวิชาการในพยาบาลสารนี้จะต้องเป็นสมาชิกของพยาบาลสารจึงจะได้รับการตีพิมพ์ และกองบรรณาธิการ ใคร่ขอความร่วมมือท่านผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. พิมพ์ต้นฉบับด้วยโปรแกรมไมโครซอฟเวิร์ด (Microsoft Word) โดยใช้ตัวอักษร TH Sarabun New ขนาด 16 ทั้งอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์หน้าเดียว 1 คอลัมน์ ระยะห่างบรรทัด 1 เท่า (single space) พิมพ์บนกระดาษสีขาวขนาดกระดาษ A4 (21×29.7 ซม.) โดยเว้นระยะขอบกระดาษ บน 3.81 ซม. ขอบขวา 2.54 ซม. และขอบซ้าย 3.81 ซม. รวมอ้างอิงทั้งหมดต้องไม่เกิน 15 หน้า การใช้ภาษาอังกฤษในเนื้อหาให้ใช้ตัวเล็กทั้งหมด ยกเว้นชื่อเฉพาะ

2. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน คำสะกดและคำแปลความหมายใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การใช้ อักษรย่อ ต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนในครั้งแรกก่อน และไม่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐานยกเว้นการย่อเพื่อเขียนเนื้อหาให้กระชับขึ้น การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทยให้เขียนทับศัพท์โดยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความสำหรับวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร

ชื่อผู้เขียน (Author name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศ หรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับตามการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคนขณะทำการวิจัย และ e-mail เฉพาะของผู้รับผิดชอบหลักบทความ (Corresponding author) นำดอกจันทร์ไปต่อคำสำคัญส่วนท้ายกระดาษ

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนเนื้อหาของบทความได้แก่ความสำคัญ วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ผลการวิจัย และการอภิปรายผล โดยใช้ภาษาที่เหมาะสมเป็นประโยคสมบูรณ์และสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ เขียนแยกภาษาในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 250 คำ

คำสำคัญ (Keywords) ระบุคำสำคัญในแต่ละภาษาให้ใช้คำที่สื่อความหมายกับเนื้อหาของงานวิจัย จำนวน 3-5 คำ เรียงลำดับตามตัวอักษร

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของ<u>บทความวิจัย</u>

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
วัตถุประสงค์การวิจัย
คำถามการวิจัย/สมมติฐานการวิจัย
กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
วิธีดำเนินการวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิจัย
การอภิปรายผล
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ส่วนที่ 3 ส่วนเนื้อหาของ<u>บทความวิชาการ</u>

บทนำ (Introduction)
เนื้อหา
บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 4 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Cite and References)

1. ใช้การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA6) โดยมีหลักเกณฑ์การลงรายการการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงในรายชื่อเอกสารอ้างอิงหรือบรรณานุกรม
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ ตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎีหรือปรัชญา

3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการแล้วให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ

4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 20 รายการ

5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามระบบ American Psychological Association (APA6) อย่างเคร่งครัด

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบ ThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบ ThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์วารสารฯ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียน ใน ThaiJo ได้บนหน้าเว็บไซต์ของวารสาร

2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอนำส่งบทความผ่านทางหน้าเว็บไซต์ ThaiJo ของวารสารพยาบาลสาร URL: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing กรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

3.4 สำเนาใบเสร็จสมาชิก วารสารพยาบาลสาร

บรรณาธิการวารสารพยาบาลสาร
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เลขที่ 110/406 ถนนอินทวโรรส ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200
เบอร์ติดต่อ 053-949100

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Role Ambiguity and Turnover Intention of New Nurses in Affiliated Hospitals at Kunming Medical University, the People's Republic of China **1**
ความคลุมเครือของบทบาทและการตั้งใจลาออกของพยาบาลใหม่ในโรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน

ซูเซียน หลัว Suxian Luo
อภิรดี นันทน์ศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat
เพชรสุนีย์ ทั้งเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul

Occupational Commitment and Subjective Career Success of Nurses in Tertiary Hospitals in Xishuangbanna City, the People's Republic of China **15**
ความยึดมั่นผูกพันในอาชีพและความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัยของพยาบาลในโรงพยาบาลตติยภูมิของเมืองสิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

ฉาว ผู่ Chao Pu
ฐิติณัฏฐ์ อัคคะเดชอนันต์ Thitinut Akkadechanunt
บุญพิชชา จิตต์ภักดี Bunpitcha Chitpakdee

Critical and Chronic Care Nurses' Attitudes Toward End-of-Life Care **27**
ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง

ลี่หง หยาง Lihong Yang
อัจฉรา สุคนธสรรพ์ Achara Sukonthasarn
สุภารัตน์ วังศรีคูณ Suparat Wangsrikhun

Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding ICU Delirium, Kunming Tertiary Hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China **41**
ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเมืองคุนหมิง มลฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน

ยิจิง ลี่ Yijing Li
อัจฉรา สุคนธสรรพ์ Achara Sukonthasarn
สุภารัตน์ วังศรีคูณ Suparat Wangsrikhun

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Unhealthy Weight, Low Physical Activity, and Unhealthful Dietary Practices Among Chinese Gallstone Patients **54**
การมีน้ำหนักที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายต่ำ และการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีชาวจีน

ทง	**วู**	**Tong**	**Wu**
อัจฉรา	**สุคนธสรรพ์**	**Achara**	**Sukonthasarn**
สุภารัตน์	**วังศรีคูณ**	**Suparat**	**Wangsrikhun**

Knowledge, Attitude, and Practices of Unintentional Home Injury Prevention Among Parents of Preschoolers in the People's Republic of China **67**
ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนในสาธารณรัฐประชาชนจีน

จ้าวอี้	**หวาง**	**Zhaoyi**	**Wang**
พิมพาภรณ์	**กลั่นกลิ่น**	**Pimpaporn**	**Klunklin**
อุษณีย์	**จินตะเวช**	**Usanee**	**Jintrawet**

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ **80**
Effects of the Motivation Program on Dietary Behaviors and Blood Sugar Level Among Uncontrolled Diabetic Persons

พลอย	**ทรัพย์ไพบูลย์กิจ**	**Ploy**	**Subpaiboonkit**
ศิวพร	**อึ้งวัฒนา**	**Sivaporn**	**Aungwattana**
เดชา	**ทำดี**	**Decha**	**Tamdee**

ระดับความเครียดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน **93**
The Stress Level and Stress Related Factors Among Ambulance Drivers

พินาลิน	**เพ็ญทอง**	**Pinalin**	**Penthong**
ไชยนันต์	**แท่งทอง**	**Chaiyanun**	**Tangtong**
สรา	**อาภรณ์**	**Sara**	**Arphorn**
สุจินดา	**จารุพัฒน์ มารุโอ**	**Suchinda**	**Jarupat Maruo**
จุฑาธิป	**ศีลบุตร**	**Jutatip**	**Sillabutra**

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ **107**

The Factors Related to Preventive Behaviors of Musculoskeletal Disorders Among Computer Workers

ประภัสสร อักษรพันธ์ Prapatsorn Aksornpan

รุ้งกานต์ พลายแก้ว Rungkant Plykaew

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน **121**

Effect of the Participatory Learning Program on Foot Ulcer Prevention Among Uncontrolled Type 2 Diabetic Persons in Community

โสภารัตน์ อารินทร์ Soparat Arin

เดชา ทำดี Decha Tamdee

ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย **134**

Self-efficacy, Social Support and Self-management in Thalassemic Adolescents

วสันต์ ศรีแดน Wasun Sridan

อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet

ศรีมนา นิยมค้า Srimana Niyomkar

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ **146**

Factors Related to Caring Behaviors Among Caregivers of Children with Recurrent Pneumonia

สุทธินี สุปรียาพร Suttinee Supreeyaporn

พัชราภรณ์อารีย์ Patcharaporn Aree

สุธิศา ล่ามช้าง Suthisa Lamchang

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ผลการสนับสนุนของพยาบาลต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดา ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด **160**
Effect of Nurses' Support on Preterm Infant Caring Among Mothers in a Neonatal Intensive Care Unit

สุพิชญนันทน์ ไพบูลย์ Suphichchayanun Paibool
จุฑามาศ โชติบาง Jutamas Chotibang
มาลี เอื้ออำนวย Malee Urharmnuay

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการดูแลแบบฟูมฟักสำหรับผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก **174**
A Confirmation Factor Analysis of Nurturing Care Style for Child Caregivers in Child Development Centers

รัตนา มาฆะสวัสดิ์ Rattana Makassawad
กฤดิญาดา เกื้อวงศ์ Gridiyada Kuewong

ปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์: มุมมองพ่อแม่วัยแรงงานยุคไทยแลนด์ 4.0 **187**
Health Problems of School-aged Children that Access to Online Media: The Perspective of Working-age Parents in Thailand 4.0 Era.

อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์ Atchariya Wonginchan
จุฬาภรณ์ ตั้งภักดี Juraporn Tangpukdee
ศุภศักดิ์ วงษ์อินทร์จันทร์ Suphasak Wonginchan
สุรีพร เกียรติวงศ์ครู Sureeporn Kearttiwongkru
สุจิตรา คงกันกง Sujitra Khonggungong

ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก **202**
Effect of Social Support on Stress Among First-time Fathers

กาญจนา ไชยตีฆะ Karnjana Chaiteeka
พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ Punpilai Sriarporn
จิราวรรณ ดีเหลือ Jirawan Deeluea

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา **217**
Factors Related to Paternal Health Literacy Among Expectant Fathers

ศิริรัตน์	**สอนเทศ**	Sirirat	Sonted
นันทพร	**แสนศิริพันธ์**	Nantaporn	Sansiriphun
จิราวรรณ	**ดีเหลือ**	Jirawan	Deeluea

ผลของการจัดท่าและการใช้หมอนหนุนต่อระดับความดันโลหิตของมารดาและ **230**
อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ในสตรีที่ได้รับการตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์
Effect of Position and Pillow Support on Maternal Blood Pressure and Fetal Heart Rate
Among Pregnant Women During Continuous Monitor Cardiotocography

จิราณี	**ปัญญาปิน**	Jiranee	Panyapin
ปรางวลี	**อนุภาพวิเศษกุล**	Prangwalee	Anupapvisedkul
ศรัญญา	**โสภาณะ**	Saranya	Sophana

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค **243**
และดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2
Effects of a Self-efficacy Enhancement Program on Preventive Behaviors
and Body Mass Index in People at risk of diabetes

ทิพย์สุมน	**จิตตวงศพันธุ์**	Tipsumon	Jittwongpan
ปิ่นหทัย	**ศุภเมธาพร**	Pinhatai	Supametaporn
รุ้งนภา	**ชัยรัตน์**	Rungnapa	Chairat

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท **257**
Factors Related to Loneliness Among Older Persons
Living in Extended Families in Rural Areas

วิชชาริณี	**บุญสนอง**	Wichcharinee	Boonsanong
ทศพร	**คำผลศิริ**	Totsaporn	Khampolsiri
โรจนี	**จินตนาวัฒน์**	Rojanee	Chintanawat

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง **268**
Health Literacy and Self-management Among Elderly Monks with Hypertension

สุทธินันท์ คอดริงตัน Sutthinan Codrington
ศิริรัตน์ ปานอุทัย Sirirat Panuthai
ทศพร คำผลศิริ Totsaporn Khampolsiri

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ **281**
ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
Religious Practices and Spiritual Well-being in Older Persons
with Uncontrolled Hypertension

ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย Chatthip Sangsoy
โรจนี จินตนาวัฒน์ Rojanee Chintanawat
ลินจง โปธิบาล Linchong Pothiban

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาล “นวัตกรรมที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ” **294**
ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ
The Effectiveness of Nursing Program “Rubber Bed Sheet Innovation
for Pressure Sore Prevention” in Patients with Pressure Sore Risk

พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ Pimnipa Srinopkun
นวพร วุฒิธรรม Nawaporn Wutthitham
สุภรินทร์ ใจพรมเมือง Suparin Jaiprommeung

ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยหนัก **308**
อายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
Outcomes of Nursing Model Development for Critically Ill Patients Based on FAST HUG
Concept in Medical and Surgical Intensive Care Unit at Chiang Rai Prachanukroh
Hospital

วิราวรรณ เมืองอินทร์ Wirawan Muangin
บุษบา อัครวนสกุล Budsaba Akarawanasakun
อรอนงค์ วงศ์แก้ว Onanong Wongkaew
นงเยาว์ มงคลอิทธิเวช Nongyao Mongkhonittivech

สารบัญ

บทความวิชาการ **หน้า**

การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด **324**

Promoting and Supporting Breastfeeding in Postpartum Mothers with Cesarean Section

นพรัตน์ ธาระณะ **Nopparat Tharana**

การเข้าถึงแบบเปิด: แหล่งสารสนเทศสำคัญต่อวงการวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ **336**

Open Access: An Important Information Resource for Health Science

มัณฑะณี คำโพธิ์ **Muntanee Khumpho**

สารจากบรรณาธิการ

วารสาร พยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 4 ปีที่ 48 (ตุลาคม-ธันวาคม 2564) ซึ่งเป็นฉบับสุดท้ายที่จัดทำแบบรูปเล่ม และตั้งแต่ ฉบับที่ 1 ปีที่ 49 (มกราคม-มีนาคม 2565) จะเผยแพร่ผ่านระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ (Thai Journals Online System) เพื่อให้สมาชิกและผู้สนใจเข้าถึงได้สะดวกและรวดเร็ว นอกจากนี้เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพเนื้อหาทางวิชาการของบทความ และให้สอดคล้องกับ ประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่งผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ศาสตราจารย์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564 บทความที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร พยาบาลสาร จะได้รับการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องจากหลากหลายสถาบัน จำนวน 3 ท่าน ในลักษณะ Double-blind Peer Review

พยาบาลสารฉบับนี้ ได้นำเสนอบทความรวมทั้งสิ้น 26 เรื่อง ล้วนเป็นเรื่องที่น่าสนใจ เป็นบทความภาษาอังกฤษ จำนวน 6 เรื่อง เช่น Role Ambiguity and Turnover Intention of New Nurses in Affiliated Hospitals at Kunming Medical University, The People's Republic of China สำหรับบทความภาษาไทยเป็นบทความทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 5 เรื่อง เช่น ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท บทความด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน 5 เรื่อง เช่น การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการดูแลแบบฟูมฟักสำหรับผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก บทความด้านการพยาบาลชุมชนจำนวน 4 เรื่อง เช่น ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ บทความด้านการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน 3 เรื่อง เช่น ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก และบทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่จำนวน 1 เรื่อง ได้แก่ ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติ โดยใช้แนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ สำหรับบทความทางวิชาการในฉบับนี้มีจำนวน 2 เรื่อง ได้แก่ การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด และ การเข้าถึงแบบเปิด: แหล่งสารสนเทศสำคัญต่อวงการวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ผู้สนใจสามารถ download บทความได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการ ขอขอบคุณทุกท่านที่ให้การสนับสนุนวารสาร พยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่มาโดยตลอด ทั้งท่านที่ส่งบทความเข้ามาเพื่อพิมพ์เผยแพร่ และผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพของบทความ ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะพัฒนาคุณภาพของวารสารให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา
บรรณาธิการ


อาคารเรียนคณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING
คณะพยาบาลศาสตร์
FACULTY OF NURSING

Role Ambiguity and Turnover Intention of New Nurses in Affiliated Hospitals at Kunming Medical University, the People's Republic of China*

ความคลุมเครือของบทบาทและการตั้งใจลาออกของพยาบาลใหม่ในโรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ซูเซียน	หลัว **	Suxian	Luo **
อภิรดี	นันทน์ศุภวัฒน์ ***	Apiradee	Nantsupawat ***
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล ***	Petsunee	Thungjaroenkul ***

Abstract

Previous studies have found that there is a positive relationship between role ambiguity and turnover intention. However, this issue has never been studied in the three affiliated hospitals of Kunming Medical University, Republic of China. This descriptive correlational study aimed to examine role ambiguity and turnover intention and to explore the relationship between role ambiguity and turnover intention of new nurses. The participants were 358 nurses who worked for 3 years or less in the three affiliated hospitals of Kunming Medical University, and who were selected using the stratified random sampling method. The research instruments included a Demographic Data form, the Role Ambiguity Scale (RAS) developed by Beauchamp, Lee, Argall, & Martin (2004) and the Turnover Intention Questionnaire (TIQ) developed by Roodt (2004) and translated into Chinese by the researcher. The reliability coefficients of the RAS and TIQ were .74 and .83, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Rank-order Correlation.

The results of this study indicated that:

1. The mean score for the role ambiguity dimension of new nurses was at a moderate level.

2. The mean score for the turnover intention dimension of new nurses was at a moderate level.

3. There was a significant positive relationship (r = 0.54) between overall role ambiguity and turnover intention.

The results of this study could be used as valuable information for hospitals and nursing administrators to develop strategies to reduce role ambiguity for new nurses in affiliated hospitals of Kunming Medical University, the People's Republic of China, in order to decrease their turnover intention.

Keywords: Role ambiguity, Turnover intention, New nurses

---

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: 522140873@qq.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 21 August 2021; Revised 14 October 2021; Accepted 27 October 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าความคลุมเครือในบทบาทและความตั้งใจที่จะลาออกจากงานมีความสัมพันธ์กัน อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการศึกษาดังกล่าวในโรงพยาบาลเครือมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน วัตถุประสงค์ของการศึกษาเชิงพรรณาหาความสัมพันธ์นี้ เพื่อตรวจสอบความคลุมเครือในบทบาทและความตั้งใจที่จะลาออกจากงาน และเพื่อสำรวจความสัมพันธ์ระหว่างความคลุมเครือในบทบาทและความตั้งใจที่จะลาออกของพยาบาลใหม่ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิเพื่อเลือกพยาบาล 358 คนที่ทำงานน้อยกว่าและเท่ากับ 3 ปีในโรงพยาบาลในเครือ 3 แห่งของมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความคลุมเครือในบทบาท (RAS) โดย Beauchamp, Lee, Argall, & Martin (2004) และแบบสอบถามความตั้งใจลาออกจากงาน (TIQ) โดย Roodt (2004) แปลเป็นภาษาจีนโดยผู้วิจัย ค่าอัลฟ่าครอนบาคของ RAS และ TIQ เท่ากับ. 74 และ. 83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีสถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์เชิงอันดับของ เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ระดับความคลุมเครือในบทบาทโดยรวมของพยาบาลใหม่อยู่ในระดับปานกลาง
2. ความตั้งใจที่จะลาออกของพยาบาลใหม่อยู่ในระดับปานกลาง
3. ความคลุมเครือบทบาทโดยรวมและความตั้งใจที่จะลาออกมีความสัมพันธ์ระดับสูง (r=0.544)

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อพัฒนากลยุทธ์เพื่อลดความคลุมเครือของบทบาทพยาบาลใหม่ เพื่อลดความตั้งใจที่จะลาออกของพยาบาลใหม่ในมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิงสาธารณรัฐประชาชนจีน

คำสำคัญ: ความคลุมเครือในบทบาท ความตั้งใจที่จะลาออก พยาบาลใหม่

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: 522140873@qq.com
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 21 สิงหาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 14 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2564

Background and significance

According to World Health Organization statistics (WHO, 2019), there is a global shortage of health workers, particularly nurses, who account for more than 50% of the current shortage of health workers. The annual turnover rate of nurses has been reported throughout the world. The nurse turnover rate was 12.1% in Japan in 2004 (Takase, Oba, & Yamashita, 2009) and 27.7% in the USA in 2018. Turnover rates among nurses in Europe range from 12% to 21% across 10 European countries and were recently reported at about 20% in Canada. China is experiencing a similar situation. The turnover rate of nurses in Beijing was 3.1% in 2018 (Ministry of Health, 2019) and 4.7% in Hong Kong in 2010 (Chen & Gao, 2010). According to the Health Bureau of Yunnan province, the average turnover rate among the general university hospitals in Kunming was 7.1%, which is higher than in both Beijing and Hong Kong. Among turnover of nurses, it was noticed that the rate of turnover of new nurses also accounts for a large percentage. The youngest generation of nurses are the most willing to leave their job and the nursing profession (Heinen et al., 2013).

Turnover intention (TI) is defined as the voluntary intention of a registered nurse to leave his or her hospital and includes three elements: thinking of quitting, intention to search and intention to quit (Roodt, 2004). Turnover intention can be a predictor of actual turnover (Wen, Zhang, Wang, & Tang, 2018). High nurse turnover can have a negative impact on the stability of the organization, the financial stability of the organization, job dissatisfaction and burnout, resulting in more people having the idea of leaving, as well as negatively impacting the quality and safety of health care (Hayes et al., 2012). Prior studies have been carried out to identify the level of turnover intention among new nurses (Yang & Huang, 2015; Chen, Wu, Hui, & Xian, 2016), but there is little research on the turnover intention of new nurses in the affiliated hospitals of Kunming Medical University.

Through reviewing relevant literature, it was found that there are several factors related to turnover intention among nurses. Among those, role ambiguity is one of the factors that is most significantly related to turnover intention (Liu, Yang, & Chen, 2013; Michael, Andrew, Tony, & Ronald, 2008; Gauri, 2013). Beauchamp et al. (2004) defined role ambiguity as the lack of clear identification of individuals' roles and determination of responsibilities in line with those roles. Beauchamp et al. (2004) proposed four dimensions of role ambiguity including the scope of responsibility, the actions necessary to perform the duties, performance appraisal and consequences of non-performance of duties. Studies have been carried out to identify the level of role ambiguity among nurses (Nikolaos, Tsigilis, & Bebetsos, 2010; Bosselut, McLaren, Eys, & Heuzé, 2012; Liu et al., 2013). Results showed that the degree of role ambiguity for registered nurses is at a medium to high level. However, there is a limitation on the number of studies on role ambiguity among new nurses. Through the literature review, it was found that role ambiguity was associated with turnover intention among new nurses (Liu et al., 2013;

Gauri, 2013). Moreover, no study identified the relationship between these two variables among new nurses.

China has 28,341 hospitals, according to the National Health and Family Planning Commission. By the end of 2018, there were more than 4 million registered nurses in China, accounting for nearly 50 percent of health professionals and allowing for 3 nurses per 1,000 people (National Health Council of the Republic of China, 2019). The Affiliated Hospital of Kunming Medical University is a health service institution with a high level of teaching and good quality medical services in Yunnan Province. Every year, thousands of newly graduated nurses enter the three affiliated hospitals of Kunming Medical University (KMU) (Kunming Health Bureau, 2018). According to the Medical Administration Department, Yunnan Province Bureau of Health, in 2018 the average turnover rate of new nurses was 16% in the Second Affiliated Hospital of KMU; 12.6% in the Affiliated Ganmei Hospital of KMU; and 3.4% in the Affiliated Yan'an Hospital of KMU. Among the new nurses leaving their positions, most nurses did not recognize their work, were not satisfied with the work environment or atmosphere, or had less trust in their managers. Most of them had awareness and ideas of how to improve their work performance, but they did not know where to start and how to evaluate their responsibilities (Health Commission of Yunnan Province, 2015). Hospitals affiliated with KMU expect nurses to have extensive knowledge and stay up-to-date. When nurses are met with high expectations and have high workloads beyond their ability, they may experience burnout and a desire to leave.

To better understand turnover intention among new nurses, a study of the factors related to turnover intention is necessary. The results of this study provide evidence for hospital managers to develop strategies for solving the problem of role ambiguity among new nurses and reducing the turnover rate.

Objectives

The study aimed to explore the level of role ambiguity, to explore the level of turnover intention and to examine the relationship between role ambiguity and turnover intention of new nurses in affiliated hospitals of Kunming Medical University, the People's Republic of China.

Conceptual framework

The conceptual framework of this study is based on the literature review. Role ambiguity refer to the lack of clear identification of new nurses' roles and determination of responsibilities in line with the roles. Included scope of responsibility, the actions necessary to perform the duties, performance appraisal and consequences of non-performance of duties. (Beauchamp, Bray, Eys, & Carron, 2002). The turnover intention of this study refers to the voluntary willingness of employees to leave the organization (Roodt, 2004), and included thinking of quitting, intention to quit and intention to search. When the new nurse understands their role clearly enough, constantly strengthens their relevant knowledge and

operation skills, actively participates in the study, improves the working ability and self-confidence, and enhances the stress ability. It can effectively reduce the role ambiguity and turnover intention of the new nurses in the affiliated hospitals of Kunming Medical University, the People's Republic of China. The relationship between role ambiguity and turnover intention among new nurses in Affiliated Hospital of Kunming Medical University, the People's Republic of China was explored in this study.

Methodology

A descriptive correlational research design was used to explore the relationship between role ambiguity and turnover intention of new nurses in affiliated hospitals of Kunming Medical University, the People's Republic of China.

Population and Sample

The target population for this study consisted of 1,233 nurses who had been working for less than 3 years at the Affiliated Hospitals of Kunming Medical University in the People's Republic of China. Inclusion criteria were registered nurses who worked in these three hospitals for less than three years and were registered nurses who provided direct care to patients. Exclusion criteria were registered nurses who were on vacation, maternity leave, study leave, or who participated in the reliability test, as well as registered nurses who were nursing administrators. According to the Yamane formula (Yamane, 1973), the sample size was 302 nurses. Considering the possible loss of participants, 20% of the sample size (61 nurses) was added to the sample (Best & Kahn, 2003). Therefore, the total sample consisted of 363 nurses working at three hospitals. The stratified random sampling method was used to select nurses from the staff nurses' name list in each unit of the three secondary hospitals.

Research Instruments

The research instruments included:

1. A Demographic Data Form which was developed by the researcher to collect the personal information of participants including age, gender, hospital, years working at their present hospital, education level, marital status and working unit.

2. The Chinese version of the Role Ambiguity Scale (RAS) developed by Beauchamp et al. (2004) and translated by the researcher which consists of a 20-item scale with 4 dimensions including: 1) scope of responsibility; 2) role behavior ambiguity; 3) role evaluation ambiguity; and 4) role consequences ambiguity. Each of these 4 dimensions included 5 items, each of which was scored on a 5-point Likert scale ranging from 1 (strongly agree) to 5 (strongly disagree) with the total score divided into 3 levels (Best & Kahn, 2003). The interpretation of the scores was classified as high, moderate, or low using the class interval formula $\bar{X}$= ($\bar{X}$max-$\bar{X}$min)/k (Best & Khan, 2003). In order to keep the intervals from overlapping, 0.01 was added to each subsequent lower limit (Polit, 1996). Thus, the mean score was classified as high level (3.68 - 5.00), moderate level (2.34 - 3.67), or low level (1.00 - 2.33).

3. The Chinese version of the Turnover Intention Questionnaire (TIQ) developed by Roodt (2004) was translated by the researcher. It consists of 14 items with each item scored on a scale of 1 to 7 points, with the total score divided into 3 levels (Best & Kahn, 2003). In order to keep the intervals from overlapping, 0.01 was added to each subsequent lower limit (Polit, 1996). Thus, the mean score was classified as high level (5.01 - 7.00), moderate level (3.01 - 5.00), or low level (1.00 - 3.00).

The Chinese versions of the RAS and TIQ were translated using back-translation. The researcher translated the original scale into Chinese. A person who is an English speaker in a university translated the Chinese version scale into English. One English expert compared the original scale and the back-translated English-version scale to confirm the equivalence, regarding whether she thought any points would lead to misunderstandings, or whether the two English versions showed the same meaning. The English expert gave feedback that there was agreement between the two versions. The researcher and her advisor discussed and revised the discrepancies until they were satisfied with the current version.

The Chinese version of the Role Ambiguity Scale and the Turnover Intention Questionnaire were tested for their reliability among 30 nurses from the First Affiliated Hospital, the Second Affiliated Hospital, and the Affiliated Ganmei hospital of KUM. The Cronbach's alpha coefficients of the RAS were 0.74, and the dimensions of ambiguity related to scope of responsibilities, role behavior ambiguity, role evaluation ambiguity, and role consequences ambiguity were 0.73, 0.70, 0.77, and 0.71, respectively. The Cronbach's alpha coefficients of the TIQ were 0.83.

Ethical considerations

The research proposal was approved by the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand (No.019/2019). The participants were informed that they were free to refuse participation or to withdraw from the study at any time without losing any benefits and without it affecting their performance evaluations. A statement was put in an information sheet to guarantee the confidentiality and anonymity of individual responses. Only code numbers were used for the questionnaires. Information offered by the participants was only used for the current study and remained confidential. A research consent form was given to the participants who were willing to participate.

Data collection

Data were collected from May to June 2020. The researcher met with the directors of the nursing department of each hospital and introduced them to the study's objectives and methods, followed by a request for a coordinator to distribute and collect the research questionnaires, a total of 363 questionnaire packages including the research information form, inform consent form, questionnaire, and return envelope. At all three KMU Affiliated Hospitals, the researchers met with the nurse supervisor to inform them about the purpose and benefits of the study and ask for the appointment of a coordinator

in each hospital. The researcher collected questionnaires from the First Affiliated Hospital of KMU and two coordinators distributed the questionnaires to the other two hospitals, the Second Affiliated Hospital of KMU and the Affiliated Ganmei Hospital of KMU. After the participants completed the questionnaires and consent forms, they put them in two separate boxes. Then the researcher collected the questionnaires from the boxes and sent them to the research team. Of the 363 questionnaires that were distributed, 360 were returned (99.17%); 2 questionnaires were incomplete (0.55%) and were excluded. Thus, 358 completed questionnaires (98.62%) were used for data analysis.

Data analysis

Social Sciences (SPSS) software Version 13.0 was used for data analysis in this study. Significance level alpha was set at 0.05. Frequency, percentage, mean, and standard deviation were used to analyze the demographic data. Pearson's product-moment correlation analysis was used to analyze the relationship between role ambiguity and turnover intention since they had normal distribution as tested by Kolmogorov-Smirnov's test.

Results

According to the Requirements of Standardized Training Manual for new nurses in the affiliated hospitals of Kunming Medical University, each nurse needs to rotate between various hospital departments, including medical, surgical, ICU and emergency, for six months. Obstetrics, pediatrics, and operating room rotated for four months. Most of the participants (71.79%) were 23-25 years old, while 28.21% of the participants were 20-23 years old; most participants were female (91.06%) and 82.40% of the participants were single. As for educational level, 29.05% of the participants held an associate's degree, while 70.95% of the participants held a bachelor's degree. More than half of the participants had 1 year of work experience and 35.47% of the participants had 2 years of experience. These participants came from different departments. Most of them were working in the medical department (39.66%), followed by the surgical (22.07%) and obstetrics (4.47%) departments.

The scope of responsibilities was found to be at a moderate level with a mean of 2.97 (SD = 0.46). Role behavior ambiguity was found at a moderate level with a mean of 2.79 (SD = 0.36), and role evaluation ambiguity had the highest score with a mean of 3.21 (SD = 0.59) but was also at a moderate level. The lowest score at a moderate level was role consequences ambiguity with a mean of 2.74 (SD = 0.33). The overall score for role ambiguity had a mean of 2.93 (SD = 0.28) and was at a moderate level (Table 1). Thinking of quitting was found at a moderate level with a mean of 4.67 (SD = 0.76). The intention to quit was found at a moderate level with a mean of 4.56 (SD = 0.69). The intention to search had the highest score at the high level with a mean of 5.34 (SD = 0.89). The overall score for turnover intention had a mean of 4.78 (SD = 0.85) and was at a moderate level (Table 2). In addition, new nurses' turnover intention was found to be at a moderate level

($\bar{X}$ = 4.78, SD = 0.85). The results show that there is a strong linear relationship between role ambiguity and turnover intention (r = 0.54, p < 0.01) (Table 3).

Table 1 Mean, range, standard deviation, and overall level of and in each dimension of role ambiguity of participants (n = 358)

Role Ambiguity	Mean	SD	Level
Scope of Responsibilities	2.97	0.46	Moderate
Role Behavior Ambiguity	2.79	0.36	Moderate
Role Evaluation Ambiguity	3.21	0.59	Moderate
Role Consequences Ambiguity	2.74	0.33	Moderate
Overall	2.93	0.28	Moderate

Table 2 Mean, range, standard deviation, and overall level of and in each dimension of turnover intention of participants (n = 358)

Turnover intention	Mean	SD	Level
Thinking of quitting	4.67	0.76	Moderate
Intention to quit	4.56	0.69	Moderate
Intention to search	5.34	0.89	High
Overall	4.78	0.85	Moderate

Table 3 The relationships between role ambiguity and turnover intention participants (n = 358)

Role Ambiguity Items	Turnover Intention
Ambiguity Related to Scope of Responsibilities	r = 0.34**
Role Behavior Ambiguity	r = 0.41**
Role Evaluation Ambiguity	r = 0.44**
Role Consequences Ambiguity	r = 0.44**
Overall	r = 0.54**

** p < .01

Discussion

Role ambiguity

The results of the scope of responsibilities were at a moderate level, indicating that new nurses are not knowledgeable about the scope of their role. A nurse may be aware of the scope of their role, but not of their responsibilities in terms of team leadership or teamwork (Beauchamp et al., 2004). Moreover, all the participants were new nurses and ranged in age from 20-25. A majority of the nurses (231 or 64.52%) had been working for just one year

or less. Being so new, it is questionable whether the new nurses can successfully change from nursing students into qualified clinical nurses, and the requirements of their positions are directly related to the quality of clinical nursing. It is challenging for them to successfully combine theory and practice, which can easily produce the illusion that they are not valued and may affect their intention to change roles (Liu et al., 2013). This makes it difficult for them to have a clear understanding of the scope of their roles.

Role behavior ambiguity was found at a moderate level. Every nurse working in KMU affiliated hospitals has to rotate to the emergency room, ICU, internal medicine, obstetrics, operating room, pediatrics, surgery and other departments over 3 years (Kunming Health Bureau, 2018). Faced with different patients in different departments, they do not have a good understanding of the nurse's behavior. This rotational stage is not only to overcome the conflict between theory and reality but also to adapt to the new role. In China, with the rapid development of the social economy and medical infrastructure, the requirements for nursing staff are getting higher and higher. On the other hand, due to the severe shortage of nursing human resources, the short adaptation period for new nurses also leads to great pressure. This makes it difficult for new nurses to adapt to their roles (Bosselut et al., 2012).

In this study, there were one hundred and four (29.05%) nurses with an associate's degree. Compared with nurses holding a bachelor's degree, the nurses with an associate's degree showed a higher percentage. This result is consistent with previous research results (Theresa, & Sabo 2008). Participants felt a high level of role evaluation ambiguity from their organizations, indicating that many nurses in these organizations feel that their environment is not supportive or is not aware of their clinical contributions. Under the condition of the holistic nursing mode, the scope of nurses' functions and roles is greatly expanded which makes it difficult for the nurses to perceive the diverse needs of patients, which is manifested as unclear or in unclear requirements of their work. Similarly, as the leaders of some departments fail to play a good leadership role, new nurses do not know what responsibilities they should fulfill after entering the department which also has something to do with the leader's unclear job responsibilities (Yang & Huang, 2015).

The moderate level for role consequences ambiguity indicates that new nurses who work in the Affiliated Hospitals of KMU are ambiguous about their role consequences. The Affiliated Hospitals of KMU provide comprehensive hospital treatment and nursing care to patients with severe and complicated diseases. During the time of this study, patients were in a critical condition; as such, nurses needed to pay attention to patients' physical and emotional needs. This broad task list may easily lead to nurse burnout or mental fatigue, especially due to the lack of work experience among young nurses, as well as the continued learning of specialized theoretical knowledge and nursing skills, the need to familiarize themselves with the hospital rules and regulations and the

pressures that come with being caregivers, educators and communicators for patients, doctors and other nursing staff.

Turnover intention

The moderate level of turnover intention in this study is lower than that of previous studies by Yang & Huang (2015) and Chen et al. (2016). This can be explained by the Mobley exit cognitive model (Mobley, 1977), which represents a psychological decision that interferes with an individual's attitude to work and the decision to stay or leave. Poor management and lack of flexibility in scheduling were the main complaints among new nurses. Stress at work contributes to turnover intention, and new nurses often complain about work overload and lack of support. The difference between an idealized role concept and a realistic role concept is difficult to reconcile and causes nursing role conflict, which affects the role ambiguity of new entrants (Chen et al., 2016). The continuous development of nursing work in China also provides more opportunities for nurses, such as community hospitals, private hospitals and so on. The smaller family burden and greater plasticity of new nurses increases their chances of obtaining external work (Yang & Huang, 2015). When the multi-dimensional performance appraisal system is developed, nurse work data is collected, and the system automatically generates a nurse performance appraisal score. This leads nurses, to a certain extent, to stay and stabilize the nursing team (Chen, Li, Li, Lyu, & Zhang, 2018).

To reduce the rate of turnover among new nurses, the development of peer support systems, stratified training to promote the spiritual growth of nurses, and colleague support committees through the organization of expert teaching should be implemented (Chen et al., 2018). Wang et al. (2019) pointed out that a high workload causes physiological fatigue among nurses, especially new nurses. Chen (2005) pointed out that job type, hospital rank, title and age, as well as physical and psychological stress were factors affecting nurses' happiness. These problems were mainly reflected in the turnover intention of the study participants.

Relationship between role ambiguity and turnover intention

The results of this study found that the mean overall role ambiguity score was significantly positively related to the study participants' turnover intention. This may be due to the fact that most nurses do not know enough about the nature of their work. Not handling problems at work well leads them to think about leaving. Due to the nature of the integrated role, caregivers must deal with multiple expectations of patients and management (Johnston & Marshall, 2015). Patients' needs for nursing behaviors are more diversified, making it difficult for nurses to perceive patients' various needs, which manifests as unclear requirements for nursing work; that is, role ambiguity occurs. As a result of long-term uncertainty and difficulty in coping with high-load work, nurses experience extreme pressure, work fatigue and even frustration, namely emotional exhaustion, resulting in a strong turnover tendency. Because of prior

roles, relationships, responsibilities, knowledge and skills, demand, confusion, doubt, and feelings of being overwhelmed and confused, new nurses do not know how to evaluate their new role within the hospital and don't know what the standard evaluation is; thus, they have intent to leave. In the face of comprehensive work or different diseases, they are more likely to have turnover intention than nurses with longer work experience. With the transformation of the nursing mode to a holistic nursing mode, the nurse-patient relationship has changed from "disease-centered" to "patient-centered," and the scope of nurses' functions and roles has been greatly expanded. Therefore, nurses may have a stronger subjective experience of ambiguous roles (Li & Xu, 2016).

Implications of the study

Due to moderate levels of role ambiguity and turnover intention, as well as the positive relationship between role ambiguity and turnover intention, the implications of the study are as follows:

1. Nurse managers should raise awareness to help the nursing administrators be able to formulate a plan to reduce the ambiguity of roles for new nurses. Furthermore, nursing administrators need to help new nurses better adapt to new environments and roles.

2. The administrator should raise the awareness of nursing administrators in the Affiliated Hospitals of KMU to help nursing managers pay more attention to new nurses, earnestly understand the needs of new nurses, establish a complete training plan, provide more opportunities for further studies, pay attention to the construction of nursing culture, create a healthy and positive working atmosphere, and assist new nurses. Nursing administrators should establish their own career planning to help new nurses successfully complete the transition from school to work.

Limitations of the study

A limitation of the study is its descriptive correlation research design. I investigated 3 hospitals in Yunnan Province, covering most regions of the province, but our sample was limited to secondary and tertiary hospitals. Consequently, the sample might not be representative of community or township hospitals in other provinces.

Conclusions and Recommendations

1. Further exploration of other factors related to role ambiguity of new nurses in Affiliated Hospitals of KMU, such as depression and job satisfaction, is required.

2. Future research is needed to replicate this study in other regions or other types (or levels) of hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China.

3. New nurses' turnover intention needs to be studied with other related factors, such as demographic characteristics, in future research.

References

Beauchamp, M. R., Bray, S. R., Eys, M. A., & Carron, A. V. (2002). Role ambiguity, role efficacy, and role performance: Multidimensional and mediational relationships within interdependent sport teams. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 6*(3), 229.

Beauchamp, M. S., Lee, K. E., Argall, B. D., & Martin, A. (2004). Integration of auditory and visual information about objects in superior temporal sulcus. *Neuron, 41*(5), 809-823.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2003). *Research in education* (9th ed.). New Delhi: Prentice-Hall of India.

Bosselut, G., McLaren, C. D., Eys, M. A., & Heuzé, J. P. (2012). Reciprocity of the relationship between role ambiguity and group cohesion in youth interdependent sport. *Psychology of Sport and Exercise, 13*(3), 341-348.

Chen, H. P. (2005). How to become a qualified nurse, *Chinese Medicine, 18*(5), 80-81.

Chen, H. M., & Gao, S. (2010). Practice of intensive training for new nurses in emergency department. *International Journal of Nursing Sciences.* doi:1001-4152 (2010) 17-0056-02

Chen, M., Wu, W., Hui, L., & Xian, L. (2016). Influencing factors and management strategies of turnover intention of new nurses in third-grade hospitals of traditional. *Chinese Medicine.* doi:1004-4663 (2016) 1073504

Chen, H., Li, G., Li, M., Lyu, L., & Zhang, T. (2018). A cross-sectional study on nurse turnover intention and influencing factors in Jiangsu Province, China. *International Journal of Nursing Sciences, 5*(4), 396-402.

Gauri, S. R. (2013). Impact of organizational justice satisfaction, commitment and turnover intention: Can fair treatment by organizations make a difference in their workers' attitudes and behaviors. *International Journal of Human Sciences, 10*(2), 260-284.

Hayes, L. J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., ... North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review–an update. *International Journal of Nursing Studies, 49*(7), 887-905.

Health Commission of Yunnan Province (2015). *Notice on printing and distributing administrative measures for standardized training of nurses (Trial).* Retrieved from http://ynswsjkw.yn.gov.cn/wjwWebsite/web/doc/UU20159101108005775

Heinen, M. M., Van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. *International Journal of Nursing Studies, 50*(2), 174–184. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019

Johnston, M. W., & Marshall, G. W. (2015). *Sales force management: Leadership, innovation, technology.* New York: Routledge.

Kunming Health Bureau. (2018). *The dimission rate of nurses in three grade hospitals in Kunming City.* Retrieved from http://www.km.gov.cn/znss/?ps=10001_266&key

Li, X. G., & Xu, Y. X. (2016). The effect of role conflict and role ambiguity on job burnout of nurses. *Chinese Journal of Nursing, 32*(4). doi.1673-1395. (2006) 04-0110-03

Liu, H., Yang, M., & Chen, F. F. (2013). Role conflict and vagueness of young nurses in ICU, and the influence of job fatigue on turnover intention. *China Nursing Management, 48*(6), 533-536.

Michael, R. S., Andrew, J. W., Tony, C. S., & Ronald, G. D. (2008). *A structural model of workload, job attitudes, stress and turnover intention.* Kansas: Kansas State University.

Ministry of Health. (2019). *Why is there still a shortage of angels in white with an annual increase of hundreds of thousands.* Retrieved from http://www.nhc.gov.cn/xcs/pzhgli/201905/53c0885ca8dc4b45a468f7874ff05b63.shtml

Mobley, W. H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology, 62*(2), 237-245.

National Health Council of the Republic of China. (2019). *Guiding opinions on the implementation of hospital nurse post management.* Retrieved from http://www.nhc.gov.cn/wjw/gfxwj/201304/67d11ef015f34688aab66b1e56d6bab2.shtml

Nikolaos, T. D., Tsigilis, N., & Bebetsos, E. (2010). An examination of the factor structure of the role ambiguity scale. *Journal of Sport Behavior, 33*(3), 66-82.

Polit, D. F. (1996). *Data analysis & statistics for nursing research.* Michigan: Appleton & Lang.

Roodt, G. (2004). *Turnover intentions.* Johannesburg: University of Johannesburg.

Roodt, G., & Jacobs, E. (2008). Organisational culture of hospitals to predict turnover intentions of professional nurses. *Health SA Gesondheid (Online), 13*(1), 63-78.

Schnake, M. (1991). Organizational citizenship: A review, proposed model, and research agenda. *Human Relations, 44,* 735-759.

Takase, M., Oba, K., & Yamashita, N. (2009). Generational differences in factors influencing job turnover among Japanese nurses: An exploratory comparative design. *International Journal of Nursing Studies, 46*(7), 957-967.

Theresa, T., & Sabo, C. E. (2010). Role conflict, role ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. *Nursing Administration Quarterly, 34*(1), 72-82.

Wang, L., & Chen, R. X. (2016). Analysis on the present situation of role ambiguity and role conflict of hospital nurses. *College of Extended Education, 30*(6), 119-120.

Wen, T., Zhang, Y., Wang, X., & Tang, G. (2018). Factors influencing turnover intention among primary care doctors: A cross-sectional study in Chongqing, China. *Human resources for Health, 16*(1), 10-21.

World Health Organization. (2019). *Nursing and midwifery resources.* Retrieved from https://www.who.int/news/item/18-12-2020-meet-the-100-outstanding-nurses-and-midwives/

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

Yang, W. W., & Huang, Q. J. (2015). Investigation on the status quo of new nurses' professional values and resignation intentions, *Chinese Journal of Nursing, 11*(3), 453-456. doi:1001-5329(2015)03-0062-03.

Occupational Commitment and Subjective Career Success of Nurses in Tertiary Hospitals in Xishuangbanna City, the People's Republic of China*

ความยึดมั่นผูกพันในอาชีพและความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัยของพยาบาลในโรงพยาบาลตติภูมิของเมืองสิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ฉาว	ผู่ **	Chao	Pu **
ฐิติณัฏฐ์	อัคคะเดชอนันต์ ***	Thitinut	Akkadechanunt ***
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี ****	Bunpitcha	Chitpakdee ****

Abstract

Subjective career success has positive effects on organizational productivity and previous research has found that occupational commitment is one of the factors related to the subjective career success of personnel. This descriptive correlational study aimed to explore occupational commitment and subjective career success and to examine the relationship between occupational commitment and the subjective career success of nurses. The participants included 367 nurses, stratified randomly selected from different nursing units of two tertiary hospitals in Xishuangbanna City, Yunnan Province, the People's Republic of China. The research instruments consisted of the Nurse Occupational Commitment Questionnaire (NOCQ) and the Subjective Career Success Inventory (SCSI). The validity of these two instruments was confirmed by the authors using factor analysis. The reliabilities tested by Cronbach's alpha coefficients for the NOCQ and the SCSI were 0.90 and 0.94, respectively. Descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient were used to analyze data.

The results revealed that:

1. The overall level of occupational commitment as perceived by nurses was high.

2. The overall level of subjective career success as perceived by nurses was moderate.

3. There was a moderate positive correlation between occupational commitment and subjective career success. There were moderate positive correlations between subjective career success and the four dimensions of occupational commitment: affective commitment, normative commitment, economic accumulated cost commitment and emotional accumulated cost commitment.

---

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate Student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand;
e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 13 September 2021; Revised 19 October 2021; Accepted 27 October 2021

The results of this study provide valuable information for hospital and nurse administrators in raising awareness to enhance nurses' occupational commitment and assist nurses in achieving career success.

Keywords: Occupational commitment, Subjective career success, Nurses, Tertiary hospitals

บทคัดย่อ

ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัยส่งผลดีต่อผลิตภาพขององค์กร และการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่าความยึดมั่นผูกพันในอาชีพเป็นหนึ่งในปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัยของบุคลากร การศึกษาเชิงพรรณาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความยึดมั่นผูกพันในอาชีพและความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัย และตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นผูกพันในอาชีพและความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัย กลุ่มตัวอย่างได้แก่พยาบาล 367 คนที่ทำงานในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในเมืองสิบสองปันนา มณฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามความยึดมั่นผูกพันในอาชีพของพยาบาล (NOCQ) และแบบวัดความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัย (SCSI) ความตรงของเครื่องมือทั้งสองได้ตรวจสอบโดยผู้พัฒนาเครื่องมือด้วยการวิเคราะห์องค์ประกอบ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของครอนบาร์คของ NOCQ และ SCSI เท่ากับ 0.90 และ 0.94 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า:

1. ความยึดมั่นผูกพันในอาชีพโดยรวมตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับสูง
2. ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัยโดยรวมตามการรับรู้ของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง
3. ความยึดมั่นผูกพันในอาชีพมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางกับความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัย ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความยึดมั่นผูกพันในอาชีพ 4 ด้านได้แก่ ความมุ่งมั่นทางอารมณ์ ความมุ่งมั่นเชิงบรรทัดฐาน ความมุ่งมั่นต้นทุนสะสมทางเศรษฐกิจ ความมุ่งมั่นต้นทุนสะสมทางอารมณ์

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลที่มีประโยชน์แก่ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลในการสร้างความตระหนักของการเสริมสร้างความยึดมั่นผูกพันในอาชีพของพยาบาลเพื่อที่จะช่วยให้พยาบาลประสบความสำเร็จในอาชีพ

คำสำคัญ: ความยึดมั่นผูกพันในอาชีพ ความสำเร็จในอาชีพเชิงอัตวิสัย พยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 13 กันยายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 19 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2564

Background and significance

Nurses reported stress, fatigue and difficulties coping, as well as an inability to get a sense of achievement from work, affecting their quality of life as well as career success (Xu, Shang, & Luo, 2010). When an individual employee experiences subjective career success, there will be a self-fulfilling peak which is experienced with a positive and happy state of mind. Employees will be satisfied with their lives and experience subjective well-being. A high level of subjective career success will increase an individual's general confidence, job motivation and goal-striving – all of which, in turn, would positively affect his or her productivity in the future (Abele & Spurk, 2009).

Subjective career success (SCS) refers to an individual's subjective apprehension, perceptual evaluation and affective reaction to their career (Shockley, Ureksoy, Rodopman, Poteat, & Dullaghan, 2016). Shockley et al. (2016) defined subjective career success, and proposed an eight-dimensional framework of subjective career success including 1) authenticity, 2) growth and development, 3) influence, 4) meaningful work, 5) personal life, 6) quality work, 7) recognition, and 8) satisfaction. In the literature review, some studies measured nurses' subjective career success in China, and the results were varied, from low to moderate levels (Hu & Luo, 2016; Han & Wang, 2017). Although several studies have been conducted, the results changed over time and results were inconsistent as nurses face tremendous changes that affect their perceptions of subjective career success. Therefore, it is necessary to explore their perceptions of subjective career success, especially in the Xishuangbanna region where there has been no research conducted on this topic.

Previous studies indicate that several factors relate to subjective career success including demographic factors and organizational factors. Among these factors, occupational commitment was an organizational factor found to be strongly related to subjective career success in several countries (Srikanth & Israel, 2012; Karavardar, 2014; Ren, Wen, & Chen, 2013; Yang, Zhou, & Yu, 2014). Employees who are committed to their occupations experience more subjective career success than those who are less committed (Poon, 2004). Occupational commitment can favorably lead to desirable outcomes associated with one's career. Individuals with a strong sense of occupational commitment may make significant investments in their careers and are, therefore, willing to put in the extra effort required to attain their career goals, thus ultimately achieving career success (Srikanth & Israel, 2012).

Occupational commitment (OC) refers to employees' identification with their occupation and their active involvement in their occupation, which can guide employees to devote themselves to and engage in the identified occupation for a long time (Pei, 2007). Pei (2007) defined occupational commitment and she proposed a five-dimensional framework of occupational commitment including 1) affective commitment, 2) normative commitment, 3) economic accumulated cost

commitment, 4) emotional accumulated cost commitment, and 5) limited alternatives commitment.

Under the changes and challenges of China's healthcare reform, nurses' subjective career success remains a serious concern in the Xishuangbanna healthcare system. The leaders who are working in the tertiary hospitals in Xishuangbanna urgently need to improve the subjective career success of nurses to motivate them to make more effort to achieve the goals of the organization. Meanwhile, the improvement of nurses' subjective career success will promote the improvement of nurses' career satisfaction and reduce their turnover rate. Additionally, there has been no study on the relationship between occupational commitment and subjective career success among nurses in Xishuangbanna. The results of the study would provide information for occupational commitment and subjective career success, as well as expand knowledge of the relationship between occupational commitment and subjective career success among nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna City, the People's Republic of China.

Objectives

The objectives of this study were to explore occupational commitment and subjective career success, and the relationship between them among nurses in the tertiary hospitals of Xishuangbanna City, the People's Republic of China.

Research questions

1. What is the level of occupational commitment of nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna City, the People's Republic of China?

2. What is the level of subjective career success of nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna City, the People's Republic of China?

3. Is there any relationship between the occupational commitment and the subjective career success of nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna city, the People's Republic of China?

Conceptual framework

The occupational commitment was based on Pei (2007) and includes 5 dimensions: affective commitment, normative commitment, economic accumulated cost commitment, emotional accumulated cost commitment and limited alternatives commitment. Subjective career success was based on Shockley et al. (2016) and includes 8 dimensions: authenticity, growth and development, influence, meaningful work, personal life, quality work, recognition and satisfaction. Individuals with a strong sense of occupational commitment may make significant investments in their careers and are, therefore, willing to commit the extra effort required to attain their career goals, thus ultimately achieving career success (Srikanth & Israel, 2012).

Methodology

Population and sampling

A descriptive correlational design was used to explore the level of nurses' occupational commitment, the levels of nurses' subjective career success and the relationship between occupational commitment and subjective career success among nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna, the People's Republic of China. The population consisted of 1,301 nurses working at the two tertiary hospitals for more than one year. The sample size was 306, calculated using Yamane (1973) formula. When considering the possible loss of participants, 20% of the sample size was added bringing the total number of participants to 367. A stratified random sampling method was used in this study to select participants from the two hospitals.

Research instruments

The research instrument consisted of three parts. Part 1: The demographic data form was developed by the researcher, Part 2: The Chinese version of the Nurse Occupational Commitment Questionnaire (NOCQ) (Pei, 2007) consisted of 24 items on a 5-point Likert scale with 5 dimensions including affective commitment, normative commitment, economic accumulated cost commitment, emotional accumulated cost commitment and limited alternatives commitment, and Part 3: The Subjective Career Success Inventory (SCSI) (Shockley et al., 2016) consisted of 24 items on a 5-point Likert scale with 8 dimensions including authenticity, growth and development, influence, meaningful work, personal life, quality work, recognition and satisfaction. The SCSI was translated into Chinese using the back-translation process (Brislin, 1980) in this study. The interpretations of the NOCQ and SCSI scores were classified into high, moderate and low levels using the class interval formula "$\bar{X}$" = ("$\bar{X}$" max - "$\bar{X}$" min)/K (Best & Kahn, 2003). A mean score from 1.00 - 2.33 was considered a low level, from 2.34 - 3.67 was a moderate level and from 3.68 - 5.00 was a high level.

The validity of the NOCQ and SCSI was tested by the original authors with confirmatory factor analysis. The researcher used both instrument without any modification. The Cronbach's alpha coefficients of the NOCQ and SCSI, tested with 15 nurses who worked in the People's Hospital of Xishuangbanna Dai Nationality Autonomous Prefecture, were 0.90 and 0.94, respectively.

Ethical considerations

The researchers obtained approval from the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University (No. 052/2020). The researcher assured the protection of the human rights of the participants by informing the participants that they had the right to refuse, stop or withdraw from this study at any time without any impact on their performance appraisal. Confidentiality and anonymity of each participant were guaranteed by not identifying their name and separating the placement questionnaire and the volunteer research agreement forms. Code numbers were used instead of names. Information provided by the participants was used only for this study and remained confidential.

Data collection

After getting permission from the directors of both hospitals, the researcher met with the nursing directors to explain the objectives and the process of data collection. The researcher distributed the package of questionnaires to all participants who were requested to complete the questionnaires in their available time. The participants were asked to keep the information letter and to return the questionnaires and consent form in separate sealed envelopes to the designated drawer in the doctor's office of each department. After two weeks, 367 (100%) of completed questionnaires were returned to the researcher.

Data analysis

Data were analyzed following the purposes of the study using SPSS. Descriptive statistics were used to analyze the frequency, percentage, mean and standard deviation. Spearman's rank-order correlation was applied to examine the relationship between occupational commitment and subjective career success of nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna City, the People's Republic of China because the results of Kolmogorov-Smirnov's (KS) test showed that the occupational commitment and subjective career success of participants were not normally distributed.

Results

1.The findings showed that most of the participants (58.58%) were between 21 to 30 years of age with an average age of 31.36 years (SD = 6.57), 95.37% were female and 65.94% were married. Nearly half of the participants held an associate's degree (48.50%) or bachelor's degree (49.59%), 51.77% worked at the People's Hospital of Xishuangbanna Dai Nationality Autonomous Prefecture and 48.23% worked at the First People's Hospital of Jinghong City. The majority of the participants worked in either the medical department (28.07%) or the surgical department (24.80%). Approximately 53.95% of participants were senior nurses and 68.94% had been working as a nurse in the hospital for less than 10 years, with an average of 9.97 years (SD = 7.00). Most of the participants worked on rotating shifts (68.94%) and 64.85% earned > 4000 Renminbi (RMB) per month.

2. The participants perceived the overall occupational commitment and the dimensions of affective commitment, normative commitment and economic accumulated cost commitment at a high level. As for the dimensions of emotional accumulated cost commitment and limited alternatives commitment, these were perceived at moderate levels (Table 1).

Table 1 Mean, standard deviation and level of occupational commitment of the nurses (n = 367)

Occupational Commitment	Mean	SD	Level
Overall	3.71	0.51	High
Affective commitment	4.13	0.69	High
Normative commitment	3.90	0.74	High
Economic accumulated cost commitment	3.72	0.72	High
Emotional accumulated cost commitment	3.50	0.76	Moderate
Limited alternatives commitment	3.07	0.76	Moderate

3. The participants perceived overall subjective career success at a moderate level. Only the dimension of meaningful work was perceived at a high level. The dimensions of authenticity, growth and development, influence, personal life, quality work, recognition and satisfaction were perceived at moderate levels (Table 2).

Table 2 Mean, standard deviation and level of subjective career success of the nurses (n = 367)

Subjective Career Success	Mean	SD	Level
Overall	3.43	0.67	Moderate
Authenticity	3.37	0.85	Moderate
Growth and development	3.55	0.84	Moderate
Influence	3.00	0.82	Moderate
Meaningful work	3.82	0.77	High
Personal life	3.36	0.81	Moderate
Quality work	3.32	0.77	Moderate
Recognition	3.41	0.84	Moderate
Satisfaction	3.58	0.91	Moderate

4. There was a moderate positive correlation between nurse occupational commitment and subjective career success. The dimensions of occupational commitment, affective commitment, normative commitment, economic accumulated cost commitment and emotional accumulated cost commitment were significantly related to subjective career success. However, the dimension of limited alternatives commitment was not correlated to subjective career success (Table 3).

Table 3 Correlations between occupational commitment and subjective career success of the nurses (n = 367)

Occupational Commitment	Subjective Career Success
Overall	0.48**
Affective commitment	0.46**
Normative commitment	0.45**
Economic accumulated cost commitment	0.42**
Emotional accumulated cost commitment	0.35**
Limited alternatives commitment	-0.03

** $p < 0.01$

Discussion

1. Occupational Commitment as perceived by the nurses

The results of this study indicate that the occupational commitment of nurses was at a high level which might be related to different reasons. Firstly, regarding the participants' income, 64.85% of the participants in this study earned more than 4,000 RMB per month which is enough for the cost of living in Xishuangbanna city. When nurses consider leaving the nursing occupation, they may see a loss of income, so they commit to their occupation. Mathieu & Zajac (1990) suggested that higher incomes increase commitment to the organization by enhancing one's self-esteem. The second reason might be the educational level; as the level of education increases, the level of occupational commitment increases (Nogueras, 2006). Nurses with higher education can often perform better in their work, and they are valued by leaders and satisfied with their job. According to Wang, Tao, Ellenbecker, & Liu (2012), occupational commitment was positively associated with job satisfaction. In this study, most participants held an associate's degree (48.5%) or a bachelor's degree (49.6%). These high educational levels may explain why they perceived a high level of occupational commitment. The third reason might be marital status; 65.9% of the participants were married. Married nurses who have family constraints need stable work and income which comes from their current occupation (Pei, 2007). These may be reasons why nurses have a high level of occupational commitment.

The results were inconsistent with previous studies by Jiang et al. (2013) in China which used similar instruments and found nurses' occupational commitment was at a moderate level. The reason for inconsistent findings might be because nurses in these three studies were working in larger tertiary hospitals in developed cities and had a higher workload, which was a stressor, compared to small tertiary hospitals in developing cities. According to Pei (2007) findings, there is a significant negative correlation between nurses' occupational commitment and job stressors. This means the higher the stressor, the lower the occupational commitment. Another reason might be due to

the different organizational cultures from one hospital to another.

2. Subjective Career Success as perceived by the nurses

The results of this study indicated that the subjective career success of nurses was at a moderate level. Half of the participants in this study held an associate's degree (48.5%) and approximately half of them held a bachelor's degree (49.6%). The nurses with these two types of educational levels may perceive subjective career success differently. According to Elmas-Atay (2017), education level is positively related to subjective career success. Nurses who are more educated tend to work better and are more valued by leaders. Therefore, they tend to have better career success when compared to nurses with lower education. These may be reasons why nurses have a moderate level of subjective career success.

These results were inconsistent with a previous study in China by Hu & Luo (2016) which found subjective career success to be at a high level. The results were also inconsistent with a previous study by Han and Wang (2017) which found that nurses perceived subjective career success at a low level. However, these two studies used different measurements. A possible reason for this might be due to the differences in the participants, departments and levels of hospitals.

3. The Relationship between Occupational Commitment and Subjective Career Success

This study found a moderate positive correlation between the occupational commitment and subjective career success of nurses ($r = 0.48$, $p < 0.01$), indicating that nurses who perceived high occupational commitment perceived high subjective career success.

This result was consistent with the previous studies by Karavardar (2014) in the hazelnut processing industry in Turkey, which found that there was a moderate positive correlation between occupational commitment and subjective career success. The result was also consistent with a previous study by Ren et al. (2013) in enterprises in China, which found that there was a moderate positive correlation between occupational commitment and subjective career success. However, it was inconsistent with a study by Yang et al. (2014), who found that there was a strong positive correlation between occupational commitment and subjective career success among university staff. The explanation for the different relationships was the occupation of the participants. Occupational commitment and subjective career success of nurses in China were not similar to other disciplines in other countries.

According to Poon (2004), people who are committed to their occupation should experience more subjective career success (e.g., have more positive feelings for their career) than those who are less committed. Occupational commitment can lead to desirable outcomes associated with one's career. Individuals with a strong sense of occupational commitment may make significant investments in their careers and are therefore willing to put in the extra effort required to attain their career goals, thus, ultimately achieving career success

(Srikanth & Israel, 2012). In this study, the nurses were willing to stay in their occupation, and they believe nursing is a valuable profession. They identified themselves as nurses, were satisfied with their occupation and felt proud and enthusiastic about working as a nurse. Nurses had strong feelings about their obligation or responsibility to stay in the nursing profession or felt that leaving the profession would result in feelings of guilt. Nurses felt that they had invested too many monetary, educational or emotional resources and personal effort to leave. Nurses felt there were also other attractive and possible alternatives available to them, but considering the risks they needed to take to leave the nursing occupation, they preferred to stay in their current occupation (Pei, 2007). All these factors pushed the nurses to make significant investments in their careers and they were, therefore, willing to commit to the extra effort required to attain their career goals; thus, resulting in achieving career success.

It should be noted the results still showed a moderate correlation between occupational commitment and subjective career success. There might be other factors that influence subjective career success other than occupational commitment, such as, age and experience of the participants (Allen, Lentz, & Day, 2006). In this study, 83.1% of participants were aged between 21 to 36 years with an average age of 31.36 years and had been working as a nurse in the hospital for 1 to 10 years (an average number of 9.97 years, SD = 7.00). The participants with more experience will perceive higher occupational commitment which may lead to a stronger correlation with subjective career success.

Conclusions and recommendations

1. Based on the moderate level in some dimensions of occupational commitment, hospitals and nurse administrators should develop various strategies to promote life-long commitment

2. Based on the moderate level of subjective career success among nurses, nurse administrators should develop strategies to acknowledge the high quality of nurses' work and recognize nurses' contributions to the organization and society. Also, they should develop a career plan for nurses as well as encourage nurses to develop nursing knowledge and professional skills in order to enhance their sense of accomplishment.

3. Based on the relationship between occupational commitment and subjective career success, nurse administrators should be aware of the importance of affective commitment, normative commitment and economic and emotional accumulated cost commitment which can improve the subjective career success of nurses. Nurses with a strong sense of occupational commitment will make significant investments in their careers and are, therefore, willing to commit the extra effort required to attain their career goals.

Conclusions and implications

1. This study was conducted in only two tertiary hospitals in Xishuangbanna city. Future

research should be conducted in other types of hospitals (secondary and primary hospitals) since there are differences in the organizational structure, policies, resources and management.

2. As various factors were found to be related to subjective career success from the literature review, including perceived organizational support, leadership behavior, and self-evaluation, future research should include a correlational study on these factors related to subjective career success among nurses.

3. Future research should compare the occupational commitment and subjective career success between permanent and temporary nurses.

References

Abele, A. E., & Spurk, D. (2009). The longitudinal impact of self-efficacy and career goals on objective and subjective career success. *Journal of Vocational Behavior, 74*(1), 53-62.

Allen, T. D., Lentz, E., & Day, R. (2006). Career success outcomes associated with mentoring others: A comparison of mentors and non-mentors. *Journal of Career Development, 32*(3), 272-285.

Best, J. W., & Kahn, J. V. (2003). Descriptive studies: Assessment, evaluation, and research. *Research in Education, 9*(1), 114-158.

Brislin, R. W. (1980) Translation and content analysis of oral and written material. In H. C. Triandis & J. W. Berry (Eds.), *Handbook of cross-cultural psychology: Methodology.* Boston: Allyn and Bacon.

Elmas-Atay, S. (2017). Work values fit and subjective career success: The moderating role of work engagement. *International Review of Management and Marketing, 7*(3), 113-120.

Han, F. P., & Wang, Z. W. (2017). The relationship between the working environment and the sense of career success of nurses in the emergency department. *Chinese Nursing Management, 17*(4), 511-515. (in Chinese)

Hu, Y. J., & Luo, Y. L. (2016). Reliability and validity of career success scale in infusion nursing specialists. *Journal of Nursing (China), 32*(19), 43-47. (in Chinese)

Jiang, Y., Zhang, Y. Q., & Wang, L. (2013). Correlations between turnover intention and occupational commitment among emergency nurses. *PLA Journal of Nursing, 30*(8), 28-30.

Karavardar, G. (2014). Career commitment, subjective career success and career satisfaction in the context of hazelnut processing industry in Giresun/Turkey. *International Journal of Business and Management, 9*(6), 98.

Mathieu, J. E., & Zajac, D. M. (1990). A review and meta-analysis of the antecedents, correlates, and consequences of organizational commitment. *Psychological Bulletin, 108*(2), 171.

Nogueras, D. J. (2006). Occupational commitment, education, and experience as a predictor of intent to leave the nursing profession. *Nursing Economics, 24*(2), 86.

Pei, Y. (2007). *Study on occupational commitment level and influencing factors of turnover of nurses.* Shanghai: Second military medical university. (in Chinese)

Poon, J. M. (2004). Career commitment and career success: Moderating role of emotion perception. *Career Development International, 9*(4), 374-390.

Ren, H., Wen, Z. L., & Chen, Q. S. (2013). The influence of psychological capital on the career success of enterprise employees: The mediating effect of occupational commitment. *Journal of Psychological Science, 36*(4), 960-964.

Shockley, K. M., Ureksoy, H., Rodopman, O. B., Poteat, L. F., & Dullaghan, T. R. (2016). Development of a new scale to measure subjective career success: A mixed methods study. *Journal of Organizational Behavior, 37*(1), 128-153.

Srikanth, P. B., & Israel, D. (2012). Career commitment & career success: Mediating role of career satisfaction. *Indian Journal of Industrial Relations, 48,* 137-149.

Wang, L., Tao, H., Ellenbecker, C. H., & Liu, X. (2012). Job satisfaction, occupational commitment and intent to stay among Chinese nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing, 68*(3), 539-549.

Xu, J. J., Shang, L. P., & Luo, Z. L. (2010). Study on impact of self-efficacy group guidance on nurses' career condition. *Nursing Management in China, 10*(5), 30-34.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introduction analysis.* New York: Harper and Row.

Yang, S., Zhou, Y., & Yu, G. L. (2014). Research on career calling, career commitment and career success: Taking the "985" college female professors as an example. *Research on Institutional Economics, 2014,* 176-194. (in Chinese)

Critical and Chronic Care Nurses' Attitudes Toward End-of-Life Care*
ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง*

ลี่หง	หยาง **	Lihong	Yang **
อัจฉรา	สุคนธสรรพ์ ***	Achara	Sukonthasarn ***
สุภารัตน์	วังศรีคูณ ****	Suparat	Wangsrikhun ****

Abstract

This descriptive study aimed to explore attitudes toward end-of-life care among critical and chronic care nurses in Yunnan Province, the People's Republic of China. Purposive sampling was used to recruit 106 participants who were critical care nurses and 98 participants who were chronic care nurses from two tertiary hospitals in Yunnan from April to June, 2020. Measurement tools included a Demographic Data Record Form and the Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale, Form B, Chinese Version (FATCOD-B-C). The internal consistency of the Chinese version of the tool was checked and the Cronbach's alpha was .81. Descriptive statistics and an independent T-test were used for data analysis.

The results of this study showed that the mean scores for attitudes toward end-of-life care among critical care nurses and chronic care nurses were 95.85 (SD = 8.64) and 98.99 (SD = 7.57), respectively. Only four critical care nurses (3.77%) and three chronic care nurses (3.06%) had positive attitudes toward end-of-life care. There was a statistically significant difference between the attitudes toward end-of-life care between critical care nurses and chronic care nurses ($t [202] = 0.30$, $p < .05$).

Results of this study suggests the need for conducting qualitative studies to explore Chinese nurses' feelings toward provision of end-of-life care to understand their points of view, especially for those who have positive attitudes. The strategies used to overcome conflicts arising from formal beliefs in traditional Chinese culture should be explored.

Keywords: Attitudes toward end-of-life-care, Critical care nurses, Chronic care nurses

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate Student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: achara.su@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 2 September 2021; Revised 10 October 2021; Accepted 27 October 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มุ่งสำรวจทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตและพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังในมลฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง อย่างเจาะจงได้อาสาสมัครเป็นพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตจำนวน 106 คน และพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังจำนวน 98 คน จากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 โรงพยาบาลในมลฑลยูนนาน เก็บข้อมูลจากเดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2020 เครื่องมือประเมินประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของ Frommelt ฉบับภาษาจีน (FATCOD-B-C) เครื่องมือฉบับภาษาจีนนำไปหาค่าความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาร์ค .81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และ การทดสอบทีในกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต และพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังเท่ากับ 95.85 (SD=8.64) และ 98.99 (SD=7.57) ตามลำดับ โดยพบผู้ที่มีทัศนคติด้านบวกต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเป็นพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 4 คน (ร้อยละ 3.77) และพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง 3 คน (ร้อยละ 3.06) ทั้งนี้ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างจากของพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t [202] = 0.30$, $p < .05$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นความต้องการงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อสำรวจความรู้สึกของพยาบาลจีนต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่นำไปสู่ความเข้าใจมุมมองของพวกเขา โดยเฉพาะผู้ที่มีทัศนคติทางบวก กลยุทธ์ที่พวกเขาใช้เอาชนะความขัดแย้งจากความเชื่อตามวัฒนธรรมจีนดั้งเดิมควรได้รับการศึกษาเจาะลึก

คำสำคัญ: ทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต พยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: achara.su@cmu.ac.th
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 2 กันยายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 10 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2564

Background and significance

End-of-life care is a specific component of palliative care that refers to the care provided during the stage of dying which is usually defined as the last days and hours of life (Bükki, Neuhaus, & Paal, 2016). With advances in medicine and technology, death can be delayed (Rolland, 2017). However, the "inevitability" of death is real. No one can avoid death. Studies have showed that the process of death has undergone tremendous changes in the past few decades. In the past, most patients died at home, but nowadays more and more patients are dying in hospitals. Almost all nurses have to take care of dying patients at least once during their careers (Cui, Shen, Ma, & Zhao, 2011). In the future, nurses will have more opportunities to perform end-of life care for dying patients in hospitals.

High-quality end-of-life care to ensure good death is not only important for acute, seriously ill patients, but also for chronic elderly patients as well. According to an Institute of Medicine report, a good death is one that is "free from avoidable distress and suffering for patient, family, and caregivers, in general accord with the patient's and family's wishes, and reasonably consistent with clinical, cultural, and ethical standards" (Field & Cassel, 1977). Promoting the dignity of dying patients, preserving their hopes, and providing comfort have to be included (Zheng, Guo, Dong, & Owens, 2015). By mean of proper communication with patients and families, they will understand about illness trajectory and treatment plan. Appropriate treatment plan and end-of-life preparation can be made possible to ensure good quality of life (Siriloadjanamanee, Soivong, & Phornphibul, 2019).

Some patients wander between illness and dying. No matter how the disease progresses, there comes a time when life comes to an end. End-of-life care is the end point of uncured palliative and hospice care. When approaching death is inevitable, end-of-life care is extremely important. Nurses are expected to care for many patients at their end-of-life stage. Care of the dying can provoke many undesired emotions and attitudes that reflect on the quality of patients' care (Hasheesh, AboZeid, El-Said, & Alhujaili, 2013).

Providing good end-of-life care requires an inner commitment from the nurses who are involved, and that depends on how these nurses view death and persons who are dying. Nurses' views toward caring for dying persons could be described by their attitude (Hasheesh et al., 2013). According to Peter et al. (2013), attitudes are formed as a result of evaluating a particular entity with some degree of favor or disfavor, and attitudes are expected to change over time due to experience. These attitudes are attached to human emotions, and to actions. In this case, death and caring for dying patients.

According to Chinese culture, death is always regarded as a negative life event, as the loss of life is believed to be forever when death occurs. Death is a taboo subject in Chinese culture. Therefore, most Chinese people, including nurses, avoid thinking or talking about death (Xu, 2007; Zheng et al., 2015). At times when such a topic must be brought up and discussed

seriously, for example if a patient's life is seriously threatened, feelings of anxiety, stress, distress, and even panic are not uncommon among all those involved, including nurses (Xu, 2007).

Caring for dying patients is a challenge for Chinese nurses to which they are frequently exposed. This experience often gives rise to anxiety and undesired attitudes that reflect on the quality of patients' care. In other words, nurses' attitudes toward dying patients may affect the quality of care they provide to those dying patients (Peters et al., 2013). Nurses are involved in end-of-life care, but little is known regarding their attitudes toward such care. In addition, death trajectories in critical and chronic care services are different, as deaths in critical care services are sudden and usually unexpected whereas deaths in chronic care services gradually approach and can sometimes be anticipated. These trajectories may possible affect nurses' attitudes. Understanding nurses' attitudes in specific situations can therefore predict the quality of end-of-life care that patients may receive.

This study aimed to describe attitudes toward end-of-life care among critical care nurses and chronic care nurses in tertiary hospitals in Lincang City, Yunnan Province, the People's Republic of China. In addition, the differences in attitudes between critical care nurses and chronic care nurses were explored.

Objectives

1. To identify attitudes toward end-of-life care among critical care nurses;

2. To identify attitudes toward end-of-life care among chronic care nurses; and

3. To examine the differences in attitudes toward end-of-life care between critical care nurses and chronic care nurses.

Research questions

1. What are the attitudes toward end-of-life care among critical care nurses?

2. What are the attitudes toward end-of-life care among chronic care nurses?

3. Is there any difference in attitudes toward end-of-life care between critical care nurses and chronic care nurses?

Conceptual framework

The conceptual framework of this study is based on the literature review. Everyone expects a good and dignified death; therefore, high quality end-of-life care is needed. Whether in critical care or chronic care services, death can be anticipated at any time. Nurses have vital roles in promoting dying patients' dignity, maintaining their hopes, and providing the best possible comfort for them. To fulfill their roles effectively, nurses should have good attitudes toward end-of-life care. Understanding nurses' attitudes in specific situations, for both critical and chronic care services, can predict the quality of end-of-life care that patients receive. In addition, improving good attitudes toward end-of-life care for such services is possible.

Methodology

Population and sampling

In Lincang, there are two tertiary hospitals,

Lincang People's Hospital and Yunxian People's Hospital, with a total of 339 nurses between the two, including 176 critical care nurses (working in ICU, EICU, and CCU) and 163 chronic care nurses (working Oncology, Neurology, Geriatrics, and Nephrology).

According to Krejcie and Morgan's formula (1970), the sample size for this study was 180 nurses. Considering the possible missing data due to low return rate of subjects, 20% was added. Therefore, there were 216 total participants for this study. Applying the proportional stratified random sampling to recruit participants from target hospitals and departments, 112 critical care nurses and 104 chronic care nurses were selected for this study. Inclusion criteria for this study participants were having worked at least one year in critical care departments or chronic care departments and being willing to participate in the study.

Proportional stratified random sampling was used to select samples from target hospitals and departments. The 216 questionnaires were issued and 210 were recovered within time. Among the returned questionnaires, six were majorly incomplete, and therefore, were dropped from the study. Finally, the available samples were 204 (94.44% of the purposed samples) composed of 106 critical care nurses and 98 chronic care nurses.

Research instruments

The instruments used in this study were composed of two parts: The Demographic Data Record Form (including age, gender, marital status, ethnicity, religion, education, years of working, and end-of-life training) and The Chinese Version of the Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale, Form B (FATCOD-B-C), originally developed by Frommelt in 1988 and published in 1991, based on the hospice concept of care, and including a didactic section based on Kubler-Ross' stages of death and dying. It was translated into Chinese by Li-Ping Wang, Ya-Jie Li, Wen-Zhen Yan, and Guan-Mei Li. The FATCOD-B-C, a 5-point Likert scale questionnaire (1=Strongly disagree, 2=Disagree, 3=Uncertain, 4=Agree, and 5=Strongly Agree for positive items [13 items] and 5=Strongly disagree, 4=Disagree, 3=Uncertain, 2=Agree, and 1=Strongly Agree for negative items [16 items]), consisted of 29 items. Its overall content validity index was 0.92 (Wang, Li, Yan, & Li, 2016).

The reliability was tested on 15 nurses who had similar characteristics with the participants, and the Cronbach's alpha coefficient was .81. Possible scores on the FATCOD-B-C were 29-145. From the 5-point Likert scale, a positive attitude from the score of each item should be 4 or more. Therefore, a total score of 116 or more was set as the cut-off point to determine positive attitudes whereas a score less than 116 was considered to be either a neutral attitude (59-115) or negative attitude (equal to or less than 58) in this study.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Permission for data collection was obtained from Lincang People's Hospital and Yunxian People's Hospital in Lincang City. Detailed information regarding

the study was provided to the target population and clarification was made. Written consent forms were signed by those who agreed to participate in this study. They were told that they had the right to participate in or quit from this study at any time without any negative impact on their benefits or future career. In addition, only a code number was used for data checking and analysis. Voluntariness, privacy, and confidentiality were ensured.

Data collection

After the study was approved and permission for data collection was obtained, a package of research documents was distributed to all participants. They were told to read the study documents, sign the consent form, complete the questionnaires, and then put the signed consent form and completed questionnaires in separate locked boxes placed in front of the nursing divisions during a time convenient for them, individually and independently without discussion with others. The consent forms and questionnaires were collected and checked by the researchers after two weeks. The response rate for the questionnaires was 210 (97.22%). Six of the questionnaires were dropped due to major incompleteness, and 204 questionnaires were analyzed. Finally, the participants in this study were composed of 106 critical care nurses and 98 chronic care nurses.

Data analysis

The data was analyzed using SPSS 13.0, English version. Descriptive statistics, Pearson's Chi-square or Fisher's Exact Test, and the independent t-test were used.

Results

According to Table 1, the majority of critical care participants and chronic care participants in this study were females aged 20-40 years (Mean = 29.55, SD = 5.95) and married. Most of them were no religion. The educational backgrounds of both groups were similar as almost half of them had an associate's degree whereas another half had a bachelor's degree. For work experience, most of them had less than 10 years. Almost all of them had taken an end-of-life training course or a related course in which end-of-life was part of the training. There was no statistically significant difference in the demographic characteristics between critical care participants and chronic care participants as tested by Pearson's Chi-square or Fisher's Exact Test (whichever was appropriate).

Attitudes toward end-of-life care among the 106 critical care nurses ranged between 76 and 124 with a mean of 95.85 (SD = 8.64) and only 4 nurses (3.77%) had positive attitudes (Table 2). Similarly, attitudes toward end-of-life care among 98 chronic care nurses ranged between 82 and 125 with a mean of 98.99 (SD = 7.57) and only 3 nurses (3.06%) had positive attitudes (Table 2). However, the top three and the lowest three mean score items between the two groups were similar (Table 3).

As shown in Table 4, there was statistically significant difference between attitudes of critical care nurse participants (mean 95.85, SD 8.64) and chronic care nurse participants (mean 98.99, SD 7.57) toward end-of-life care ($t [202] = 0.30$, $p < .01$).

Table 1 Demographic characteristics of critical care nurses and chronic care nurses

Demographic Characteristics	Critical Care Nurses (n = 106) n (%)	Critical Care Nurses (n = 98) n (%)	X^2	p
Age[a] (years)	Range 23-51, M 29.55 (SD 5.95)	Range 22-57, M 31.23 (SD 7.48)	1.45	.23
20-40	100 (94.34)	88 (89.80)		
41-60	6 (5.66)	10 (10.20)		
Gender[a]				
Female	90 (84.91)	91 (92.86)	3.22	.07
Male	16 (15.09)	7 (7.14)		
Marital Status[a]				
Single	27 (25.47)	20 (20.41)	0.78	.68
Married	69 (65.09)	69 (70.41)		
Others	10 (9.44)	9 (9.18)		
Ethnic[a]				
Han	62 (58.49)	62 (63.27)	0.49	.48
Others	44 (41.51)	36 (36.73)		
Religion[b]				
No	104 (98.12)	95 (96.94)	0.29	.59
Yes	2 (1.88)	3 (3.06)		
Education[a]				
Diploma	9 (8.49)	5 (5.10)	1.43	.49
Assoc. Degree	52 (49.06)	45 (45.92)		
Bachelor	45 (42.45)	48 (48.98)		
Years of Work[a]				
2-10	90 (84.91)	75 (76.53)	2.44	.29
11-20	10 (9.43)	13 (13.27)		
>20	6 (5.66)	10 (10.20)		
EoL Training[a]				
Special course	31 (29.24)	25 (25.51)	1.87	.39
Related course	64 (60.38)	67 (68.37)		
None	11 (10.38)	6 (8.33)		

[a] Pearson's Chi-square [b] Fisher's Exact Test

Table 2 Attitudes toward end-of-life care among critical care nurses and chronic care nurses

Demographic Characteristics	Critical Care Nurses (n = 106)			Chronic Care Nurse s (n = 98)		
	n (%)	Attitudes Mean (SD)	Participants with Positive Attitudes	n (%)	Attitudes Mean (SD)	Participants with Positive Attitudes
Total	106 (100)	95.85 (8.64)	4 (3.77)	98 (100)	98.99 (7.57)	3 (3.06)

Table 3 Top three and lowest three items for mean score attitudes toward end-of-life care among critical care nurses and chronic care nurses

Items	Critical Care Nurse Mean (SD)	Chronic Care Nurse Mean (SD)
11. The family should be involved in the physical care of the dying person.	4.26 (0.54)	4.32 (0.59)
17. Families should be concerned about helping their dying member make the best of his/her remaining life.	4.24 (0.66)	4.35 (0.64)
4. Caring for the patient's family should continue throughout the period of grief and bereavement.	4.17 (0.59)	4.21 (0.74)
25. I would be uncomfortable if I entered the room of a terminally ill person and found him/her crying.	2.19 (0.83)	2.27 (0.81)
10. When a patient asks, "Am I dying?", I think it is best to change the subject to something cheerful.	2.14 (0.89)	2.16 (0.78)
8. I would be upset when the dying person I was caring for gave up hope of getting better.	2.01 (0.64)	2.05 (0.68)

Table 4 Comparison of attitudes toward end-of-life care between critical care nurses and chronic care nurses

Attitudes Toward End-of-Life Care					
Critical Care Nurses		Chronic Care Nurses			
Mean	SD	Mean	SD	t	p
95.85	8.64	98.99	7.57	0.30	.006

Discussion

Attitudes toward end-of-life care among critical care nurses

In this study, critical care nurses were those who worked in ICU, EICU and CCU. Their mean score for attitudes toward end-of-life care

was 95.85 with a SD of 8.64 (Table 2). The result was quite similar to results of previous studies done with Chinese emergency nurses working in tertiary hospitals (Liu, Zhang, Xiao, Zhang, & He, 2019; Qi & Liu, 2017). Mean scores for attitudes toward end-of-life care in their studies were 95.13 (SD 7.99) and 98.35 (SD 8.91), respectively.

In general, attitudes toward end-of-life care of critical care nurses in this study (mean 95.85, SD = 8.64) were neutral. In addition, only 4 of them (3.77%) were considered as having positive attitudes. Possible explanations included adherence to traditional Chinese culture, priority of care, and insufficient training.

Firstly, in Chinese culture, death is always regarded as a negative life event. To the Chinese, death is not usually considered another phase of life (i.e., the afterlife) as many other religions believe. In other words, life is lost forever when death occurs. Due to this dominant view, talking about death or even mentioning it in conversations is one's fate. As a result, death is a taboo subject in Chinese culture, and this affects the fabric of everyday life. The Chinese even try to avoid thinking and talking about death (Xu, 2007). They believe that talking about death will upset their inner harmony and invoke bad luck. Therefore, most Chinese, including nurses, are reluctant to discuss death (Zheng et al., 2015). During times when death must be brought up and discussed seriously, for example, if a patient's life is seriously threatened, feelings of anxiety, stress, distress, and even panic are not uncommon among all people involved (Xu, 2007).

Because of the above reasons, participants in this study had a difficult time discussing issues associated with death and dying, not only with a health care team, but also with the dying patients and their families. In addition, from a Chinese perspective, the concept of a living will is foreign, and therefore, culturally inappropriate. Discussing death is generally intentionally avoided by healthcare staff (Liang, Liang, Wang, Xu, & Wu, 2018). Therefore, healthcare decisions after patients become incompetent are left to the family. Usually, the family is reluctant to tell the patient facts about death, and even request health care staff to keep this information away from them (Liu et al., 2019). From a Chinese perspective, hiding the truth from the patient by telling a white lie is expected from healthcare professionals. The rationale for such practice is that the patient may not be able to "handle the truth," which consequently hinders the treatment and hastens the dying process. Only the family is told the truth regarding the patient's terminal diagnosis.

There are culture-based expectations of the family during the dying process and when death occurs. Chinese culture is collectivist so, the illness of a loved one affects every family member, who usually demonstrate their love by taking turns at the bedside and caring for the sick around the clock. Because of the central role of the family in Chinese culture, it has long been a tradition for the family to care for the sick and dying, with no questions about devotion and commitment (Xu, 2007). As confirmed by this study, the top three highest agreement items among critical care nurses

were "The family should be involved in the physical care of the dying person" (mean 4.26, SD 0.54); "Families should be concerned about helping their dying member make the best of his/her remaining life" (mean 4.24, SD 0.66); and "Caring for the patient's family should continue throughout the period of grief and bereavement" (mean 4.17, SD 0.59) (Table 3).

Secondly, the ultimate goal for a critical care department is to save the lives of critically ill patients, and this goal influences the attitudes of a health care team and critical care nurses, as well. In addition, as mentioned earlier, Chinese strongly believe that death is the loss of life forever. To the Chinese, heroic measures to sustain and prolong life should be implemented and sustained at all cost because death is almost always perceived as a negative life event. Therefore, preserving and prolonging life should be seriously aimed for (Xu, 2007).

Filial piety (孝, xiào) is a core value in traditional Chinese culture. The idea follows from the fact that parents give life to their children, and support them throughout their developing years. After receiving all these benefits, children are thus forever in debt to their parents. In order to acknowledge this eternal debt, children must respect, serve, and take the best care of their parents for their whole lives (Mack, 2020). As a result, children of a dying Chinese parent may push for aggressive treatment throughout an illness to honor their duty to their parent (Zheng et al., 2015). Therefore, prolonging life and life rescuing are often requested by families of critically ill patients. Nevertheless, in critical care situations, almost all patients have unstable condition and have to use life support equipment and procedures which keeps critical care nurses busy all day long. They have high workloads with the priority of saving their patients' lives. No matter how much effort they dedicate, patients' death approaches inevitably. Moreover, at the time they have to provide end-of–life care for the dying patients, there may be another critically ill patient with a life threatening condition who needs immediate resuscitation. Therefore, it becomes more difficult for nurses to find enough time to provide end-of-life care for dying patients. The nurses have to devote themselves to the urgent, intensive rescue work expected by the patients' families rather than arranging for quality of end-of-life care for patients approaching death. Therefore, critical care nurses usually prioritize aggressive resuscitation before provision of end-of-life care. As confirmed by this study, the lowest three items (highest agreement in negative items) among critical care nurses were "I would be upset when the dying person I was caring for gave up hope of getting better" (mean 2.01, SD 0.64); "When a patient asks, "Am I dying?" I think it is best to change the subject to something cheerful" (mean 2.14, SD 0.89); and "I would be uncomfortable if I entered the room of a terminally ill person and found him/her crying" (mean 2.19, SD 0.83).

Thirdly, critical care nurse participants in this study might had insufficient training to improve their attitudes towards end-of-life care, even though a majority of them had an associate's degree or more (97, 91.51%) and a

lot of them had been trained in either specific (31, 29.24%) or related courses (64, 60.38%). However, the trainings in China, according to the researcher's experience, were generally lectures that were provided mostly by physicians without hands-on practice to equip them with enough experience. Such trainings were insufficient and not specific enough to improve attitudes towards end-of-life care. As confirmed by Dunn, Otten, & Stephens (2005), the more time nurses spend in contact with terminally ill or dying patients, the more positive attitudes about end-of-life care they reported. Although all treatments are futile and death is gradually approaching, some patients and their families remain full of hope and look for survival at the end point. Most nurses feel guilty and frustrated because death is incompatible with the critical care department's life-saving goals. Studies on nurses' attitudes towards caring for terminally ill persons showed that dealing with death and dying evoked nurses' negative emotions (Leombruni, Miniotti, Bovero, & Castelli, 2013). In addition, because open communication about death is considered undesirable for most people in China (Zheng et al., 2015), specific nursing training is needed to increase competency that may influence nurses' attitudes.

Attitudes toward end-of -life care among chronic care nurses

In this study, chronic care departments included Oncology, Neurology, Geriatric and Nephrology departments. The mean score for attitudes towards end-of-life care among chronic care nurses was 98.99 (SD 7.57) (Table 2). The result was lower than an Israeli study (Braun, Gordon, & Uziely, 2010) which found the mean score for attitudes toward end-of-life care was 125.7 (SD 12.4) among oncology nurses. Nurses in their study had positive attitudes. Their explanation focused on the nature of chronic care which is usually provided to those suffering chronic or end-stage diseases, where the trajectory of death can be predicted at a certain level. Chronic care nurses may have enough time to plan and usually have more experience in palliative and end-of-life care. However, their results were different from this study. This might be due mostly to the different cultural view towards death and dying between Israelis and Chinese. Judaism emphasizes the current life, and the meaning of actions stem from their role in this world. For Jewish people, the idea of death as a passage to a better afterlife may be less central and, therefore, may provide less meaning to death than in other beliefs (Braun et al., 2010).

Attitudes toward end-of-life care of chronic care nurses in this study were neutral but not positive. In addition, only 3 of them (3.06%) were considered as having positive attitudes. Possible explanations included adherence to traditional Chinese culture and insufficient training.

According to adherence to traditional Chinese culture, chronic care nurses faced the same situation as critical care nurses. As confirmed by this study, the top three items with highest agreement among chronic care nurses were "Families should be concerned about helping their dying member make the

best of his/her remaining life" (mean 4.35, SD 0.64); "The family should be involved in the physical care of the dying person" (mean 4.32, SD 0.59); and "Caring for the patient's family should continue throughout the period of grief and bereavement" (mean 4.21, SD 0.74), all of which were similar to those of the critical care nurses.

Secondly, chronic care nurse participants in this study had insufficient training on improving their attitudes towards end-of-life care although most of them had associate's degrees or higher (93, 94.90%) and a lot of them had been trained in either specific (25, 25.51%) or related courses (67, 68.37%). However, training regarding end-of-life care in China had some limitations as discussed above. In addition, it was common for Chinese families of chronic disease patients to request unnecessarily aggressive treatment throughout an illness and life rescue when approaching the dying process of their parent to fulfill their duty as good children (Zheng et al., 2015). In those tough situations, nurses needed enough knowledge and experience to deal properly with the situation. As death is gradually approaching, some patients and their families still cannot accept the situation. It was found that nurses commonly had negative emotions and attitudes when taking care of terminally ill persons (Leombruni et al., 2013). As confirmed by this study, the three items with the lowest scores (highest agreement in negative items) among critical care nurses were "I would be upset when the dying person I was caring for gave up hope of getting better" (mean 2.05, SD 0.68); "When a patient asks, "Am I dying?" I think it is best to change the subject to something cheerful" (mean 2.16, SD 0.78); and "I would be uncomfortable if I entered the room of a terminally ill person and found him/her crying" (mean 2.27, SD 0.81) (Table 4). All of the these were similar to those of the critical care nurses. Such negative emotions and attitudes would affect the quality of their end-of-life care.

Difference of attitudes toward end-of-life care between critical care nurses and chronic care nurses

The results of this study showed a statistically significant difference between attitudes of critical care nurses (mean 95.85, SD 8.64) and chronic care nurses (mean 98.99, SD 7.57) toward end-of-life care ($t [202] = 0.30$, $p < .01$) (Table 4) which indicated that attitudes toward end-of-life care of critical care nurses were lower than those of chronic care nurses. However, such attitudes in both groups were at a neutral level. The main reason for not having positive attitudes toward end-of-life in both groups might be due to an adherence to Chinese traditional culture and insufficient training on end-of-life care.

The differences between attitudes toward end-of-life between critical care nurses and chronic care nurses might be based on the goals for treatment in different departments and available time as critical care nurses are more likely to move toward aggressive resuscitation and rescue whereas chronic care nurses are more concerned with palliative care. Goals for caring might shape attitudes of staff working in such departments as

described above. The nursing care culture of their workplace affect their attitudes toward caring for dying patients (Henoch, et. al., 2014).

Conclusions and recommendations

The results of this study reveal room for improvement regarding attitudes toward providing care for dying patients. Appropriate end-of-life trainings should be designed. Hands-on practice during training and consultation need to be included. Time allocation for trainings should be provided.

Conclusions and implications

The researchers recommend conducting a qualitative study to explore nurses' feelings toward provision of end-of-life care in order to understand nurses' points of view. Moreover, the group of nurses who had positive attitudes regarding end-of-life care should be interviewed in-depth to explore their strategies for overcoming conflicts arising from formal beliefs in traditional Chinese culture.

References

Braun, M., Gordon, D., & Uziely, B. (2010). Associations between oncology nurses' attitudes toward death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum, 37*(1), e43-e49.

Bükki, J., Neuhaus, P. M., & Paal, P. (2016). End of life care in nursing homes: Translating focus group findings into action. *Geriatric Nursing, 37*(6), 440-445.

Cui, J., Shen, F., Ma, X., & Zhao, J. (2011). What do nurses want to learn from death education? A survey of their needs. *Oncology Nursing Forum, 38*(6), e402-e408.

Dunn, K. S., Otten, C., & Stephens, E. J. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology nursing forum, 32*(1), 97-104.

Field, M. J., & Cassel, C. K. (1997). *Approaching death: Improving care at the end of life.* Washington, DC: National academy press.

Hasheesh, M. O. A., AboZeid, S. A., El-Said, S. G., & Alhujaili, A. D. (2013). Nurses' characteristics and their attitudes toward death and caring for dying patients in a public hospital in Jordan. *Health Science Journal, 4*(7), 384-394.

Henoch, I., Browall, M., Melin-Johansson, C., Danielson, E., Udo, C., Sundler, A. J., . . . Strang, S. (2014). The Swedish version of the Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale: Aspects of validity and factors influencing nurses' and nursing students' attitudes. *Cancer Nursing, 37*(1), e1-e11.

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Liang, Y., Liang, H., Wang, J., Xu, H., & Wu, B. (2018). End-of-life care preference: Examination of Chinese adults with children and those who lost their only child. *Journal of Palliative Medicine, 21*(11), 1-8.

Liu, Y., Zhang, Y., Xiao, T., Zhang, X. H., & He, C. Y. (2019). Correlation between attitudes toward death and attitudes of hospice care in emergency nurse. *Journal of Occupation and Health, 35*(11), 1491-1494. (in Chinese)

Leombruni, P., Miniotti, M., Bovero, A., & Castelli, L. (2013). Attitudes toward caring for dying patients: An overview among Italian nursing students and preliminary psychometrics of the FATCOD-B scale. *Journal of nursing education and practice, 4*(3), 188-196.

Mack, L. (2020). *Filial piety: An important Chinese cultural value.* Retrieved from https://www.thoughtco.com/filial-piety-in-chinese-688386

Peters, L. A., Cant, R. L., Payne, S. A., O'Connor, M., McDermott, F. W., Hood, K. L., . . . Shimoinaba, K. (2013). How death anxiety impacts nurses' caring for patients at the end of life: A review of literature. *The Open Nursing Journal, 7*(1), 14-21.

Qi, Y. Y., & Liu, Y. (2017). A survey of attitudes of nurses toward taking care of the dying patients and its influencing factors. *China Journal of Nursing Education, 14*(4), 310-313. (in Chinese)

Rolland, R. A. (2017). Emergency room nurses transitioning from curative to end-of-life care. *Journal of the New York State Nurses Association, 45*(1), 13-20.

Siriloadjanamanee, K., Soivong, P., & Phornphibul, P. (2019). Breaking bad news in palliative care: Integrative review. *Nursing Journal, 46*(3), 71-81. (in Thai)

Wang, L., Li, Y., Yan, W., & Li, G. (2016). Development and psychometric testing Chinese version of the Frommelt Attitudes Toward Care of the Dying Scale, Form B in nurses and nursing students. *Journal of Cancer Education, 31,* 123-130.

Xu, Y. (2007). Death and dying in the Chinese culture: Implications for health care practice. *Home Health Care Management & Practice, 19*(5), 412-414.

Zheng, R., Guo, Q., Dong, F., & Owens, R. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies, 52*(1), 288-296.

Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding ICU Delirium, Kunming Tertiary Hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China*

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติของพยาบาลเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียู โรงพยาบาลระดับตติยภูมิเมืองคุนหมิง มลฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน*

ยิจิง	ลี่ **	Yijing	Li **
อัจฉรา	สุคนธสรรพ์ ***	Achara	Sukonthasarn ***
สุภารัตน์	วังศรีคูณ ****	Suparat	Wangsrikhun ****

Abstract

A descriptive correlational research design was used in this study to explore the level of knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium among nurses who worked at Kunming Tertiary Hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China, as well as to determine the relationship between them. Purposive sampling was applied to recruit 256 participants. Measurement tools were composed of the Demographic Data Record Form, the Critical Care Nurses Knowledge of Delirium Scale (CCNKDS), the Attitude of ICU Nurses Towards Delirium (AINTD) and the Critical Care Nurse Practice Skills of Delirium Management Scale (CCNPSDMS). The Chinese version of each instrument was used, with Cronbach's alpha coefficients of .913, .802 and .922, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation test.

The results of this study were as follows:

1. Participants had knowledge regarding ICU delirium at a high level (M = 65.61, SD = 7.83);

2. Participants had a neutral attitude towards ICU delirium (M = 23.04, SD = 2.40);

3. Participants had practice regarding ICU delirium at a fairly low level (M = 114.84, SD = 27.44); and

4. Participants' knowledge and attitudes had a weak positive relationship with practices regarding ICU delirium ($r_s = .245$, $p < .01$ and $r_s = .176$, $p = .05$, respectively).

Further research should be done to explore factors influencing nurses' attitudes and practices regarding ICU delirium. Interventions should be done accordingly to improve attitudes and practices regarding ICU delirium among nurses, as well as to lower the incidence of ICU delirium.

Keywords: ICU delirium, Knowledge, Attitude, Practice, Critical Care Nurses

---

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate Student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: achara.su@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 5 August 2021; Revised 6 September 2021; Accepted 8 September 2021

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณาหาความสัมพันธ์เพื่อสำรวจระดับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียูของพยาบาลที่ทำงาน ณ. โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เมืองคุนหมิง มลฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน รวมทั้งหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าว คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างอย่างเจาะจง จำนวน 256 คน เครื่องมือประเมินประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้ของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน แบบวัดทัศนคติของพยาบาลไอซียูเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน และแบบวัดทักษะปฏิบัติของพยาบาลวิกฤตเกี่ยวกับภาวะสับสนเฉียบพลัน เครื่องมือฉบับภาษาจีนที่ใช้มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาร์ค .913, .802 และ .922 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติสหสัมพันธเชิงอันดับของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา มีดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียูในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 65.61 และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.83)

2. กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียูในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 23.04 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.40)

3. กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียูในระดับค่อนข้างต่ำ (ค่าเฉลี่ย 114.84 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 27.44) และ

4. ความรู้และทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในระดับต่ำกับการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียูของพยาบาล ($rs = .245$, $p < .01$ และ $rs = .176$, $p = .05$ ตามลำดับ)

ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียูของพยาบาล และควรมีการจัดกระทำเพื่อยกระดับทัศนคติและการปฏิบัติเกี่ยวกับภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียูของพยาบาล เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียู

คำสำคัญ: ภาวะสับสนในผู้ป่วยไอซียู ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ พยาบาลวิกฤต

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: achara.su@cmu.ac.th
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 5 สิงหาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 6 กันยายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 8 กันยายน 2564

Background and significance

Critically ill patients usually suffer from not only life-threatening conditions, but also continuously complex treatments. Physical and/or psychological complications, especially delirium, are commonly found (Alasad, Tabar, & Ahmad, 2015). Intensive care unit (ICU) delirium is defined as a disturbance of consciousness characterized by acute onset and fluctuating course of inattention accompanied by either a change in cognition or a perceptual disturbance in a short period of time in ICU (American Psychiatric Association, 2013). Globally, the incidence of delirium in ICU was higher than in other units, at 33% to 80 %, respectively (Kallenbach & Amado, 2017).

Delirium was an independent predictor of poor outcomes in ICUs. Various negative consequences associated with ICU delirium were confirmed, including increased accidental extubation rate, days spent on ventilators, length of both ICU and hospital stay, long-term cognitive impairment and higher mortality (Tang, 2018). Moreover, taking care of patients with ICU delirium not only increases nurses' workload, but also increases their psychological burden and occupational injury. Lastly, ICU delirium is directly related to additional hospitalization costs (Xing, Sun, Jie, Yuan, & Liu, 2017).

Prevention of ICU delirium is a significant feature of critical care and an essential aspect to enhance the quality of care in ICUs worldwide (Kallenbach & Amado, 2017). The most effective measures for controlling ICU delirium among critically ill patients are composed of screening and preventing in high-risk groups, early detection and appropriate management (Ke et al., 2019). Nurses play the foremost role in screening, preventing, detecting and managing ICU delirium, as well as improving prognosis and outcomes for delirium patients through their performance (Tang, 2018).

Regardless of the existence of guidelines, nurses' inappropriate and inadequate practices regarding ICU delirium are still reported globally. To comprehensively explore human behaviors, the knowledge, attitudes, and practices (KAP) model has been widely used. Generally, studies applying the KAP model have confirmed the effect of knowledge and attitudes on practice (Schwartz, 1976). Insufficient knowledge of ICU delirium was found as a factor influencing nurses' preventive practices for high-risk patients (Lee, Park, & Kim, 2016). In addition, nurses' attitudes played an important role in prevention and management practices regarding ICU delirium (Monfared, Soodmand, & Ghasemzadeh, 2017).

Nurses' knowledge regarding ICU delirium refers to the familiarity, awareness, or understanding of ICU delirium-related information that they have gained from formal and informal education and/or experiences. This includes diagnostic criteria, influencing/risk factors, classification, manifestation, impacts, and management of ICU delirium. Such knowledge is vital for early prevention and optimal control of ICU delirium (Tang, 2018).

Nurses' attitudes regarding ICU delirium refers to nurses' opinions and feelings/emotions towards ICU delirium. A positive attitude is the basic premise of providing quality nursing

care. Therefore, it is particularly important to enhance the attitudes of nurses toward ICU delirium (Monfared et al., 2017).

Nurses' practices regarding ICU delirium refers to the preventive and managing activities that nurses provide to take effective control over ICU delirium. It mainly includes multi-component, non-pharmaceutical nursing interventions (Devlin et al., 2018). Combining evidence-based practice methods into bundles may significantly reduce the incidence of ICU delirium (Ke et al., 2019).

Inconsistent findings on knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium among nurses have been reported worldwide, as well as in China. It can be concluded that nurses' knowledge varied from low to moderate levels, attitudes were inconclusive, and practices were at low to fairly low levels (Hamdan-Mansour, Othman, & Yacoub, 2010; Li et al., 2017; Monfared et al., 2017). Such results are context-based and have limited application elsewhere.

Kunming is the capital city of Yunnan province, the People's Republic of China (PRC). There are six tertiary hospitals in Kunming. Each hospital has its own rules, regulations, working systems, and resources related to providing care for critically ill patients. There has been limited study of the incidence and prevalence of ICU delirium in Kunming, or even in Yunnan province. In addition, no information about knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium among nurses in Kunming city was found. To improve the quality of practice related to ICU delirium, identifying the baseline knowledge, attitudes, and practices in Kunming was necessary.

Objectives

To examine the level of nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium, as well as the relationship between nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium at Kunming Tertiary Hospitals, Yunnan Province, PRC.

Research questions

What is the level of nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium, and is there any relationship between nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium at Kunming Tertiary Hospitals, Yunnan Province, PRC?

Conceptual framework

The conceptual framework of this study is based on the Knowledge, Attitudes, and Practices (KAP) model (Schwartz, 1976). This model was used to explore the relationship between the knowledge, attitudes, and practices of nurses in this study in the context of ICU delirium.

Delirium is known to be a predictor of poor outcomes and increased mortality in ICUs. Prevention and management of this condition is vital. Nurses are responsible for all aspects of the patient's continuous care during their entire course of the ICU stay. Practices of ICU delirium are provided mainly by nurses. It is believed that if nurses are well equipped with enough knowledge, and positive attitudes, they will be

able to perform proper practices to prevent and manage ICU delirium.

Nurses' knowledge regarding ICU delirium refers to the familiarity, awareness, or understanding of ICU delirium-related information that they have gained from formal and informal education and/or experiences. It includes influencing/risk factors, classification, manifestation, impacts, and management of ICU delirium. Attitudes were described as a range of opinions and feelings/emotions among nurses towards ICU delirium whereas practices were conceptualized as activities carried out by nurses to prevent and manage ICU delirium. A baseline of knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium among nurses in Kunming tertiary hospitals, Yunnan province, PRC, could be used to improve nurses' practices. Optimal control of ICU delirium could be made possible.

Methodology

Population and sampling

This was a descriptive correlation study conducted with nurses at Kunming tertiary hospitals in Yunnan Province, PRC. Samples were identified by the purposive sampling method in the First Affiliated Hospital of Kunming Medical Hospital (1stAH) according to these following criteria: 1) permanently worked in adult ICU for at least 6 months, and 2) agreed to participate in the study. Applying Yamane's formula (1973), a sample size of 213 was obtained. Concerning the possible loss of participants, 20% (43 participants) were added. Therefore, 256 participants were recruited for this study.

Research instruments

The questionnaire included four parts:

1. the Demographic Data Record Form including age, gender, ICU working experience, educational level, position, professional title, and ICU delirium training.

2. Critical Care Nurses Knowledge of Delirium Scale (CCNKDS) originally developed by Hamdan et al. (2010). It consisted of 26 items with a 3-point Likert scale and included six aspects as follows: definition, risk factors, impact, classification, manifestations, and medical management of ICU delirium. A higher score indicates higher level knowledge regarding ICU delirium. Criteria for level classification was determined by the developers (26.00 - 38.99 = low level, 39.00 - 51.99 = fair level, 52.00 - 64.99 = moderate level, and 65.00 - 78.00 = high level).

3. Attitude of ICU Nurses Towards Delirium (AINTD) originally developed by Monfared & colleagues (2017), containing 10 items with a 3-point Likert scale. The contents included nurses' opinions and feelings/emotions toward ICU delirium. Higher scores represent positive attitudes. Level classification was set by the developers (negative attitudes [10.00 - 16.99], neutral attitudes [17.00 - 23.99], and positive attitudes [24.00 - 30.00]).

4. the Critical Care Nurse Practice Skills of Delirium Management Scale (CCNPSDMS) originally developed by Hamdan et al. (2010) consisted of 20 items with a 100 mm visual analog scale. This scale includes both pharmacological and non-pharmacological interventions that nurses applied to prevent

and manage ICU delirium. A higher score showed a higher practice level regarding ICU delirium. Criteria for level determinants were set by developers (very low level [20.00 - 40.99], low level [41.00 - 80.99], fairly low level [81.00 - 120.99], moderate level [121.00 - 160.99], and high level [161.00 to 200.00]). All original measurement tools were translated into Chinese using the back translation method.

The reliability of the instruments was tested with 15 nurses who had similar characteristics to the participants. The Cronbach's alpha of the CCNKDS, AINTD, and CCNPSDMS were .913, .802, and .922, respectively.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Permission for data collection was obtained from 1st AH. All participants who agreed to participate in this study were required to sign a written consent form, independently, after details of the study were explained and clarification was made. They had the right to participate in or quit from this study at any time without any negative impact on their benefits or future career. In addition, only a code number was used for data analysis. Voluntariness, privacy, and confidentiality were ensured.

Data collection

A package of research documents was distributed to all participants including an information sheet, an informed consent form, and the QR code of the four parts of the questionnaires. The participants were asked to scan the QR code and complete e-questionnaires during a convenient time individually and independently without any assistance within one week. The response rate for the 256 participants was 100%.

Data analysis

The data was analyzed by way of the computer program SPSS 13.0, English version. Only nurses' practices data had normal distribution. Therefore, descriptive statistics and the Spearman's rank-order correlation test were used.

Results

According to Table 1, most participants (N = 256) were females (85.9%) with ages ranging from 22 to 51 years and an average age of 31.13 years old (SD = 5.17). More than half of them (52.70%) were aged between 21 to 30 years old. Their average working years were 6.98 years (SD = 5.19). The majority of them (82.40%) had worked for less than 10 years, held a bachelor's degree (86.70%), and worked as staff (81.30%).

Approximately two-thirds of them (57.80%) had not been involved in ICU delirium training. Work experience and learning by doing were claimed to be the main sources of knowledge and practice related to ICU delirium among participants (80.50%). Besides, most of them perceived that their workplaces had no standardized ICU delirium management guidelines, standard prevention and management systems, or ICU delirium standard assessment procedure, at 78.90%, 65.20%, and 61.30%, respectively. Moreover, about half of them (52.70%) felt their workload was too heavy to take care of ICU delirium (Table 1).

Participants' knowledge regarding ICU delirium in this study was at a high level ($\bar{X}$ = 65.61; SD = 7.83) whereas their attitudes were at neutral levels ($\bar{X}$ = 23.04; SD = 2.40) and their practice was at a fairly low level ($\bar{X}$ = 114.84; SD = 27.44) (Table 2). In addition, there was a statistically significant weak positive relationship between their knowledge and practices regarding ICU delirium (r = .245, p < .01) as well as between their attitudes and practices regarding ICU delirium (r = .176, p < .05) (Table 3).

Table 1 Number, frequency, percentage, mean, standard deviation, and range of ICU nurses' demographic characteristics (n = 256)

Demographic characteristics	Frequency (n)	Percentage (%)
Gender		
Female	220	85.90
Male	36	14.10
Age (Years (M = 31.13; SD = 5.17; Range = 22-51)		
21-30	135	52.70
31-40	108	42.20
41-51	13	5.10
Working years (M = 6.85; SD = 5.19; Range = 1-28)		
1-10	211	82.40
11-20	40	15.60
21-30	5	2.00
Education level		
Bachelor degree	222	86.70
Associate degree	25	9.80
Master degree	9	3.50
Position		
Staff	208	81.30
Nursing team leader	39	15.20
Head nurse	9	3.50
ICU delirium training		
No	148	57.80
Yes	108	42.20
The main source of ICU delirium - related knowledge and practice		
Work experience	206	80.50
Communicate from colleagues	151	59.00

Demographic characteristics	Frequency (n)	Percentage (%)
Standardized management guidelines		
No	202	78.90
Yes	54	21.10
Standardized ICU delirium assessment procedure		
No	157	61.30
Yes	99	38.70
The workload is too heavy to perform practices of ICU delirium		
Yes	135	52.70
No	121	47.30

Table 2 Participants' knowledge, attitudes, and practice regarding ICU delirium (n = 256)

Category	Mean (SD)	Level
Knowledge	65.61 (SD = 7.83)	High
Attitudes	23.04 (SD = 2.40)	Neutral
Practices	114.84 (SD = 27.44)	Fairly low

Table 3 The relationship between participants' knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium (n = 256)

	Practices	Level	p-value
Knowledge	0.245*	weak	.000
Attitude	0.176**	weak	.005

* $p < .001$, ** $p = .005$

Discussion

Nurses' knowledge regarding ICU delirium

In this study, the participants' knowledge regarding ICU delirium was at a high level ($\bar{X}$= 65.61, SD = 7.83) (Table 2). This finding was higher than that of Jordanian studies that were done by Hamdan et al. (2010) ($\bar{X}$ = 64.40, SD = 6.51) and AbuRuz (2016) ($\bar{X}$ = 52.65, SD = 4.99). In addition, it was higher than other Chinese studies done by He and colleagues (2016) in Shanxi ($\bar{X}$ = 42.20, SD = 5.51) and (Cheng, Chen, & Feng, 2015) in Shanghai ($\bar{X}$ = 50.43, SD = 3.48). Possible explanations include educational background and training, application of ICU delirium standards (assessment, prevention, and management) in the unit, and working environment.

Regarding educational background and training, most participants in this study held a bachelor's degree (86.70%), which was higher than that of other studies, and almost half of them (42.20%) had been trained specifically on

ICU delirium. In addition, those who had been trained had higher knowledge than those who had not ($\bar{X}$ = 68.00; SD = 6.02 vs $\bar{X}$ = 63.86; SD = 8.52). In Yunnan province, there are two annual academic conferences on critical care that are attended by a lot of nurses. The topic of ICU delirium is usually included from time to time. Besides, there is annual hospital training for nurses provided by physicians and head nurses. These was strong support for the high level of knowledge among nurses in this study. As confirmed by Monika, Yumnam, Koushik, Rahul, and Jiten (2019), there was a statistically significant relationship between knowledge scores regarding ICU delirium and in-service education and/or training programs among nurses ($r = .51$, $p < 0.05$).

In this study, all participants in the unit were not aware of the application of ICU delirium standards (assessment, prevention, and management). For instance, only 21.10% perceived that their unit had ICU delirium prevention and management standards, and only 34.80% realized that their unit had standard ICU delirium assessment. It was evidence that those who were aware had higher knowledge (Table 1). As confirmed by Cheng, Chen and Feng (2015), the application of standard ICU delirium guidelines in the units were a strong influencing factor on knowledge among nurses. Strict application of guidelines leads to unified delirium management system development which improves knowledge among nurses (Xing et al., 2017).

Another explanation for the high level of knowledge in this study was the participants' working environment. The 1st AH is the largest tertiary hospital and multidisciplinary medical institution in Yunnan province. This institute has a crucial role as a leader in health care services, education, and clinical research in the province, as well as being responsible for the theoretical and clinical teaching of nursing undergraduates. Almost all nurses had a role, not only as health care providers, but also teachers, and supervisors (Kunming Medical University, 2019). Therefore, updating knowledge was expected to be part of the nurses' responsibility which meant that the more years of working experience, the higher the knowledge scores (scores of 65.56 ± 8.16, 65.67 ± 6.03, and 67.20 ± 7.19 for those who had worked 1-10 years, 11-20 years, and 21-30 years, respectively). In addition, 81.50% of them confirmed that the main source of their delirium knowledge gained was from working experience.

Nurses' attitudes regarding ICU delirium

Nurses in this study held a neutral attitude regarding ICU delirium ($\bar{X}$ = 23.04, SD = 2.40) (Table 2). This was inconsistent with the results of an Iranian study (Monfared et al., 2017) that found positive attitudes towards ICU delirium among nurses. On the contrary, Li, Hu, Liu, and Ning (2017) found that nurses in their study held negative attitudes regarding ICU delirium. The possible reasons why the results of this study were inconsistent with others are as follows: educational level, training experience, years of work, and knowledge regarding ICU delirium.

Participants in this study had lower education levels than that of Monfared et al. (2017) (86.70% vs 94.60%), but they had more

training experience, more people who had worked more than 10 years, and higher mean scores for knowledge than that of Li et al. (2017) (42.20% vs 31.50%, 17.60% vs 9.30%, and 63.70% vs 49.10%, respectively). As revealed in this study, a higher level of education meant a more positive attitude towards ICU delirium ($\bar{X}$ = 21.72, SD = 2.40; $\bar{X}$ = 23.17, SD = 2.37; $\bar{X}$ = 23.55, SD = 2.39; for those who had associate's degrees, bachelor's degrees, and master's degrees, respectively); and more years of working experience meant more positive attitudes towards ICU delirium ($\bar{X}$ = 22.77, SD = 2.39; $\bar{X}$ = 24.15, SD = 2.02; $\bar{X}$ = 25.20, SD = 2.28; for those who had worked 1-10 years, 11-20 years, and 21-30 years, respectively). Nurses with higher education are usually in higher positions, and have more responsibilities in terms of clinical outcomes of patients in their unit. Improving quality of services is probably their focus. Thus, taking control of possible negative consequences for their patients (ICU delirium) might be a priority, so they had positive attitudes towards ICU delirium. However, this group was small compared with the rest of the participants. Therefore, considering the average attitudes of the whole group, a neutral attitude regarding ICU delirium among participants of this study was dominant.

Nurses' practices regarding ICU delirium

The results showed that participants in this study had a fairly low level of practice regarding ICU delirium ($\bar{X}$ = 114.84, SD = 27.44) which was similar to results of the Jordanian study by Hamdan et al. (2010) and the Chinese study done by Li and colleagues (2017). On the contrary, it was lower than that of a Korean study done by Lee et al. (2016). The possible explanations include training experience and the level of education of nurses.

The practice level of ICU nurses in this study was fairly low which is congruent with Hamdan et al. (2010) and Li et al. (2017) both of which also found a fairly low level of practice among nurses. Similarities across studies (Hamdan et al., 2010; Li et al., 2017) were that the number of participants who had been trained specifically on ICU delirium was small (42.20% in this study vs 57.20% and 64.90%, respectively). In terms of educational levels, in this study, 86.70% of participants had a bachelor's degree whereas 3.50% had a master's degree. Comparing practice level, it was found that the group with master's degrees had a higher practice level ($\bar{X}$ = 129.67, SD = 38.99; vs $\bar{X}$ = 114.89, SD = 26.08). Xing et al. (2017) pointed out that education level and training experience were major influencing factors of practice regarding ICU delirium. The better understanding of the significance and knowing how to handle ICU delirium that participants had, the more likely they would perform appropriate practices. In addition, even though participants in this study had a high chance to be trained as mentioned above, most lectures were provided by physicians, and only a few were provided by head nurses. Therefore, most of the information provided was from the physicians' perspective. Besides, hands-on practice training regarding ICU delirium had never been provided. Therefore, implementing knowledge into practice depended on individuals' experiences. In every

circumstance, nurses with more appropriate training experiences were able to perform appropriate practices (Attapornkusol, Viseskul, & Kasatpibal, 2021). This confirmed that proper ICU delirium training increased appropriate practice which could decrease the incidence of ICU delirium by 54.29%.

The relationship between nurses' knowledge, attitudes, and practices regarding ICU delirium

The findings showed that there was a weak positive relationship between participants' knowledge and practices regarding ICU delirium ($rs = .245$, $p < .01$) which was congruent with the study of Hamdan et al. (2010) ($rs = .20$, $p < .001$).

It was assumed that those who had high knowledge were more likely to perform the proper practice. Increasing nurses' knowledge was suggested to be the first step to develop a successful practice regarding ICU delirium since practices were based on knowledge (Lee et al., 2016). However, in this study, 63.70% of participants had a high level of knowledge but only 6.60% of them had a high level of practice regarding ICU delirium. More than half of them (63.30%) had a fairly low, or lower, level of practice. There might be some obstacles that limit practice levels. Moreover, even though most nurses in this study had high knowledge, application of what was learned into practice was not easy since none of them had been trained in practicum regarding ICU delirium. Transferring knowledge into practice then depended on their individual experiences and available time. As confirmed by 52.70%, they had too heavy of a workload to perform ICU delirium practices. Due to their tight schedule, the level of ICU delirium practice was fairly low and did not correlate high with their knowledge.

There was a weak positive relationship between participants' attitudes and practices regarding ICU delirium ($rs = .176$, $p = .05$). This result implied that nurses' attitudes almost never correlated with their practices regarding ICU delirium. This was different from a previous study by Pan et al. (2018) which found a strong positive correlation between nurses' attitudes and practices regarding ICU delirium ($rs = .64$, $p = .00$). According to the knowledge, attitudes, and practices model developed by Schwartz (1976), people's attitudes directly influence their practice. A positive attitude is a basic premise for providing nursing services, which can improve the nurses' practice level during ICU delirium care. Moreover, in other studies, the nurses' attitudes towards ICU delirium may directly affect the nurses' preventive and management measures regarding ICU delirium (Monfared et al., 2017). In addition, the more positive attitudes nurses had, the higher their practice level would be. In this study, around half of the participants had neutral attitudes (53.50%), and 1.20% had negative attitudes towards ICU delirium. Even though knowledge of nurses in this study was high, the majority of them had attitudes regarding ICU delirium as neutral or low. A possible explanation might be they had too heavy a workload since 52.70% of them reported this, similar to another Chinese study which explained that low levels of ICU delirium practice were due to the high-intensity workload. Tiredness induced by various pres-

sures and disgust with work might drive nurses towards losing enthusiasm to care for patients and eventually decreasing ICU delirium practice (Li et al., 2017).

Conclusions and recommendations

This result provides the baseline situation on ICU delirium knowledge, attitudes, and practices among nurses in Kunming. This information will raise nurses' awareness of ICU delirium management. It can be used by administrative teams to design appropriate actions. Finally, the improvement of ICU care quality, as well as decreasing incidence of ICU delirium and its negative consequences can be made possible.

Conclusions and implications

To improve ICU delirium practices in ICUs, factors predicting ICU delirium practices among nurses should be explored. In addition, experimental research aims for ICU delirium attitudes and practices improvement among nurses should be designed and tested for their effectiveness.

References

AbuRuz, M. E. (2016). Jordanian intensive care unit nurses' knowledge of delirium recognition. *Global Journal of Health Science, 9*(4), 59482.

Alasad, J. A., Tabar, N. A., & Ahmad, M. M. (2015). Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical care, 30*(4), 859-867.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5) (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Attapornkusol, P., Viseskul, N., & Kasatpibal, N. (2021). Knowledge, attitudes, and practices regarding central line-associated bloodstream infection prevention among registered nurses. *Nursing Journal, 48*(2), 26-36. (in Thai)

Cheng, L., Chen, Q., & Feng, S. (2015). Survey nurses' cognition on ICU delirium knowledge, attitudes and behavior. *Chinese Nursing Research. 2*(33), 78-84. (in Chinese)

Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J., Pandharipande, P. P., ... Balas, M. C. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium, immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine, 46*(9), e825-e873.

Hamdan-Mansour, A. M., Othman, E. H., & Yacoub, M. I. (2010). Knowledge and nursing practice of critical care nurses caring for patients with delirium in intensive care units in Jordan. *The Journal of Continuing Education in Nursing, 41*(12), 571-576.

Kunming Medical University. (2019). *Yunnan General Practice Training Center.* Retrieved from http://www.kmmc.cn/

Li, Y., Hu, Y., Liu, X., & Ning, Y. (2017). A survey of 194 ICU nurses on delirium knowledge-attitude-practice in severe patients. *Journal of Nursing, 17*(24), 42-47. (in Chinese)

Lee, K. H., Park, M. L., & Kim, G. Y. (2016). A study of knowledge, recognition, and practice about delirium in general hospital nurses. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology, 8*(3), 219-230. (in Chinese)

Monfared, A., Soodmand, M., & Ghasemzadeh, G. (2017). Knowledge and attitude of ICU nurses towards delirium working at Guilan University of Medical Sciences in 2015. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal, 7*(1), 1-7.

Monika, K., Yumnam, S. D., Koushik, S. D., Rahul, K. A., & Jiten K. S. (2019). A study to assess the knowledge among staff nurses working in various ICUs regarding identification and management of ICU delirium with a view to develop a protocol. *EC Nursing and Healthcare, 1*(1), 31-39.

Kallenbach, T. F., & Amado, L. A. (2017). Assessment of delirium in the intensive care unit. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia, 23*(3), 4-10.

Ke, L., Jun, W., Zhiqun, M., Bing, C., Lijun, W., Juan, G., & Rui, W. (2019). Non-pharmacological treatment of intensive care unit delirium. *American Journal of Nursing, 8*(3), 125-134.

Pan, Y., Jiang, Z., Yuan, C., Wang, L., Zhang, J., Zhou, J., ... Wu, Q. (2018). Influence of physical restraint on delirium of adult patients in ICU: A nested case-control study. *Journal of Clinical Nursing, 27*(9-10), 1950-1957. (in Chinese)

Schwartz, N. E. (1976). Nutrition knowledge, attitudes and practices of Canadian public health nurses. *Journal of Nutrition Education, 8*(1), 28-31.

Tang, L. L. (2018). ICU delirium: A concept analysis. *Traditional Medicine Research Integrative Nursing. 2*(1),18-26. (in Chinese)

Xing, J., Sun, Y., Jie, Y., Yuan, Z., & Liu, W. (2017). Perceptions, attitudes, and current practices regard delirium in China: A survey of 917 critical care nurses and physicians in China. *Medicine, 96*(39), 56-72. (in Chinese)

Unhealthy Weight, Low Physical Activity, and Unhealthful Dietary Practices Among Chinese Gallstone Patients*

การมีน้ำหนักที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายต่ำ และการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีชาวจีน*

ทง	วู **	Tong	Wu **
อัจฉรา	สุคนธสรรพ์ ***	Achara	Sukonthasarn ***
สุภารัตน์	วังศรีคูณ ****	Suparat	Wangsrikhun ****

Abstract

A descriptive research design was used in this study to explore unhealthy weight, low physical activity, and unhealthful dietary practices among Chinese gallstone patients in Lincang City, Yunnan Province, the People's Republic of China. Purposive sampling was used to recruit 324 participants from the People's Hospital of Lincang and the Second People's Hospital of Lincang from April, 2020 to June, 2020. Measurement tools included: 1) Demographic Data Record Form; 2) the Body Mass Index (BMI) record form; 3) International Physical Activity Questionnaire (IPAQ); and 4) Start The Conversation: Diet (STC). The translation and back translation method were used to ensure quality of the Chinese version. The test-retest reliability for the IPAQ and STC were 0.84 and 0.71, respectively. Descriptive statistics were used to describe the demographic characteristics, as well as the prevalence of unhealthy weight, low physical activity, and unhealthful dietary practices of the participants.

Results of this study revealed that the prevalence of Chinese gallstone patients who had unhealthy weight, low physical activity level, and unhealthful dietary practices were 72.84%, 70.06% and 30.86%, respectively.

Results from this study confirmed high prevalence of unhealthy weight, low physical activity, and unhealthful dietary practices among Chinese gallstone patients in Lincang City, Yunnan Province, the PRC. Gallstone risk screening and prevention measures can be made possible through these findings.

Keywords: Prevalence, Unhealthy weight, Low physical activity, Unhealthful dietary practices, Chinese gallstone patients

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate Student of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: achara.su@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 19 July 2021; Revised 9 September 2021; Accepted 14 September 2021

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์ในการสำรวจความชุกของการมีน้ำหนักที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายต่ำ และการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีชาวจีนในเมืองหลินชาง มลฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจำนวน 324 คน จากโรงพยาบาลประชาชนเมืองหลินชาง และโรงพยาบาลประชาชนเมืองหลินชางแห่งที่สอง เดือนเมษายน ถึง ปลายเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2020 เครื่องมือประเมินประกอบด้วย: 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบบันทึกค่าดัชนีมวลกาย 3) แบบสอบถามนานาชาติเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย และ 4) เครื่องมือเริ่มการสนทนา: อาหารที่รับประทาน เพื่อให้การแปลมีคุณภาพ เครื่องมือทุกฉบับผ่านการแปลและแปลย้อนกลับเป็นภาษาจีน ค่าความเที่ยงของเครื่องมือจากการทดสอบซ้ำสำหรับแบบสอบถามนานาชาติเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย และเครื่องมือสนทนาเกี่ยวกับ: อาหารที่รับประทาน เป็น .84 และ .71 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายเพื่ออธิบายความชุกของการมีน้ำหนักที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายต่ำ และการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีชาวจีน

ผลการวิจัย พบความชุกของการมีน้ำหนักที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายต่ำ และการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีชาวจีนในเมืองหลินชาง มลฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน เป็น 72.84%, 70.06% และ 30.86% ตามลำดับ

ผลการวิจัยครั้งนี้ยืนยันความชุกของการมีน้ำหนักที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายต่ำ และการบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพในผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีชาวจีน ที่เมืองหลินชาง มลฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการคัดกรองและการป้องกันโรคนิ่วในถุงน้ำดีได้

คำสำคัญ: ความชุก การมีน้ำหนักที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกายต่ำ การบริโภคอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ผู้ป่วยโรคนิ่วในถุงน้ำดีชาวจีน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: achara.su@cmu.ac.th
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 19 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 9 กันยายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 14 กันยายน 2564

Background and significance

Gallstone is on the rise and becoming a major health problem in Chinese population. Some epidemiological surveys showed the prevalence of gallstone in different regions of China ranged from 4.2% to 13.11% (Chen et al., 2012; Xu et al., 2012). According to the rapid industrialization and urbanization, Chinese people way of life has been changed to be westernized style. Increasing number of Chinese people has adopted consuming westernized dietary habits as well as sedentary lifestyle (Chen et al., 2012). However, no official report regarding gallstone has been found in Lincang City nor Yunan Province. According to the People's Hospital of Lincang admission record from 2014 to 2018, there was increased number of gallstone patients by 48.9% each year and in every year, it was accounted for 32.8% - 38.6% among all hospitalized digestive disease patients. Moreover, in 21st century, the prevalence of cholesterol gallstone has increased significantly and accounting for 67.0% among Chinese population (Huang, Chen, & Feng, 2010).

Impacts of gallstone are not only on individuals' physical health but also on psychological and social function as well. It has been estimated that over 90% cases of acute cholecystitis, 80% of bladder cancer, 59% of cholangiocarcinoma, and 41% of ampullary cancer can be attributed to gallstone. Moreover, acute cholangitis and acute pancreatitis which are claimed to be the most serious complications of gallstone that contribute about 24% and 3-20% mortality after the first attack (Stokes, Krawczyk, & Lammert, 2011). Such consequences resulted in an increasing economic and social expenditure and growing burden of medical resources and healthcare facilities (Jone, Mawhinney, & Brown, 2012).

Inherent and environment factors have been identified as factors related to gallstone formation and responsible for the significant increase in the morbidity of gallstone (Stokes et al., 2011). However, factors related to lifestyle including unhealthy weight, low physical activity and unhealthful dietary practice seemed to be the key risk factors influencing an increased predisposition to gallstone formation, especially cholesterol gallstone (Stokes et al., 2011). Moreover, one descriptive epidemiology study suggested consistently that lifestyle factors were responsible for gallstones formation in most cases (Sachdeva, Khan, Ansari, Khalique, & Anees, 2011). Prevalence of modifiable risk factors among patients in certain area should be identified as to be used for screening and designing appropriate measures to prevent them from disease development (Sopajareeya, Sopajaree, Sopajaree, & Ibarra-Mejia, 2018). The National Institute Health and Care Excellence (NICE) quality standard for gallstone disease emphasized on the role of nurses in improving health and disease prevention through encouraging people to adopt healthful lifestyles (Warttig, Ward, & Rogers, 2014).

Lincang city is located at the Southwest border of Yunnan province. People's pace of life, habits and customs are different among one to other areas. In recent years, westernization has been accelerated. Urbanization has driven

more people into city life and faced more barriers to have physically active. In addition, industrialization has transformed primarily agricultural to one based on the manufacturing. Sedentary lifestyle has become mainstream which contributes to a rising body shape change. According to Lincang report, increasing BMI of Lincang population started from the year 2000, and increased even more rapidly after 2005. Overweight and obesity have been found to be increased by 11.75% and 1.03% respectively (Sun, 2018). However, there was limited information regarding the prevalence of gallstone formation risk factors among gallstone patients in Lincang city. Results from this study can possibly be used as input to plan for better gallstone screening and preventive intervention in this city.

Research objectives

To explore the prevalence of gallstone patients who have unhealthy weight, low physical activity level, and unhealthful dietary practices in Lincang City, Yunnan Province, the People's Republic of China.

Research questions

What is the prevalence of gallstone patients who have unhealthy weight, low physical activity level, and unhealthful dietary practices in Lincang City, Yunnan Province, the People's Republic of China?

Conceptual framework

The conceptual framework of this study was based on the verified evidence that unhealthy weight, low physical activity, and unhealthful dietary practices are related to gallstone formation. Incidence of gallstone, especially cholesterol gallstone has increased among Chinese population. This disease creates burdens to the patients not only on physical and psychological, but also on social and financial aspects as well. Prevention is better than cure (Sopajareeya et al., 2018). Nurses have active role in gallstone screening and prevention (Warttig et al., 2014). Determining gallstone formation related factors among the patients is vital.

Lincang City locates in Southwest of Yunnan Province, the People's Republic of China, has becoming industrialized, urbanized, and westernized. This fast-paced environment might have major impact on people's way of living. Unhealthy weight as a result of adopting sedentary lifestyle and unhealthy dietary practices among people are evidences at present time. Unhealthy weight as determined by body mass index (BMI) more than 23 kg/m^2 can be anticipated. Low physical activity and unhealthful dietary practice including eating excess amount of fat and calories with less of fruits and vegetables are believed to be increased as well. As gallstone has increased in China, unhealthy weight, low physical activity, and unhealthful dietary practices are more likely to be related factors of gallstone formation which need to be validated. Gallstone risk screening and prevention measures can be targeted through these findings.

Methodology

Population and sampling

A quantitative descriptive study was conducted among gallstone patients who admitted to the People's Hospital of Lincang and the Second People's Hospital of Lincang, Yunnan province of the People's Republic of China. There were 836 gallstone patients admitted to these two hospitals for surgery in 2018. Applying Taro Yamane's formula (Yamane, 1973) and set significant level at 0.05, participants in this study was 270. Concerning uncompleted data, 20% was added to the sample size. Total participants of this study were 324. Participants who fulfilled the inclusion criteria were identified and recruited. Totally, 324 questionnaires were distributed with response rate in this study was 100%.

Research instruments

Questionnaires used in this study consisted of 4 parts: 1) Demographic Data Record Form; 2) the Body Mass Index (BMI) record form; 3) Chinese version of International Physical Activity Questionnaire (IPAQ) which originally developed by Macfarlane, Chan, & Cerin (2011); and 4) Chinese version of Start The Conversation: Diet (STC) which originally developed by Paxton, Strycker, Toobert, Ammerman, & Glasgow (2011). The translation and back translation method were applied to ensure quality of the Chinese version. The test-retest reliability for the IPAQ and STC were 0.84 and 0.71, respectively.

Ethical consideration

The study was approved by the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Permission was obtained from each hospital for data collection. The Informed Consent Forms were received from all participants after informing them about the purposes and detail methods of the study and clarifications was made before data collection. All participants in the study had the right to stop or withdraw from the study at any time, and without any punishment or loss of benefits. The questionnaires did not have any sensitive or private information about the individuals. To assure the full protection of the human rights of the study participants, only a code number was used for each questionnaire during the whole processes of research. Finally, the data was kept confidential.

Data collection

The data collection was done after receiving ethical approval from the Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, and permission for data collection from the People's Hospital of Lincang and the Second People's Hospital of Lincang. The participants were placed in a relatively private and quiet environment during completion of questionnaires. Demographic data and clinical information were recorded by the researcher based on the participants' medical records. The researcher read the questionnaires to each individual participant and filled in their responses on the questionnaires. Unhealthy weight (BMI ≥ 23 kg/m^2), low physical activity (<600 MET-minutes per week), as well as unhealthful dietary practices (STC score > 8), were determined.

Data analysis

The data was analyzed using SPSS 13.0 in English version. Quantitative data were expressed as frequency, percentage, means, and standard deviations. In addition, Pearson Chi-square and Fisher's Exact Test were used to test differences between groups.

Results

Table 1 Demographic characteristics of participants (n= 324)

Demographic Characteristics	Male (n=122)	Female (n=202)	Total (n=324)
	n%	n%	n%
Age (Male M=50.84 [SD 14.32]; Female M=49.15 [SD 13.56])			
Young Adult (18-39)	25 (20.49)	48 (23.76)	73 (22.53)
Middle Aged (40-59)	65 (53.28)	111 (54.95)	176 (54.32)
Older Adult (≥60)	32 (26.23)	4 3(21.29)	75 (23.15)
Family History of Gallstone			
Yes	34 (27.87)	61 (30.19)	95 (29.32)
No	88 (72.13)	141 (69.81)	229 (70.68)
Underlying Disease			
Diabetes	17 (13.93)	21 (10.40)	38 (11.73)
Hypertension	8 (6.56)	14 (6.93)	22 (6.79)
CHVI or Anemia or Liver cirrhosis	7 (5.74)	7 (3.46)	14 (4.32)
Previous treatment			
Gastrectomy History	12 (9.84)	14 (6.93)	26 (8.02)
Octreotide use	3 (2.46)	5 (2.48)	8 (2.47)

Note. CHVI= Chronic Hepatitis Virus Infection

In Table 1. Majority of them were females (202, 62.35%). The average age of males (M 50.84, SD 14.32) and females (M 49.15, SD 13.56) were quite similar. About half of them were in middle aged adults (40-59 years) (total 176, 54.32%; males 65, 53.28%; females 111, 54.95%). Most of them were 40 years old or more (total 251, 77.47%; males 97, 79.51%; females 154, 76.24%). Less than one third of the participants had family history of gallstone (total 95, 29.32%; males 34, 27.87%; females 61, 30.19%). Not many of them had diagnosis of diabetes (total 38, 11.73%; males 17, 13.93%; females 21, 10.40%), hypertension (total 22, 6.79%; males 8, 6.56%; females 14, 6.93%), nor CHVI or anemia or liver cirrhosis (total 14, 4.32%; males 7, 5.74%; females 7, 3.46%). In

terms of previous treatment, a few had history of gastrectomy (total 26, 8.02%; males 12, 9.84%; females 14, 6.93%) and Octreotide usage (total 8, 2.47%; males 3, 2.46%; females 5, 2.48%).

Table 2 Demographic characteristics of female participants (n = 202)

Demographic Characteristics	Female
	n%
Times of pregnancy	
0	19 (9.41)
1-2	100 (49.50)
≥3	83 (41.09)
Previous treatment	
Oral contraceptives	65 (32.18)
Hormone Replacement Therapy	23 (11.39)

In Table 2. Majority of them had pregnancy one time or more (1-2 times 100, 49.50%; ≥3 times 83, 41.09%). Less than one third of them had previous treatment of oral contraceptives (65, 32.18%) and hormone replacement therapy (23, 11.39%).

Table 3 Gallstone composition

Gallstone Composition	Male (n=34)	Female (n=35)	Total (n=69)
	n%	n%	n%
Cholesterol	24 (70.59)	22 (62.86)	46 (66.67)
Pigment and Mix	10 (29.41)	13 (37.14)	23 (33.33)

According to Table 3, only around one fifth of the removed gallstone had been investigated for their composition (total 69, 21.30%; males 34, 27.87%; females 35, 17.33%). Among these investigated gallstones, around two third were cholesterol gallstones (total 46, 66.67%; males 24, 70.59%; females 22, 62.86%).

Table 4 Factors related to gallstone formation among the participants (n = 324)

Factors Related to Gallstone Formation	Male (n=122)	Female (n=202)	Total (n=324)
	n%	n%	n%
Unhealthy weight (BMI≥23kg/m^2	90 (73.77%)	146 (72.28)	236 (72.84)
Low physical activity	87 (71.31%)	140 (69.31)	227 (70.06)
Unhealthy dietary practice	34 (27.87%)	66 (32.67)	100 (30.86)

As displayed in table 4, factors related to gallstone formation among the participants in this study: unhealthy weight (overweight to obesity) was found mostly (236, 72.84%), followed by low physical activity (227, 70.06%), and unhealthy dietary practice (100, 30.86%), respectively. Alike factors were found among males (90, 73.77%; 87, 71.31%; and 34, 27.87%, respectively) and females (146, 72.28%; 140, 69.31%; and 66, 32.67%, respectively).

Table 5 Frequency and percentage of factors related to gallstone formation among participants whose gallstones had been investigated (n = 69)

Factors Related to Gallstone Formation	Cholesterol Gallstone			x^2	p
	No (n=23)	Yes (n=46)	Total (n=69)		
	n (%)	n (%)	n (%)		
Unhealthy weight [a*]				5.73	.024*
Yes	15(65.22)	41(89.13)	56(81.16)		
No	8(34.78)	5(10.87)	13(18.84)		
Low Physical Activity [a]					
Yes	15(65.22)	35(76.09)	50(72.46)	.91	.25
No	8(34.78)	11(23.91)	19 (27.54		
Unhealthful dietary Practice [a*]					
Yes	21(91.30)	19(41.30)	40 (57.97)	7.70	.006*
No	2(8.70)	27(58.70)	29 (42.03)		

[a] Pearson Chi-square. [b] Fisher's Exact Test. * $p < 0.05$.

Among participants who had cholesterol gallstones (n=46), similar pattern of factors related to gallstone formation was found. Unhealthy weight was found as the highest (41, 89.13%), followed by low physical activity (35, 76.09%), and unhealthy dietary practice (19, 41.30%), respectively (Table 5).

Among those whose gallstone had investigated (n=69), the group that had cholesterol gallstones had statistically significant higher number of unhealthy weight participants, but lower number of unhealthy dietary practice participants than those who did not have (41 vs 15 and 19 vs 21, respectively) ($p<.05$) (Table 5). However, although the low physical activity was found higher among the participants who had cholesterol gallstones than those who did not have (35 vs 15), no statistically significantly difference was found ($p > .05$).

Discussion

In this study, majority of participants who came for gallstones removal were females (202, 62.35% vs 122, 37.65%). Confirming that women are almost twice as likely as men to form gallstones. The underlying mechanism is

female sex hormones, parity, oral contraceptive used, and estrogen replacement therapy are established risk factors for cholesterol gallstone formation, female sex hormones adversely influence hepatic bile secretion and gall-bladder function (Xu et al., 2012). It was found that females who participated in the study reported the usage of oral contraceptives and hormone replacement therapy of 32.18% and 11.39%, respectively. Moreover, most of them are at least 40 years old (251, 77.47%). Like what is known that the frequency of gallstones increases with age, escalating markedly after age 40 to become 4 to 10 times more likely in older individuals (Xu et al., 2012). Among those whose gallstones were investigated, around two third were cholesterol gallstones (46, 66.67%). Similar patterns were found among males (24, 70.59%) and females (22, 62.86%). These may be due to the changes in diet and lifestyle in the past century that linked to the increased prevalence of gallstones, especially cholesterol gallstone (Huang et al., 2010).

Unhealthy weight (overweight to obesity) was found mostly, followed by low physical activity, and unhealthy dietary practice, respectively among all participants as well as those who were males, females, and had cholesterol gallstones (Table 4 and 5). Possible explanation is as followings.

Most participants were unhealthy weight (236, 72.84%) (overweight [23-27.4 kg/m2] 134, 41.36% and obesity [≥27.5 kg/m2] 102, 31.48%). Among gallstones that had been investigated in this study (n=69), cholesterol gallstones were found mostly around two third (46, 66.67%). Unhealthy weight is a health disease which may be reason to cause gallstone formation in gallbladder. Humans with higher BMI are at highest risk to have gallstones in their gallbladder particularly in women (Bonfrate, Wang, Garruti, & Portincasa, 2014). As gallstone has been linked with the local distribution of fat. High central adiposity has been absolutely correlated with risk of gallstone disease (Zahra & Kaisrani, 2019). The relationship between unhealthy weight and gallstones is the linear increase of cholesterol production accompanied by the increase of fat deposition, resulting in the increased activity of rate-limiting enzyme of cholesterol synthesis, which can increase the synthesis of cholesterol in liver, and promote the supersaturation and secretion of cholesterol into the bile duct but inhibit the peristalsis of bile duct, thus contributing to the formation of gallstone (Bonfrate et al., 2014; Zahra & Kaisrani, 2019).

The result of this study was congruent with various studies. Stringer, Fraser, Gordon, Sharples, & Windsor (2013) found that one third of gallstone patients were obese (BMI ≥ 30kg/m2), but this figure varied among different ethnic groups, with 25% of Europeans, and 16% of Asians. Besides, BMI ≥ 25kg/m^2 was used to distinguish obesity group from normal group in the study of Xu et al. (2012) in Beijing province which 55.68% of gallstone patients were found obese. In addition, a large cohort study that confirmed linkage between increased BMI and increased risks of symptomatic gallstone disease (Stringer et al., 2013). Xu et al. (2012) also confirmed that the risks of gallstone formation in overweight, moderately obese, and

severely obese patients were 1.46, 1.83, and 3.10 times higher than that of normal weight or underweight.

It was found that two third of the participants has low physical activities (70.06%, males 71.31%, females 69.31%) (Table 4). The causes of low physical activity can be explained by the rapid urbanization and industrialization of Lincang city. Many people adopted city life and changed from labor occupations to more sedentary occupations. Similarity to other part of China, Lincang people spend more time on watching TV and computer usage, but less time engaging in physical activity than ever before. As revealed in some studies, it could be concluded that from 1991 to 2006, the average weekly physical activity of Chinese adults fell by 32 % (Song, Thisse, & Zhu, 2012).

In this study, low physical activity was found among majority of gallstone patients. It was consistent with most studies. For instance, the study of Ansari-Moghaddam, Khorram, Miri-Bonjar, Mohammadi, & Ansari (2016) and Bilal et al. (2016) that found low level of activity among gallstone patients of 85.00% and 67.78%, respectively. However, these studies did not clearly define cut-point for low physical activity. In addition, the study of Bila et al. (2016) revealed that percentage of low physical of activity was significantly higher than those who did not have gallstones.

Several biological mechanisms could be used to explain the relationship between low physical activity and gallstone formation. Low physical activity partly be responsible for decreasing bile salt excretion which is contributing to imbalance of salt-cholesterol percentage of which resulting in an increase in bile saturation index, decreased intestinal peristalsis and gallbladder hypomotility (Stokes et al., 2011). Vice versa, regular physical exercise can prevent gallstone formation by reducing bile stasis and plasma triglycerides and elevating high-density lipoprotein cholesterol levels which can lower biliary cholesterol saturation (Stokes et al., 2011).

In this study, the prevalence of unhealthful dietary practices among gallstone patients was found the least which was less than one third of the participants (30.86%, males 27.87%, females 32.67) (Table 4). Findings of this study were almost the same as those from several studies. Almost similar prevalence of unhealthy dietary practices was found among foreign studies; 35.0% from Iran study (Ansari-Moghaddam et al., 2016); 32.78% from South Pakistan study (Bilal et al., 2016).

According to the Nutrition Examination Survey of Yunnan province, the results revealed that in the 21st century, the consumption of animal fat and oil among Chinese people was growing rapidly, over around 70% of the recommended standard. The average intake of fat was increased by 52.8%, it has exceeded the reasonable range of 30% of total dietary fat energy recommended by WHO, and 30.2% of total energy came from fat, with an increase of 48.8% as compared to 1990s (Zhang et al., 2016). Even though, the consumption of fruits and vegetables, was higher than in 1990s but still fell far short of the recommended target, reaching only 20% to 30% (Zhang et al., 2016).

As according to epidemiology, gallstones are found more among people with increasing age (Xu et al., 2012). As reflecting from this study, the majority of participants in this study who were gallstone patients seeking of surgical procedure were the group of middle aged (40-59 years old) (176, 54.32%; males 65, 53.28%; females 111, 54.95%) and older adult (≥60 years old) (75, 23.15%; males 32, 26.23%; females 43, 21.29%). Older Chinese people still consumed traditional diet. Chinese food from Lincang City are noticeably light, less oily, and healthy.

As compared with other Chinese studies, percentage of gallstone patients who had unhealthy dietary practices from this study was found lower than that of Zhang & workmates (2020) done in Sichuang, which was 52.70%, respectively. Moreover, the study of Chen and colleagues (2014) in Taiwan, unhealthful dietary practices were found only 21.74%. It can be explained that the different eating habit and preference among people in different parts; for instance, in big cities, majority of people usually consumed regular diet rich in high-fat, high-calories while low in fiber (Zhang, He, Fu, & Deng, 2020), whereas Taiwanese people prefer higher intake of fruits and vegetables (Chen, Hsu, Liu, & Tung, 2014).

Comparing to elsewhere studies, prevalence of unhealthy dietary practices in this study was almost similar. Low prevalence of such practices was found in Iran study (Ansari-Moghaddam et al., 2016) and South Pakistan study (Bilal et al., 2016), which were 35.0%, 32.78%, respectively. Consuming diet containing high fat and calories but low in fruits and vegetables was regularly practice among participants in their daily life (Ansari-Moghaddam et al., 2016; Bilal et al., 2016).

Unhealthy dietary practices might not be the only risk of gallstone formation. Unhealthy weight (overweight and obese) is the confirmed antecedent of gallstone development. Therefore, unhealthy dietary practices and low physical activity which both are strong determinants of unhealthy weight (Wadden, Webb, Moran, & Bailer, 2012) should be carefully take into consideration. It was proved that high fat intake is the essential for the induction of gallstone, especially cholesterol gallstone. Excessive animal fat consumption lead to increasing fat deposits, with the production of cholesterol increases, leading to the formation of cholesterol-supersaturated bile, increasing the probability of stone formation (Stokes et al, 2011). In addition, low fiber intake contributes to increased blood cholesterol level through the impact on bile acid metabolism (Bonfrate et al., 2014). However, regardless of diet composition, the greater intake of total calories, the higher risk of gallstone formation, the absolute calorie intake is related to the relative mass of free cholesterol in bile, which is the most important variable in lithogenic bile formation (Stokes et al., 2011). Moreover, higher calories intake and low physical activity greatly contribute to an increased BMI which is considered an unhealthy weight.

Conclusion

Results from this study confirmed high prevalence of unhealthy weight, low physical

activity, and unhealthful dietary practices among Chinese gallstone patients in Lincang City, Yunnan Province, the PRC.

Application of research findings

The results of this study can be used to guide risk factor screening and determining the high-risk group of gallstone formation in Lincang City, Yunnan Province, the People's Republic of China. Specific preventive measures and follow-up plan should be developed for them. In addition, public education can be made for people in this area to raise the awareness and guidelines for prevention of gallstone can be developed through keeping healthy weight, engaging in moderate to high level of physical activity, and consuming healthy food.

Conclusions and recommendations

The test of effectiveness of nursing intervention for the high-risk group to keep healthy weight, regular moderate to high physical activity, and enhance healthy dietary behaviors should be constructed. Moreover, prospective study to follow up the prevalence of gallstone formation among these participants should be carried out to test for its effectiveness.

References

Ansari-Moghaddam, A., Khorram, A., Miri-Bonjar, M., Mohammadi, M., & Ansari, H. (2016). The prevalence and risk factors of gallstone among adults in South-East of Iran: A population-based study. *Global Journal of Health Science, 8*(4), 60.

Bilal, M., Haseeb, A., Saad, M., Ahsan, M., Raza, M., Ahmed, A., . . . Motiani, V. (2016). The prevalence and risk factors of gall stone among adults in Karachi, South Pakistan: A population-based study. *Global Journal of Health Science, 9*(4), 106-114.

Bonfrate, L., Wang, D. Q., Garruti, G., & Portincasa, P. (2014). Obesity and the risk and prognosis of gallstone disease and pancreatitis. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology, 28*(4), 623-635.

Chen, J. Y., Hsu, C. T., Liu, J. H., & Tung, T. H. (2014). Clinical predictors of incident gallstone disease in a Chinese population in Taipei, Taiwan. *BMC Gastroenterology, 14*(1), 83.

Chen, L. Y., Qiao, Q. H., Zhang, S. C., Chen, Y. H., Chao, G. Q., & Fang, L. Z. (2012). Metabolic syndrome and gallstone disease. *World Journal of Gastroenterology: WJG, 18*(31), 4215.

Huang, Y., Chen, P. P., & Feng, X. S. (2010). Changes in cholelithiasis types between 1970-1979 and 2000-2009. *Journal of Abdominal Surgery, 4,* 22.

Jones, C., Mawhinney, A., & Brown, R. (2012). The true cost of gallstone disease. *The Ulster Medical Journal, 81*(1), 10.

Macfarlane, D., Chan, A., & Cerin, E. (2011). Examining the validity and reliability of the Chinese version of the International Physical Activity Questionnaire, long form (IPAQ-LC). *Public Health Nutrition, 14*(3), 443-450.

Paxton, A. E., Strycker, L. A., Toobert, D. J., Ammerman, A. S., & Glasgow, R. E. (2011). Starting the conversation: Performance of a brief dietary assessment and intervention tool for health professionals. *American Journal of Preventive Medicine, 40*(1), 67-71.

Sachdeva, S., Khan, Z., Ansari, M. A., Khalique, N., & Anees, A. (2011). Lifestyle and gallstone disease: Scope for primary prevention. *Indian Journal of Community Medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine, 36*(4), 263.

Song, H., Thisse, J. F., & Zhu, X. (2012). Urbanization and/or rural industrialization in China. *Regional Science and Urban Economics, 42*(1-2), 126-134.

Sopajareeya, C., Sopajaree, S., Sopajaree, C., & Ibarra-Mejia, G. (2018). Prevalence and risk factors of low backpain among school teachers in Uttaradit and Phitsanulok Provinces. *Nursing Journal, 45*(2), 76-87.

Stokes, C. S., Krawczyk, M., & Lammert, F. (2011). Gallstones: Environment, lifestyle, and genes. *Digestive Diseases, 29*(2), 191-201.

Stringer, M. D., Fraser, S., Gordon, K. C., Sharples, K., & Windsor, J. A. (2013). Gallstones in New Zealand: Composition, risk factors and ethnic differences. *ANZ Journal of Surgery, 83*(7-8), 575-580.

Sun, Y. (2018). *Analysis of dynamic body shape changes of rural population aged 20-59 in Lincang from 2000 to 2014.* (Unpublished master's thesis). Yunnan Normal University, China.

Wadden, T. A., Webb, V. L., Moran, C. H., & Bailer, B. A. (2012). Lifestyle modification for obesity: New developments in diet, physical activity, and behavior therapy. *Circulation, 125*(9), 1157-1170.

Warttig, S., Ward, S., & Rogers, G. (2014). Diagnosis and management of gallstone disease: Summary of NICE guidance. *BMJ, 349,* g6241.

Xu, Q., Tao, L., Wu, Q., Gao, F., Zhang, F., Yuan, L., & He, X. (2012). Prevalences of and risk factors for biliary stones and gallbladder polyps in a large chinese population. *HPB: The Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association, 14*(6), 373-81. doi:10.1111/j.1477-2574. 2012.00457.x

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper & Row.

Zahra, N., & Kaisrani, H. (2019). Link of obesity and gallstones formation risk. *Advances in Obesity, Weight Management & Control, 9*(5), 118-120.

Zhang, W. Z., He, F., Fu, L., & Deng, L. (2020). Analysis of dietary risk factors for gallstone occurrence. *Journal of North Sichuan Medical College, 35*(04), 126-129. (in Chinese)

Zhang, Q., Wang, Q. Q., Liu, Z. T., Li, J. J., Yu, S. Y., Zhao, J., . . . Wang, R. (2016). Nutrient intake and dietary structure analysis of urban and rural residents in Yunnan. *China Public Health, 32*(005), 661-663. (in Chinese).

Knowledge, Attitude, and Practices of Unintentional Home Injury Prevention Among Parents of Preschoolers in the People's Republic of China*

ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุที่บ้านของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน ในสาธารณรัฐประชาชนจีน*

จ้าวอี้	หวาง **	Zhaoyi	Wang **
พิมพาภรณ์	กลั่นกลิ่น ***	Pimpaporn	Klunklin ***
อุษณีย์	จินตะเวช ****	Usanee	Jintrawet ****

Abstract

Childhood injury is a serious public health problem. This descriptive-correlational study aimed to examine the level of practice of unintentional home injury prevention among parents of preschoolers, as well as the relationship between knowledge, attitudes and practices of unintentional home injury prevention among parents of preschoolers. The samples were 95 parents of preschoolers in 3 public kindergartens in the Jinniu District, Chengdu City, the People's Republic of China and were purposive selected. The data were collected from June to July 2020. Research instruments consisted of the Demographic Data Form, the Knowledge on Home Injuries Questionnaire, the Attitude on Home Injuries Questionnaire, and the Practice on Home Injury Prevention for Preschoolers Questionnaire. Descriptive statistics and Spearman rank correlation coefficient were used in data analysis.

The results of this study were as follows:

1. The overall mean score of practice on home injury prevention among parents of preschoolers was at a high level ($\bar{X}$=50.09, SD=9.33).

2. Knowledge did not correlate with practice on unintentional home injury prevention among parents of preschoolers ($p > 0.05$). However, there was a moderate relationship between attitude and practice on unintentional home injury prevention among parents of preschoolers ($r=0.44$, $p < 0.05$).

The results of this study provide baseline information on parents' practices of unintentional home injury prevention for preschoolers and related factors. This information can be used for health professional to promote unintentional home injury prevention programs for parents of preschoolers.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practices, Unintentional home injury prevention, Parents, Preschoolers

---

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate Student of Nursing Science program (International Program), Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University, pimpaporn.k@cmu.ac.th

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 5 September 2021; Revised 19 October 2021; Accepted 27 October 2021

บทคัดย่อ

อุบัติเหตุในเด็กวัยก่อนเรียนเป็นปัญหาสำคัญทางสุขภาพ การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน 95 ราย ในโรงเรียนอนุบาลของรัฐบาล 3 แห่ง ในเขตจิงเหลียว เมืองเฉินตู สาธารณรัฐประชาชนจีน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม พ.ศ.2563 เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุในบ้าน แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับอุบัติเหตุในบ้าน และแบบสอบถามการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยโดยรวมของการปฏิบัติการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=50.09, SD=9.33).

2. ความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียน อย่างไรก็ตาม ทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการปฏิบัติในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.44$, $p<0.05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการปฏิบัติของผู้ปกครองในการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านของเด็กวัยก่อนเรียนและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้สำหรับบุคลากรทางสุขภาพในการส่งเสริมการป้องกันอุบัติเหตุในบ้านในกลุ่มผู้ปกครองเด็กวัยก่อนเรียนต่อไป

คำสำคัญ: ความรู้ ทัศนคติ การปฏิบัติ การป้องกันอุบัติเหตุที่บ้าน ผู้ปกครอง เด็กวัยก่อนเรียน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: pimpaporn.k@cmu.ac.th
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 5 กันยายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 19 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2564

Background and significance

Childhood injuries are a serious public health concern. According to the intent of the injury, it can be divided into intentional and unintentional injuries. With regards to the group of children who are under five years old, the injury-specific mortality rate was 73 per 100,000 population in the world (World Health Organization [WHO], 2015). In China, childhood injury was the third leading cause of death among children under 5 years old (Xiang et al., 2019), and the highest mortality rate was among preschoolers (Wang & Cui, 2020). Although preschoolers begin to develop some self-control during this period, they have limited abilities on recognition dangerous situations or avoiding of dangers as well as insufficient knowledge. They also tend to become caught up in their own actions and pay little attention to the larger world around them (Hockenberry & Wilson, 2013). More than half of unintentional injuries occurred at home (Silva, Fontinele, Oliveira, Bezerra, & Rocha, 2017). The most common unintentional injuries at home among preschool-aged children included falls, choking/strangulation, burns or scalds, poisoning and drowning (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2010). To prevent or reduce unintentional home injury in preschoolers, parents should take responsibility for their children's safety (Jaques, Weaver, Weaver, & Willoughby, 2018). They must practice on prevention in order to keep their children from unintentional injury and stay alert to prevent injury (Megahed, Khalil, Ibrahem, & El Disoki, 2016).

The practice of unintentional home injury prevention for preschoolers refers to a father or mother's activities or actions to avoid bodily damage to their 3-5-year-old child as a result of an unplanned incident, namely falls, choking/strangulation, burns or scalds, poisoning and drowning. A study in Turkey investigated the practices of parents on preventing unintentional home injuries (Ince, Yalcın, & Yurdakok, 2017). The results showed that 31.1% of the parents used child safety furniture products, approximately 86% of parents had never drunk nor carried hot liquids when children were nearby, and less than 1% of parents had ever left their child alone in or near a pool, bathtub, bucket, or toilet. However, 19.9% of the parents reported keeping some cleaning products, chemical products, or other hazardous products in packages other than their original ones. In addition, another study in Sulaimani city, Iraq, showed that 77.8% of mothers had no separate cooking area, and children were nearby them during cooking (Ibrahem, Rashed, Babakir-Mina, & Muhamed, 2017). In conclusion, the studies of the various parental activities to prevent unintentional home injury showed many different levels of prevention practices.

There are many factors affecting the practice of unintentional home injury prevention among parents of preschoolers, including the demographic characteristics of both the parent and child (Xiang et al., 2019), knowledge (Silva et al., 2017) and attitudes (Akturk & Erci, 2016; Chow et al., 2016). In this study, knowledge and attitude were selected because of the

modifiable variables' property. Knowledge and attitude directly affect practice, as illustrated in the knowledge-attitude-practice model (based on the cognitive-affective-behavior theory) (Schwartz, 1976).

Previous studies were conducted to explore the relationship between knowledge and practice on preventing unintentional home injury among parents. Some studies showed a low-positive correlation between mothers' knowledge and practices (Poorolajal, Cheraghi, Hazavehei, & Rezapur, 2013) and between attitude and practice (Zhao, Gui, Zhang, & Li, 2011). However, a study conducted in Shenzhen, the People's Republic of China, found that although there was a high level of knowledge and attitude regarding child safety restraint (CSR) among Chinese parents, but the level of practice in the use of CSR was still low (Liu et al., 2018). Thus, the relationship between knowledge, attitude and practice is not clear, especially in preventing unintentional home injuries among parents of Chinese preschoolers.

The rapid economic, social, and political changes in China over the past five decades has profoundly reshaped the everyday life of people. Modern nuclear families are commonly found in big cities. Parents take all responsibilities of their children, but most of them are young and work full-time jobs. During weekday, parents usually place a preschooler in a kindergarten before they go to work. After work, parents usually pick up their children from the kindergarten and take care of them at home until their children go to bed. This is the reason that the researcher chose to collect data from kindergarten schools. With the rapid economic changes, Internet become more and more popular, a lot of information can be provided by Internet, and the parents often use a mobile phone to search information in everyday life. Thus, parents are the main caregivers who spend most of the time with their children at home, and the responsibility of protecting their children belongs to them (Ozanne-Smith & Li, 2018).

Previous studies focused on knowledge and attitude on home unintentional injuries among parents for preschoolers, but these studies did not cover the five main types of unintentional injuries in namely fall, choke/strangulation, burn, poison, and drown in a single study. In addition, the relationship of knowledge and attitude towards prevention of injury was addressed in a few studies, and with children in various ages. Furthermore, some studies showed a positive relationship between knowledge and attitude, while others showed there was no correlation between them at all, and thus the relationship between knowledge, attitude and practice was not clear. The results of previous studies may not fully explain the knowledge, attitudes, and practices of parents regarding prevention of unintentional injuries at home in Chengdu, China. This information can be used for nurses in order to promote home unintentional injury prevention for preschoolers.

Objectives

1. To examine the level of practice of unintentional home injury prevention for

preschoolers among parents in the People's Republic of China.

2. To examine the relationship between knowledge, attitude, and practice on unintentional home injury prevention for preschoolers among parents in the People's Republic of China.

Research questions

1. What is the level of practice of unintentional home injury prevention for preschoolers among parents in the People's Republic of China?

2. what is the relationship between knowledge, attitudes, and practices of unintentional home injury prevention for preschoolers among parents in the People's Republic of China?

Conceptual framework

The conceptual framework of this study is based on the Knowledge-Attitude-Practice (KAP) Model (Schwartz, 1976) and the literature reviews. Knowledge, attitudes, and practice are important concepts of human behavior. Change of one's knowledge and attitude may change individual's practice. In this study, knowledge and attitude toward home unintentional injuries prevention of preschoolers can affect practices of home unintentional injuries prevention of preschoolers among parents. There are 5 types of home unintentional injuries namely fall, choke/strangulation, burn, poison, and drown included in the scope of the study. Knowledge refers to the parent's understanding of information on predisposing factors and the ways of prevention of home unintentional injuries. Attitude refers to the parent's perception or viewpoints toward prevention of home unintentional injuries. Practices of home unintentional injuries prevention of preschoolers refers to the father or mother's activities or action to avoid 3-5 years old children's body damage result from an unplanned incident namely fall, choke/strangulation, burn, poison, and drown happening at home.

Methodology

A descriptive-correlational study was conducted to examine the level of practice of unintentional home injury prevention among parents of preschoolers, as well as the relationship between knowledge, attitudes, and practices of unintentional home injury prevention.

Population and sample

Purposive sampling was used to obtain samples with the following inclusion criteria: A mother or a father aged equal to or more than 18 years old who have blood relation to healthy preschoolers, attending the selected kindergarten in Chengdu City of China, spending most of the time to take care of their preschooler at home, having none of disability or severity disease, be able to communicate, read, understand and written Chinese language and be willing to participate in the study.

The participants in this study included 102 parents who had preschoolers in three public kindergartens situated in the Jinniu District, Chengdu City, China.

Research instruments

The research instrument was a question-

naire including four parts in the Chinese language. The CVI of the modified the Knowledge on Home Injuries Questionnaire, the modified the Attitude on Home Injuries Questionnaire, and the modified the Practice on Home Injury Prevention for Preschoolers Questionnaire was 0.95, 0.96 and 0.94 respectively, all were in acceptable level (Polit, Beck, & Owen, 2007). The forward and back translation process was applied to translate all questionnaires (Polit & Beck, 2008).

Part 1: The Demographic Data Form addressing characteristics of parents and child.

Part 2: The Knowledge on Home Injuries Questionnaire, which was modified based on the Knowledge on Home Injuries Questionnaire (El Seifi, Mortada, & Abdo, 2018) and consisted of 20 questions. Each question required answering either "true" or "false." "True" answers were scored as "1", while "false" answers were scored as "0." The internal consistency reliability as measured using Kuder-Richardson 20 (KR 20) was 0.725.

Part 3: The Attitude on Home Injuries Questionnaire, which was modified based on the Attitude on Home Injuries Questionnaire (El Seifi et al., 2018) and consisted of 13 questions, each with a 3-point Likert scale. The internal consistency reliability as measured using Cronbach's alpha coefficient was 0.723.

Part 4: The Practice on Home Injury Prevention for Preschoolers Questionnaire, which was modified based on the Supportive Strategies for Accidents Prevention (Mohammed, Mohammed, Byoumi, 2013) with a total of 20 items each with a 4-point Likert scale. Answers were rated at 3 levels including low, moderate, and high based on the class-interval method (Polit & Beck, 2004). The internal consistency reliability as measured using Cronbach's alpha coefficient was 0.848.

Ethical consideration

The study was approved by the Research Ethics Review Committee in Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. The sample who agreed to participate in the study was asked to sign a written consent, and no gift that might be interpreted as coercive was given to participants. Furthermore, the participants were informed that they had the right to participate or not to participate in the study and that they had the right to withdraw from the study at any time.

Data Collection

After getting permission from the directors of the 3 kindergartens, the researcher randomly selected the subjects from the name list of parents of preschoolers in each kindergarten. After getting agreement to participate in the study from the parents, parents were brought to another private room to fill out the questionnaires and be distributed the questionnaires. After they finished, the completeness of the questionnaire was checked by the researcher. In total, 95 questionnaires were completed with a response rate of 93.14%.

Data analysis

Data were analyzed to reflect the purposes of the study. Descriptive statistics were used to analyze the frequency, percentage, mean and standard deviation. Due to the non-normal

distribution of data on knowledge, attitude and practice, Spearman's rank-order correlation was applied to examine the relationship between them.

Results

The findings showed that the majority of participants (84.21%) were mothers, married (90.53%) and were 26-35 years of age (72.63%). Almost half of the participants held a diploma (50.53%) and were business owners (50.53%). More than one-third had a monthly family income above 8,000 Yuan (about 1,200 USD) (36.84%). The mean of experience in preschooler care was 4.19 years (SD = 2.00), and the mean of time spent per day with a child was 8.11 hours (SD = 7.64). The majority of the study participants (93.68%) had received information regarding unintentional injury prevention for preschoolers from the internet (85.26%). Investigation showed a high proportion (85.26%) of children were 4-5 years, more than half of them are male (54.74%) and had experienced a previous home injury (55.79%).

The data of parent's practice on unintentional home injury prevention of preschoolers is shown in Table 1 showed the total mean score of parent's practices on unintentional home injury prevention of preschoolers was at a high level ($\bar{X}$=50.09, SD =9.33). In determination of dimensions, it was found that the mean score of five types of unintentional home injuries were all at high levels: prevention of falls ($\bar{X}$= 10.76, SD=1.65), prevention of choking/strangulation ($\bar{X}$= 8.69, SD=2.55), prevention of burns or scalds ($\bar{X}$= 12.20, SD=3.28), prevention of poisoning ($\bar{X}$= 10.82, SD=2.13) and prevention of drowning ($\bar{X}$=7.62, SD=1.78).

Table 1 Level of practice on unintentional home injury prevention for preschoolers among parents (n=95)

Variables	Level			Mean ($\bar{X}$)	S.D.	Interpretation
	Low (n)(%)	Moderate (n)(%)	High (n)(%)			
Level of practice on unintentional home injury prevention for preschoolers among parents (total mean score)	1 (1.05)	11 (11.58)	83 (87.37)	50.09	9.33	High
Prevention of falls	0	10 (10.53)	85 (89.47)	10.76	1.65	High
Prevention of choking/strangulation	6 (6.32)	34 (35.79)	55 (57.89)	8.69	2.55	High
Prevention of burns or scalds	6 (6.32)	15 (15.79)	74 (77.89)	12.20	3.28	High
Prevention of poisoning	3 (3.16)	10 (10.53)	82 (86.31)	10.82	2.13	High
Prevention of drowning	4 (4.21)	19 (20.00)	72 (75.79)	7.62	1.78	High

The relationship between knowledge, attitude, and practice on unintentional home injury prevention for preschoolers among parents is shown in Table 2. The results show

that there is a moderate level of positive correlation between parent's attitude and practice on unintentional home injury prevention among preschoolers (r=.44, p < .05). However, there is no relationship between parent's knowledge and practice on unintentional home injury prevention among preschoolers (r=.11, p > .05).

Table 2 Relationship between knowledge, attitude and practice on unintentional home injuries prevention for preschoolers among parents (n=95)

Variables	Practice	P Value
Knowledge	.11**	.29
Attitude	.44**	.00*

* p < .05

** Spearman's Rank Correlation Coefficient

Discussion

According to the objective of examine the level of practice on unintentional home injury prevention for preschoolers among parents. The results from the study indicated that the overall mean score of parents' practices on unintentional home injury prevention for preschoolers was at a high level ($\bar{X}$=50.09, SD=9.33) (Table 1). This could be explained by many factors including the demographic data of parents and children, knowledge, and attitude. Firstly, in consideration of parents' demographic data, findings from this study revealed that 72.6% of the participants ranged from 26-35 years old. In this age group, Jaques, Weaver, Weaver, & Willough (2018) reported most parents usually had good home injury prevention practices, because their main concern is injury to their child. In this study, more than three-quarters of parents had a high education level (76.8%), which means they had a better understanding of information regarding unintentional home injury prevention. Some previous studies support that the high educated people had a better understanding of information (Ince et al., 2017). Furthermore, recent studies showed that most of the parents (83.2%) had high income more than 4,000 Yuan per month. Higher incomes may mean that the family had enough money to install safety equipment such as window guards, non-slip mats, etc. The study by Megahed et al. (2016) also supports this notion. The mean time spent taking care of their child was 8.11 hours per day, which showed that most parents still spend much of their free time taking care of their child. Younesian, Mahoozpour, Shad, & Hatamabadi (2016) also found the time parents spent taking care of their child could influence the practice of preventive measures. In addition, most parents (85.3%) gained unintentional home injury prevention information from the Internet. With the rapid development of the Chinese Internet and the proliferation of smartphones, parents can easily get information about unintentional home injury prevention at any

time and from anywhere, from resources such as child health care. Rezapur-Shahkolai, Afshari, Moghimbeigi, & Hazavehei (2017) reported that parents receiving more information on injury prevention could help to promote prevention practices.

The majority of children in this study (85.26%) were 4-5 years old. At this age, they can ride a bike, walk and skip; they are also often curious about many new things such as matches and fires. More than half (54.7%) of the children in their study were boys. Boys were found to suffer from home injury more often than girls because they like to take more risks and tend to behave more impulsively (Yin, Wu, Luo, Pak, Choi, & Liang, 2015). Thus, parents of boys typically pay more attention and take more actions to avoid their child getting an unintentional home injury. The present studies also showed that more than half of children (55.7%) had at least one injury experience. Once a child has had an injury experience, parents can learn from this experience to improve their unintentional home injury prevention practice levels further, and to prevent their children from experiencing injury again.

In addition, parents' knowledge and attitudes towards unintentional home injury might result in higher-level more effective practice. The present studies showed that the majority of parents (85.3%) had received information regarding unintentional home injury prevention. Low knowledge of parents can more easily lead to unintentional injury because the parents do not know how to keep their children from danger (Younesian et al., 2016). The study also showed most parents had a positive attitude towards unintentional home injury prevention. The more positive the attitude the parents had, the more risk around the child would be perceived, and thus parents would be more likely to perform preventative activities (Chow et al., 2016).

The relationship between knowledge, attitude, and practice on unintentional home injury prevention for preschoolers among parents. The study showed that firstly, knowledge showed no correlation to practice in unintentional home injury prevention among parents ($p > 0.05$). According to the Knowledge-Attitude-Practice Model (Schwartz, 1976), knowledge can affect personal practice. However, the result was in contrast with the theory - while some knowledgeable parents performed high-level practices, other parents' practice of unintentional home injury prevention was unsatisfactorily performed. For this reason, Nilsson (2016) indicated some parents had high knowledge, sometimes they still "blind" to the dangers facing their children, as they often felt fatigued after work if they don't have the support from other family members. Besides, the occurrence of unintentional home injury was not certain, but it could happen on circumstances. However, if some parents did not concern this issue, and the child remained safe, they may think it is not a "problem" until the child is injured. Another reason might be due to the house design and furnishing which they cannot change. In addition, some parents may encourage risks for their child, and/or they believe that unintentional injury is simply

a "normal thing" (Hogan, Weaver, Cioni, Fry, Hamilton, & Thompson, 2018). Secondly, attitude showed a statistically significant, moderately positive correlation to practice of unintentional home injury prevention among parents ($r=0.44$, $p < 0.01$) (Table 2). According to the Knowledge-Attitude-Practice Model (Schwartz, 1976), attitude can affect one's practice. The parent with higher attitude scores on unintentional home injury prevention for preschoolers can usually perceive the danger around their child, thus they usually perform more injury prevention measures for their children (Van Zoonen & Baardse, 2016). In addition, the demographic data may be another reason for the statistically significant between attitude and practice. For example, nearly two-thirds of the study's parents were aged from 26-35 years old and 84.2% were mothers. In China, the mother is typically the main caregiver and tends to be more attentive and careful regarding unintentional home injury prevention for her child(ren). For this age group of parents, most of them had higher education levels and could easily acquire new scientific information. With the rapid development of the Chinese Internet and the proliferation of smartphones, the Internet leads parents to be more concerned about unintentional home injury (Ince et al., 2017). In the present study, the majority of the parents (83.2%) had an income exceeding 4,000 Yuan per month, which means they can afford things such as safety equipment and safety toys, which they would then put into practice (Megahed et al., 2016). By contrast, the mean amount of time spent with a child per day was 8.11 (SD=7.64), parents who stayed with their child for many hours a day could better perceive the dangers around the child, and they had more time to prevent their child from unintentional home injury (Younesian et al., 2016).

In conclusion, the practice of unintentional home injury prevention among parents in China was at a high level. Knowledge showed no relationship to practice, but attitude showed a statistically significant positive relationship to practice on unintentional home injury prevention for preschoolers at a moderate level.

Conclusions and implications

The findings of this study serve as preliminary data which could help nurses and other health care professionals in the pediatric ward and child health care department to better understand the relationship of knowledge, attitude, and practice on unintentional home injury prevention among parents of preschoolers. It can also be used to guide nurses when providing guidance and advice for parents on how to improve their unintentional home injury prevention practice.

Conclusions and recommendations

Further research should look at predicting factors related to parent's practice on unintentional home injury for preschoolers and other types of unintentional home injuries such as sharp injury and crash injury. Besides, since correlation among the variables still unclear from previous studies and this study,

more correlational research are needed prior to predictive research. Confounding variables among KAP should be explored.

Acknowledgments

The authors would like to express their gratitude to all those who helped us during the writing of this thesis. Including my advisors in Chiangmai University, the experts in unintentional injury on children in Thailand and China; the directors of three kindergartens in Jinniu District, Chengdu. Lastly, I would like to thank my family for their encouragement and supports.

References

Akturk, U., & Erci, B. (2016). Determination of knowledge, attitudes and behaviors regarding factors causing home accidents and prevention in mothers with a child aged 0-5 years. *Journal of Education and Practice, 7*(18), 142-153. Retrieved from https://eric.ed.gov/?id=EJ1105879

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2010). *National Center for Injury Prevention and Control (NCIPC).* Retrieved from https://www.cdc.gov/about/leadership/leaders/ncipc.html

Chow, C. B., Wong, W. H. S., Leung, W. C., Tang, M. H. Y., Chan, K. L., Or, C. K., ... Ip, P. (2016). Effectiveness of a technology-based injury prevention program for enhancing mothers' knowledge of child safety: Protocol for a randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols, 5*(4), 1-8. doi.org/10.2196/resprot.6216

El Seifi, O. S., Mortada, E. M., & Abdo, N. M. (2018). Effect of community-based intervention on knowledge, attitude, and self-efficacy toward home injuries among Egyptian rural mothers having preschool children. *Plos One, 13*(6), 1-12. doi.org/10.1371/journal.pone.0198964

Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2013). *Wong's essentials of pediatric nursing (9th ed.).* New York: Elsevier Health Sciences.

Hogan, C. M., Weaver, N. L., Cioni, C., Fry, J., Hamilton, A., & Thompson, S. (2018). Parental perceptions, risks, and incidence of pediatric unintentional injuries. *Journal of Emergency Nursing, 44*(3), 267-273. doi.org/10.1016/j.jen.2017.07.017

Ibrahem, A. M., Rashed, K. J., Babakir-Mina, M., & Muhamed, B. K. (2017). Mother's characteristics, knowledge and practices about children burn injury in Sulaimani City. *Kurdistan Journal of Applied Research, 2*(2), 6-12. doi.org/10.24017/science.2017.2.3

Ince, T., Yalcın, S., & Yurdakok, K. (2017). Parents' attitudes and adherence to unintentional injury prevention measures in Ankara, Turkey. *Balkan Medical Journal, 34*(4), 335-342. doi.org/10.4274/balkanmedj.2016.1776

Jaques, M. L., Weaver, T. L., Weaver, N. L., & Willoughby, L. (2018). The association between pediatric injury risks and parenting behaviours. *Child Care, Health and Development, 44*(2), 297-303. doi.org/10.1111/cch.12528

Liu, S., Zhou, H., Ma, J., Wang, C., Chen, Z., Chen, S., ... Deng, X. (2018). Knowledge, attitudes, and behaviors related to child safety restraint in citizens of Shenzhen Municipality, China, and the associations between these factors. *Traffic Injury Prevention, 19*(1), 42-48. doi.org/10.1080/15389588.2017.1329534

Megahed, M. A., Khalil, N. A., Ibrahem, R. A., & El Disoki, R. S. (2016). Knowledge, attitude and practice of rural mothers towards home injuries among children under 5 years of age in Menouf District-Menoufia Governorate, Egypt. *Menoufia Medical Journal, 29*(4), 1033-1035. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/324043497

Mohammed, A. R., Mohammed, N. S., Byoumi M. H. (2013). Supportive strategies regarding accidents prevention for mothers of children under five years old. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare, 3*(20), 180-188.

Nilsson, K. (2016). Parents' attitudes to risk and injury to children and young people on farms. *Plos One, 11*(6),1-15. doi.org/10.1371/journal.pone.0158368

Ozanne-Smith, J., & Li, Q. (2018). A social change perspective on injury prevention in China. *Injury Prevention, 24*(Suppl 1), i25-i31. doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042712

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research: Principles and methods.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Polit, D. F., Beck, C. T., & Owen, S. V. (2007). Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Research in Nursing & Health, 30*(4), 459-467.

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.

Poorolajal, J., Cheraghi, P., Hazavehei, S. M., & Rezapur, S. F. (2013). Factors associated with mothers' beliefs and practices concerning injury prevention in under five-year children, based on health belief model. *Journal of Research in Health Sciences, 13*(1), 63-68. Retrieved from http://jrhs.umsha.ac.ir/index.php/JRHS/article/view/789/

Rezapur-Shahkolai, F., Afshari, M., Moghimbeigi, A., & Hazavehei, S. M. M. (2017). Home-related injuries among under-five-year children and mothers' care regarding injury prevention in rural areas. *International Journal of Injury Control and Safety Promotion, 24*(3), 354-362. doi.org/10.1080/17457300.2016.1200628

Schwartz, N. E. (1976). Nutrition knowledge, attitudes and practices of Canadian public health nurses. *Journal of Nutrition Education, 8*(1), 28-31.

Silva, M. F., Fontinele, D. R.S., Oliveira, A. V. S., Bezerra, M. A. R., & Rocha, S. S. (2017). Determining factors of domestic accidents in early childhood. *Journal of Human Growth and Development, 27*(1), 10-18. doi.org/10.7322/jhgd.127643

Van Zoonen, E., & Baardse, R. (2016). 103 What influences parents of children under 5 years of age to take safety measures. *Injury Prevention, 22*(2), A1–A397. doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042156.103

Wang, T., & Cui, Q. (2020). Analysis on accidental mortality of children under five years old in Baoshan District of Shanghai from 2007 to 2016. *Maternal and Child Health Care in China, 35*(4), 589-592. (in Chinese) doi.org/10.19829/j.zgfybj.issn.1001-4411.2020.04.002

World Health Organization [WHO]. (2015). *World report on child injury prevention.* Retrieved from https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/

Xiang, L., Wang, K., Miao, L., Kang, L., Li, X., Zhu, J., ... Wang, Y. (2019). Injury-related mortality among children younger than 5 years in China during 2009–2016: An analysis from national surveillance system. *Injury Prevention, 25*(1), 60-66. doi.org/10.1136/injuryprev-2018-042853

Yin, Z., Wu, J., Luo, J., Pak, A. W., Choi, B. C., & Liang, X. (2015). Burden and trend analysis of injury mortality in China among children aged 0–14 years from 2004 to 2011. *BMJ Open, 5*(7), 1-8. doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007307

Younesian, S., Mahfoozpour, S., Shad, E. G., Kariman, H., & Hatamabadi, H. R. (2016). Unintentional home injury prevention in preschool children; A study of contributing factors. *Emergency, 4*(2), 72-77. doi.org/10.22037/aaem.v4i2.223

Zhao, T., Gui, L., Zhang J., & Li, Y. (2011). Investigation on the occurrence of unintentional injury of childhood and their parents' knowledge, attitude and practice on unintentional injury. *Chinese Journal of Modern Nursing, 17*(06), 645-647. doi.org/10.3760/cma.j.issn.1674-2907.2011.06.009

ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้*

Effects of the Motivation Program on Dietary Behaviors and Blood Sugar Level Among Uncontrolled Diabetic Persons*

พลอย	ทรัพย์ไพบูลย์กิจ **	Ploy	Subpaiboonkit **
ศิวพร	อึ้งวัฒนา ***	Sivaporn	Aungwattana ***
เดชา	ทำดี ***	Decha	Tamdee ***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและค่าระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจวัดผลก่อน-หลังการเข้าร่วมโปรแกรม และระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 48 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย และกลุ่มควบคุม 24 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของ Rogers (1986) ประกอบด้วยกระบวนการ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 3) ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร คู่มือการบริโภคอาหาร เครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร และแบบบันทึกการวัดระดับน้ำตาลในเลือด ดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 0.96 และ 1.00 ตามลำดับ และหาค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบวิลคอกซันและทดสอบแมนวิทนีย์ยู

ผลการวิจัยพบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p = 0.001 สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p =0.331 และค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p=0.005 และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ p=0.010

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ระดับน้ำตาลในเลือด พฤติกรรมบริโภคอาหาร ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: ploy.nobi@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 20 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 27 กรกฎาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 30 กรกฎาคม 2564

Abstract

This quasi-experimental research aims to compare the average dietary behavior scores and blood sugar levels between the experimental group before and after participation in a motivation program, and the control group that received normal hospital service. The sample group of 48 uncontrolled diabetic people is comprised of a control group and an experimental group of 24 people each. The tools consisted of an eight-week motivational program which aimed to prevent complications in uncontrolled diabetic people, and was developed from Roger's concept of Protection Motivation theory (1986) which includes 4 steps: 1) promoting perceived severity of complications from diabetes; 2) promoting perceived risk of diabetes complications; 3) expectations for the positive effects of dietary behavior adjustment; and 4) expectations for their own ability to adjust dietary behavior, dietary guide, and blood sugar meter. Data were collected via three instruments: a Demographic Data Questionnaire, a Dietary Behavior Questionnaire (CVI = 0.96) and a Blood Sugar Record (CVI = 1.00) with a reliability coefficient value of 0.81. The data was then analyzed using Wilcoxon for the dependent sample and the Mann Whitney U test for the independent sample.

The results showed that after participating in the motivation program, the experimental group displayed significantly higher than average scores for dietary behaviors than before participating in the program ($p = .001$), and higher than those of the control group which received normal hospital services ($p = .331$). After the program was finished, there was also a significant reduction in the blood sugar levels of the experimental group compared with before their participation in the program ($p = .005$), and compared with that of the controlling group which received normal hospital services ($p = .010$).

The outcome suggests that motivation programs can be recommended for motivational adjustment of the dietary behavior of uncontrolled diabetic people which could effectively lead to reduction in blood sugar levels.

Keywords: Blood sugar level, Dietary behaviors, Motivation program, Uncontrolled diabetic persons

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: ploy.nobi@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 20 July 2021; Revised 27 July 2021; Accepted 30 July 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขสำคัญและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลของสหพันธ์เบาหวาน รายงานว่าในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน ในประชากร 10 คน จะพบว่ามีผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 1 คน ทุก ๆ 6 วินาที จะมีคนเสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 1 คน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2583 จำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 11,389 ราย หรือเฉลี่ยวันละ 32 คน (Duangkrat, Labwongwattana, & Chansatitporn, 2019)

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 กำหนดให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้มากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 40 แต่พบผู้ที่เป็นเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี มีเพียงร้อยละ 37.90 (Duangkrat et al., 2019) สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดเชียงใหม่ พบผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมดจำนวน 102,622 คน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีมีเพียง 20,306 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 19.79 (Division of Non Communicable Diseases, 2020) ซึ่งถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เมื่อพิจารณาถึงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของอำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าอำเภอสารภี มีผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงที่สุดและมีผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีมีเพียงร้อยละ 20.54 (Public Health Amphoe Sarapee, 2020)

ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้จะส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ โดยทางด้านร่างกายจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบหลอดเลือด การเสื่อมของจอตา การเสื่อมของหน่วยไต และระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม (Seangdand, 2017) จากรายงานที่พบในประเทศไทย คนที่เป็นเบาหวานมีภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวาน ได้แก่ ไตเสื่อม ร้อยละ 46.0-53.0 การมองเห็นผิดปกติ ร้อยละ 31.0-43.0 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 8.0 โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ร้อยละ 4.4 และพบโปรตีนในปัสสาวะ ร้อยละ 43.0 ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่สำคัญในการเกิดไตวายระยะสุดท้าย นอกจากนี้ยังพบการเกิดแผลที่เท้าจนถึงการตัดเท้า (Wattanakul & Nhamkam, 2014) สำหรับผลกระทบทางด้านจิตใจ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานต้องมีการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิต การเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเกิดความกลัว วิตกกังวล และซึมเศร้า (Young & Unachukwu, 2012) นอกจากนี้การรักษาเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนจะเสียค่าใช้จ่ายในการรักษามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า (Nukulkit & Sareerat, 2018) อีกทั้งยังพบว่าผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เกือบร้อยละ 80 คือประชากรวัยทำงาน (Wattanakul & Nhamkam, 2014) ซึ่งหากเกิดภาวะแทรกซ้อนจะทำให้มีผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม เนื่องจากวัยทำงานส่วนใหญ่จะเป็นเสาหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว และเป็นกำลังสำคัญในการมีส่วนร่วมพัฒนาชุมชน

การรักษาโรคเบาหวานมีจุดมุ่งหมายที่สำคัญคือการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อไม่ให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการรักษาโรคเบาหวานนั้นประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้องร่วมกับการใช้ยาอย่างเหมาะสม ทั้งนี้ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด คือการบริโภคอาหาร (Srisaket, Chaisa, Wanchai, Meeboonmak, & Pokwangyut, 2017) จากการศึกษาของ วินธนา คูสิริสิน (Kusirisin, 2003) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมากกว่าครึ่งไม่สามารถควบคุมอาหารในหมวดอาหารที่ห้ามรับประทานได้ เนื่องจากความเคยชินกับนิสัยบริโภคเดิม และปัจจุบันคนไทยมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป เช่น การเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสมจากการทำงานที่เร่งรีบ การรับประทานอาหารนอกบ้าน (Wannasang, Nithi-

yanan, & Deerojanawong, 2007) ทำให้การเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานโดยมีแนวโน้มมากขึ้นทั้งในชุมชนเมืองและชนบท ดังนั้นการเลือกบริโภคอาหารอย่างถูกต้องเพื่อสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ดังการศึกษาของสมาคมโรคเบาหวานอเมริกัน (American Diabetes Association, 2008) ที่ศึกษาพบว่าการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งมีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน (Diabetes Association of Thailand, 2017)

การจะทำให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้เกิดการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารขึ้นอยู่กับแนวคิดทฤษฎีที่หลากหลาย เช่น ทฤษฎีการจัดการตนเอง (self-management) ประกอบด้วยแรงจูงใจ และการเรียนรู้ที่เป็นปัจจัยหลักของกลไกการปรับพฤติกรรมของบุคคล (Bandura, 1977) และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ประกอบด้วยการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลการกระทำ ซึ่งองค์ประกอบทั้งสองมีผลต่อแรงจูงใจและการตัดสินใจของบุคคล (Kampalikit & Baramee, 2012) ดังนั้นการสร้างแรงจูงใจจึงถือเป็นแนวคิดสำคัญอย่างหนึ่งที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Roger, 1986) ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในกลุ่มเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดโรค ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ศึกษาการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานซึ่งในประเทศไทยยังมีไม่แพร่หลาย ดังเช่นการศึกษาของสุปราณี เฟื่องฟุ้ง (Fuengfung, 2015) ที่นำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารโดยใช้หลักอาหารแลกเปลี่ยนต่อความรู้พฤติกรรมสุขภาพและระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพซึ่งรวมถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้นและระดับน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการทบทวนวรรณกรรมในงานวิจัยต่างประเทศพบว่าการศึกษาของ ดัชติ ดาบาชิ และโทฟางชิฮา (Dashti, Dabaghi, & Tofangchiha, 2020) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมโดยการนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาเป็นแนวคิดในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้ (Dashti et al., 2020)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ของโรเจอร์ส (Roger, 1986) ที่มีแนวคิดใช้วิธีการเริ่มต้นจากการกระตุ้นความกลัว โดยเชื่อว่าบุคคลจะเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหาร ขึ้นอยู่กับกระบวนการรับรู้ของตนเอง 4 ขั้นตอน คือ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 3) ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร จากปฏิสัมพันธ์ของกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 กระบวนการทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับให้มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

4. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

2. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

4. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการช่วยควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Rogers, 1986) มาประยุกต์ใช้โดยการกระตุ้นทำให้เกิดความตระหนักเพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบของภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคเบาหวาน 2) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยการเสนอตัวแบบด้านลบ เปิดโอกาสในการซักถาม และให้กลุ่มตัวอย่างบอกถึงโอกาสของตนเองที่อาจเกิดขึ้น และสรุปการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน 3) ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ด้วยการเสนอตัวแบบโดยการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดจากการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารและไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน และ 4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยจัดกิจกรรมการวางแผนมื้ออาหาร และการชั่งตวงในการประเมินสัดส่วนอาหาร มีการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมต่าง ๆ สร้างความเชื่อมั่นให้กลุ่มตัวอย่าง ทำให้สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตนเองมุ่งหวัง โดยภาพรวมของการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่จะทำให้เกิดแรงจูงใจ และสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ การวัดผลวัดจากคะแนนพฤติกรรมบริโภคอาหารและค่าระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งจะนำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi experimental design) แบบ 2 กลุ่มและมีการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest experimental design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือด ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดลอง (level of power) .90 และ

ประมาณค่าหาขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 20 คน และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวนร้อยละ 20 (Nararom, 2009) ได้กลุ่มตัวอย่างละ 24 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 48 คน กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ยินดีเข้าร่วมตลอดการวิจัย 2) ไม่มีปัญหาด้านการอ่าน เขียน และการสื่อสาร 3) อายุ 35-59 ปี 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน จากการประเมินโดยแพทย์ประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุก 6 เดือน และ 5) มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำและอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วมากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ในระยะเวลาย้อนหลัง 3 เดือน ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง (International Diabetes Federation, 2013) ส่วนเกณฑ์ในการคัดออกคือมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ได้รับการรักษาด้วยการฉีดยาอินซูลิน และไม่สามารถเข้าร่วมตลอดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Rogers, 1986) ซึ่งประกอบด้วยกระบวน 4 ขั้นตอน ได้แก่ การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร และ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร 2) คู่มือการบริโภคอาหาร 3) สื่อและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ 4) เครื่องมือที่ใช้ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ได้รับการตรวจสอบความแม่นยำเปรียบเทียบกับเครื่อง biochemistry หรือเครื่องวัดมาตรฐาน 5) ตัวแบบด้านลบ มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้และมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารไม่เหมาะสม และ 6) ตัวแบบด้านบวก มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ซึ่งตัวแบบทั้งด้านลบและด้านบวกเป็นเพศชาย 1 คน และเพศหญิง 1 คน นำเสนอเป็นบุคคลจริงและมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรม

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เกี่ยวกับอายุและเพศ 2) แบบสอบถามพฤติกรรมบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติถึงปฏิบัติเป็นประจำ เป็นคะแนน 1 - 4 ตามลำดับ หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity [CVI]) ได้เท่ากับ 0.96 และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Conbarch's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.81 และ 3) แบบบันทึกการวัดระดับน้ำตาลในเลือด หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity [CVI]) ได้เท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อนุมัติเมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2564 เลขที่โครงการ: 2564-008 รหัสโครงการ: 2564-EXP006 หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อการนำเสนอข้อมูลทั้งหมดจะนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วยกระบวน 4 ขั้นตอนตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ส (Rogers, 1986) ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 (3 ชั่วโมง) นัดกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพสต. ทำ pre-test จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 1 คือส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยใช้สื่อเน้นภาพและวิดีทัศน์แสดงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสื่อดังกล่าวพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะตามผู้ทรงคุณวุฒิ ประเมินการรับรู้ความรุนแรง จากนั้นสรุปและพูดจูงใจ จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 2 คือการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน โดยการนำเสนอตัวแบบด้านลบทั้งเพศชายและเพศหญิง จากนั้นประเมินการรับรู้โอกาสเสี่ยง

2. สัปดาห์ที่ 2 (3 ชั่วโมง) นัดกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพสต. จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 3 คือ ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม โดยการนำเสนอตัวแบบด้านบวกทั้งเพศชายและเพศหญิง ประเมินความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง จัดกิจกรรมในขั้นตอนที่ 4 คือ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยแจกคู่มือการบริโภคอาหาร ปฏิบัติการจัดการอาหารด้วยการให้ความรู้เรื่องการนับปริมาณคาร์โบไฮเดรต สาธิตการจัดเมนูอาหาร ใน 1 วัน ให้สอดคล้องกับบริบทอาหารท้องถิ่น จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเขียนการจัดการอาหารให้เหมาะสมใน 1 วัน

3. สัปดาห์ที่ 3 (2 ชั่วโมง) ติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารทางโทรศัพท์ รายละประมาณ 5 นาที

4. สัปดาห์ที่ 4 (1 ชั่วโมง 30 นาที) วัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วภายหลังงดน้ำและอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมง (ตรงกับการนัดเจาะเลือดตามปกติของ รพสต.)

5. สัปดาห์ที่ 5 (1 ชั่วโมง) ติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารทางกลุ่มไลน์ แบ่งกลุ่ม 6 คน 4 กลุ่ม หากกลุ่มตัวอย่างไม่ตอบไลน์ มีการติดตามด้วยการทักไลน์เดี่ยวหรือโทรศัพท์แทน

6. สัปดาห์ที่ 6-7 ติดตามพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยการเยี่ยมบ้าน วันละ 5-6 ราย รายละ 30 นาที ให้คำปรึกษารายบุคคล รวบรวมข้อมูลการบันทึกอาหารในคู่มือการบริโภคอาหาร

7. สัปดาห์ที่ 8 (1 ชั่วโมง 30 นาที) วัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้วภายหลังงดน้ำและอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมง (ตรงกับการนัดเจาะเลือดตามปกติของ รพสต.) และทำ post-test

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ของข้อมูลส่วนบุคคล เพศ และอายุ

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ภายหลังทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov one sample test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งไม่ปกติ จึงใช้สถิติ Mann Whitney U test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จำนวน 48 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลท่ากว้าง และกลุ่มควบคุม 24 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลขัวมุง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเพศหญิง 31 ราย (ร้อยละ 64.6) เพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 35.4) มีอายุระหว่าง 35-59 ปี โดยอายุเฉลี่ยเท่ากับ 53.31 ปี (SD = 5.16)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม (n = 24)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการเข้าร่วม		หลังการเข้าร่วม		p-value
	โปรแกรม	S.D.	โปรแกรม	S.D.	
คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร	53.13	3.86	60.71	8.44	.001
ค่าน้ำตาลในเลือด	166.96	6.74	146.79	7.55	.005

3. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .008 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ (n = 48)

คะแนนพฤติกรรมการบริโภค	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ		กลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ		p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
ก่อนได้รับโปรแกรม	53.13	3.86	54.29	4.99	.331
หลังได้รับโปรแกรม	60.71	8.44	54.63	4.03	.008

4. ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .010 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ (n = 48)

ระดับน้ำตาลในเลือด	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ		กลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ		p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.	
ก่อนได้รับโปรแกรม	166.96	6.74	160.91	3.77	.765
หลังได้รับโปรแกรม	146.79	7.55	166.08	7.33	.010

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมบริโภคเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากผลของการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามแนวคิดของโรเจอร์ส (Rogers, 1986) ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1. การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบและความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ประกอบการใช้สื่อกระตุ้นเน้นด้วยภาพและสื่อวีดีทัศน์แสดงถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน ซึ่งการรับรู้ความรุนแรงของโรคนั้นเกิดจากการที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมบางอย่างจะทำให้บุคคลได้รับผลร้ายแรง โดยใช้สื่อเป็นสิ่งสำคัญในการเผยแพร่ (Norman, Boer, & Seydel, 2005) และจากโปรแกรมนี้ได้กระตุ้นให้เกิดการรับรู้ว่าหากไม่มีการปรับพฤติกรรมบริโภค จะเกิดความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนดังสื่อที่แสดง หลังจากนำเสนอผู้วิจัยประเมินการรับรู้จากสีหน้าและการแสดงความคิดเห็น กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเขียนถึงความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อน และสรุปพูดจูงใจ

ขั้นตอนที่ 2 การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบด้านลบทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปรียบเทียบจากการเรียนรู้พฤติกรรมของตัวแบบด้านลบ (Kampalikit & Baramee, 2012) และผู้วิจัยกล่าวเชื่อมโยงกับตัวแบบด้านลบ ใช้การสื่อสารเชิงคุกคามต่อสุขภาพทำให้บุคคลเชื่อว่าตนเองกำลังตกอยู่ในภาวะเสี่ยง (Norman et al., 2005) ผู้วิจัยประเมินการรับรู้โดยการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนเขียนถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของตนเอง

ขั้นตอนที่ 3 ความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหาร ผู้วิจัยนำเสนอตัวแบบด้านบวกทั้งเพศชายและเพศหญิง ทำให้บุคคลเกิดการเปรียบเทียบและมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการกระทำหรือปฏิบัติมากยิ่งขึ้น (Kampalikit & Baramee, 2012) ผู้วิจัยประเมินความคาดหวังในผลดีของการปรับพฤติกรรมบริโภคอาหารโดยให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความคาดหวังของตนเองในอนาคต จากนั้นสรุปเน้นความสำคัญและประโยชน์ของการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสม

ขั้นตอนที่ 4 ส่งเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ผู้วิจัยปฏิบัติการจัดการอาหารโดยการให้ความรู้เรื่องการนับปริมาณคาร์โบไฮเดรต ประกอบด้วยการวางแผนมื้ออาหารให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับประทานเป็นประจำ ทำให้มองเห็นภาพและปรับพฤติกรรมบริโภคได้ง่ายขึ้น การประเมินสัดส่วนอาหารโดยการฝึกชั่งตวงอาหาร และสาธิตการจัดเมนูอาหารใน 1 วัน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนเขียนการจัดการอาหารให้เหมาะสมใน 1 วัน ผู้วิจัยกล่าวสรุปกิจกรรมสร้างความเชื่อมั่นและสร้างแรงจูงใจในการปรับพฤติกรรมบริโภคให้เหมาะสม แจกคู่มือการบริโภคอาหาร แนะนำการบันทึกอาหารที่รับประทาน จากนั้นติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารทางโทรศัพท์ กลุ่มไลน์ และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งการเยี่ยมบ้านเป็นหนึ่งในบทบาทและขอบเขตของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนช่วยให้มองเห็นภาพการดูแลผู้ป่วย เป็นรายบุคคล เหมาะสมกับครอบครัวและสภาพแวดล้อมได้ชัดเจนขึ้น (Wannapeera, 2012) นอกจากนี้การติดตามพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ เป็นการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนนี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่ทำให้เกิดแรงจูงใจ และสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือด

ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี เฟื่องฟุ้ง (Fuengfung, 2015) ที่นำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมาใช้ในการศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมอาหารในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพซึ่งรวมถึงพฤติกรรมบริโภคอาหารเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ช่วยให้บุคคลเชื่อมโยงให้เกิดแรงจูงใจผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนดังที่กล่าวมาข้างต้น ทำให้มีผลทำให้พฤติกรรมการบริโภคเพิ่มขึ้น

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เนื่องจากผลของการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคตามแนวคิดของโรเจอร์ส (Rogers, 1986) ซึ่งจากกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอนดังกล่าวต้องใช้ระยะเวลาในการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยา เพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้เหล่านี้ (Rogers, 1986) เพื่อให้บุคคลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยสอดคล้องกับการศึกษาของรวีวรรณ ยิ้มเนียม, วสุธร ตันวัฒนกุล, และบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์ (Yimniam, Tanvatanaluk, & Kijpreedarborisuthi, 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีต่อแรงจูงใจในการป้องกันโรคและควบคุมน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเป็นโรคเบาหวาน อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลลดลงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลของกระบวนการดังกล่าวทำให้บุคคลเกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางจิตวิทยาในการรับรู้กระบวนการทั้ง 4 เกิดความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร นำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือด ซึ่งประสิทธิผลของตนเองในการผ่านกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในระดับสูงสุดและเป็นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลปฏิบัติตามโดยแท้จริง (Rogers, 1986)

3. ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจและกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .008

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีพฤติกรรมบริโภคเพิ่มสูงขึ้น มากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการปกติเนื่องมาจากผลของการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถเกิดกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนและถูกติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังผ่านการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความตั้งใจในการปรับพฤติกรรมและมีพฤติกรรมบริโภคเพิ่มสูงขึ้นมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ ส่วนในกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอาจได้รับการกระตุ้นแรงจูงใจในระดับหนึ่งซึ่งอาจไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการรับรู้ทุกกระบวนการ ส่งผลให้มีพฤติกรรมบริโภคเช่นเดิม เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคเป็นพฤติกรรมที่เกิดเป็นนิสัย และมีการดำเนินชีวิตด้วยความเคยชิน (Kusirisin, 2003) โดยยืนยันจากการศึกษาของสุปราณี เฟื่องฟุ้ง (Fuengfung, 2015) ที่นำทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคมาใช้ในการศึกษา ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสุขภาพซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการบริโภคเพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, วิลาวรรณ พันธุ์พฤกษ์, ศศิธร กรุณา, และ สุจิตรา ลิ้มอำนวยลาภ (Methakanjanasak, Phanphruk, Karuna, & Limumnoilap, 2014) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ผลการศึกษาพบว่าหลัง

การได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดทั้งโดยรวมและรายด้าน ซึ่งรวมถึงพฤติกรรมการบริโภคสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. ผลเปรียบเทียบค่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .010

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจมีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ เนื่องจากผลของการสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคสามารถเกิดกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนและถูกติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารหลังผ่านการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอนอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ จึงมีการปรับพฤติกรรมการบริโภค ส่งผลให้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติที่ได้รับการกระตุ้นแรงจูงใจในระดับหนึ่งซึ่งอาจไม่มากพอที่จะทำให้เกิดการรับรู้ทุกกระบวนการ ส่งผลให้มีพฤติกรรมบริโภคเช่นเดิมและไม่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของรวีวรรณ ยิ้มเนียม และคณะ (Yimniam et al., 2018) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีต่อแรงจูงใจในการป้องกันโรคและควบคุมน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงต่อเบาหวาน ผลการศึกษาพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป ผลของโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคและระดับน้ำตาลดีขึ้น โดยต้องมีการสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดกระบวนการรับรู้ทั้ง 4 ขั้นตอน และมีการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นตัวเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจเกิดการควบคุมและปรับพฤติกรรมการบริโภคที่ดี สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ นำไปสู่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจไปใช้ในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นการสร้างแรงจูงใจและการให้ความรู้ตามโปรแกรม มีการติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหารอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถพัฒนาสื่อการสร้างแรงจูงใจชนิดอื่นเพื่อประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ new normal เพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรังอื่น ๆ ได้

2. สามารถนำโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจไปใช้กับพฤติกรรมสุขภาพอื่น ๆ เช่น พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการความเครียด และประยุกต์ใช้ในกลุ่มโรคติดต่อไม่เรื้อรังอื่น ๆ เพื่อช่วยในการปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เช่นเดียวกัน

References

American Diabetes Association. (2008). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care, 31*(1), 51-60.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* New Jersey: Prentice-hall.

Dashti, S., Dabaghi, P., & Tofangchiha, S. (2020). The effectiveness of training program based on protective motivation theory on improving nutritional behaviors and physical activity in military patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 9*(7), 3328–3332.

Diabetes Association of Thailand. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes.* (in Thai) Retrieved from https://www.dmthai.org/attachments/article/443/guideline-diabetes-care-2017.pdf

Division of Non Communicable Diseases. (2020). *Information of non communicable disease.* (in Thai) Retrieved from http://www.thaincd.com

Duangkrat, K., Labwongwattana, P., & Chansatitporn, N. (2019). Improvement of self-management program in uncontrolled type II diabetes patients. *Journal of Health and Nursing Research, 36*(1), 66-83. (in Thai)

Fuengfung, S. (2015). Effect of a diet control program using food exchange on knowledge, health behaviors, and blood glucose levels among persons with type 2 diabetes in district health promoting hospitals. *Journal of Public Health nursing, 29*(3), 34-49. (in Thai)

International Diabetes Federation. (2013). *Managing older people with type 2 diabetes global guideline.* Retrieved from http://www.diabeteswatch.org/idf-global-guideline-for-managing-oilder-people-with-type-2-diabetes

Kampalikit, S., & Baramee, J. (2012). *Health promotion guidebook in Bachelor of Nursing course.* Khon Kaen: Faculty of Nursing Khon Kaen University. (in Thai)

Kusirisin, W. (2003). *Self care in nutrition and health and blood sugar level of non-insulin dependent diabetes mellitus patients.* Chiang Mai: Chiang Mai University. (in Thai).

Methakanjanasak, N., Phanphruk, W., Karuna, S., & Limumnoilap, S. (2014). The effect of motivational program on blood glucose control in type 2 diabetic patients. *KKU Research Journal. 3*(6), 91-101. (in Thai)

Nararom, S. (2009). *Application of protection motivation theory and social support for health care behaviors modification of non-insulin dependent diabetes mellitus, Tambon Nongtoom, Muang, Khon Kaen.* (Master of Public Health Program). Graduate School, Khon Kaen University. (in Thai)

Norman, P., Boer, H., & Seydel, E. R. (2005). *Protection motivation theory.* United Kingdom: Open University Press.

Nukulkit, S., & Sareerat, T. (2018). Effectiveness of health promotion program with group process on the self-care behaviors modification of type 2 diabetic patients at Sukkasem Community Health Center, Tambon Tatcheungchum, Muang, Sakon Nakhon. *Journal of Sakon Nakhon Hospital. 21*(1), 77-86. (in Thai)

Public Health Amphoe Sarapee. (2020). *Documentation for monitor of public health 2562.* (in Thai) Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/190710156274504289.pdf

Rogers, R. W. (1986). Protection Motivation Theory. *Health Education Research Theory and Practice, 1*(3), 153-161.

Seangdand, S. (2017). Self-care behaviors of patients with uncontrolled DM. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health. 4*(1), 191-204. (in Thai)

Srisaket, J., Chaisa, P., Wanchai, A., Meeboonmak, Y., & Pokwangyut, W. (2017). Diet consumption behavior modification patterns to control blood sugar levels of patients with diabetes in Thailand: A systematic review. *EAU Heritage Journal Science and Technology. 11*(2), 156-170. (in Thai)

Wannapeera, W. (2012). *Home visit and home care.* Pitsanulok: Faculty of Medicine, Naresuan University.

Wannasang S., Nithiyanan W., & Deerojanawong C. (Eds.). (2007). *The situation of diabetes in Thailand.* Bangkok: Wiwat Press.

Wattanakul, B., & Nhamkam, S. (2014). Risk perception, T2DM, diabetes complications. *Journal of Nursing and Health care. 32*(3). 61-68. (in Thai)

Yimniam, R., Tanvatanaluk, V., & Kijpreedarborisuthi, B. (2018). Effects of lifestyle change pattern program having motivation on disease prevention and blood sugar control of potential diabetes risk group of people of Bangkhla District, Chachoengsao Province. *Journal of the Department of Medical Services. 43*(2), 118-123. (in Thai)

Young, E. E., & Unachukwu, C. N. (2012). Psychosocial aspects of diabetes mellitus. *Journal of Diabetes Medicine, 20*(1), 5-7.

ระดับความเครียดและปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน*
The Stress Level and Stress Related Factors Among Ambulance Drivers*

พินาลิน	เพ็ญทอง **	Pinalin	Penthong **
ไชยนันต์	แท่งทอง ***	Chaiyanun	Tangtong ***
สรา	อาภรณ์ ****	Sara	Arphorn ****
สุจินดา	จารุพัฒน์ มารุโอ ***	Suchinda	Jarupat Maruo ***
จุฑาธิป	ศีลบุตร ***	Jutatip	Sillabutra ***

บทคัดย่อ

ความเครียดจากการทำงานเป็นอีกหนึ่งปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะวิชาชีพที่ต้องทำงานเพื่อช่วยเหลือมนุษย์และให้บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉิน การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง เพื่อประเมินระดับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน และเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการทำงานกับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินขององค์กรอาสาสมัคร 2 แห่ง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน จำนวน 83 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยการทำงาน ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.98 และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่าเท่ากับ 0.73 และ 0.76 ตามลำดับ ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาคำนวณหาความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับความเครียดด้วยสถิติไคสแควร์ และสถิติฟิชเชอร์

ผลการศึกษาพบว่า

1. ระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเครียดเล็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 43.4 และอยู่ในระดับเครียดมาก คิดเป็นร้อยละ 12

2. ความเครียดมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสถานภาพ รายได้เฉลี่ยที่ได้รับต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน (P-value < 0.001) เวลาการเข้ากะทำงานต่อวัน (P-value < 0.05) ระดับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่พบขณะออกปฏิบัติการเฉลี่ยต่อวัน การประสบอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาลฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา (P-value < 0.001) การปวดกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณ ต้นคอ หลัง เอว (P-value < 0.05) และการรู้สึกได้รับความกดดันจากผู้ป่วยและหรือญาติของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่ (P-value < 0.001)

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด นำไปสู่การให้ความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ ที่เหมาะสมในการปรับตัวและ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาปริญญาโท สาขาวิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
e-mail: pinalin.penthong@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

**** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันที่รับบทความ 15 กันยายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 5 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2564

การเผชิญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

คำสำคัญ: ปัจจัย ความเครียด พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน

Abstract

Nowadays, work-related stress is one of the major causes of health problems, especially the professions that work to help other humans and the emergency medical service systems. This research used a Cross-sectional study, for studying the stress level among ambulance drivers and study the relationship among general characteristics, work-related factors, and the stress in ambulance drivers. The participants were 83 ambulance drivers, who have a driving license and passed the emergency medical vehicle driving training program. Data were collected between July and September 2020. The research instrument was a questionnaire consisting of three parts: general characteristics, work-related factors. The content validity of the questionnaire was examined by three experts. The content validity index was 0.98. The reliability of part one and part two were 0.73 and 0.76 respectively. The stress level was measured using the questionnaire: The stress measurement model, Thai Stress Test. The Cronbach's alpha coefficient was 0.84. Data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage. The relationship between general characteristics and work-related factors with stress level was analyzed using Chi–square test and Fisher's exact test.

The results of this study showed that:

1. Ambulance drivers had mild stress (43.4%) followed by high stress (12%).

2. Stress was significantly associated with status, monthly income, household monthly income, income sufficiency (P-value < 0.001), type of shift work per day (P-value < 0.05), emergency severity index (ESI) in resuscitation, Ambulance driver accident in one year ago (P-value < 0.001), neck pain, back pain, waist pain (P-value < 0.05) and pressure from patient and the family members (P-value < 0.001).

The results of this study can be used as baseline information and guidance for ambulance drivers who were aware of factors associated with stress, leading to knowledge and advice appropriate to adjusting and coping with factors associated with stress.

Keywords: Factors, Stress, Ambulance driver

* Master's thesis, Master of Science Program in Occupational Health and Safety, Faculty of Public health, Mahidol University
** Corresponding Author, Graduate Student of Science program in Occupational Health and Safety, Faculty of Public health, Mahidol University; e-mail: pinalin.penthong@hotmail.com
***Associate Professor, Faculty of Public health, Mahidol University
****Assistant Professor, Faculty of Public health, Mahidol University

Received 15 September 2021; Revised 5 October 2021; Accepted 27 October 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

บุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นกลุ่มอาชีพที่มีคุณค่าต่อการปฏิบัติงานให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยบาดเจ็บฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุและนำส่งไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลที่ได้มาตรฐานที่อยู่ใกล้ที่สุด ปัจจุบันมีจำนวนรถพยาบาลฉุกเฉินในระบบการแพทย์ฉุกเฉินมากกว่า 15,000 คัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ (Chadbunchachai, 2008) พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน มีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินให้ได้รับการรักษาอย่างรวดเร็วปลอดภัย โดยบุคลากรเหล่านี้ต้องผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ ทักษะในการปฏิบัติการฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง

การปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉิน ต้องพบเจอกับปัจจัยเสี่ยงในการทำงานและผลกระทบต่อสุขภาพหลากหลายด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปฏิบัติงาน ปัจจัยด้านลักษณะงานที่ต้องพบเจอผู้ป่วยบาดเจ็บหลายรูปแบบ ปฏิบัติงานหลายบทบาทหน้าที่ ต้องปฏิบัติงานครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง หรือมีการเข้าเวรหมุนผลัดเปลี่ยนกันไปทุก ๆ 8-12 ชั่วโมง ต้องมีความพร้อมเสมอสำหรับสถานการณ์ที่ไม่สามารถคาดเดาได้ (Pumfang & Srisatidnarakul, 2015) ด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงาน ต้องพบเจอกับสภาพแวดล้อมบนถนน ความเสี่ยงต่อการได้รับสัมผัสสิ่งคุกคามต่อสุขภาพ เช่น สัมผัสเลือด สารคัดหลั่งของผู้ป่วย (Patcharatanasan, Ekburanawat, Kanoungkid, & Punyaratabandhu, 2016) ด้านการยศาสตร์ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง เนื่องจากการทำงานที่ต้องยก เข็น และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ต้องมีการก้ม เงย ยก บิดหมุนเอี้ยวตัวตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน (Hansen, Rasmussen, Kyed, Nielsen, & Andersen, 2012)

จากข้อมูลของสมาคมเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์แห่งชาติ ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ปฏิบัติงานในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน กำลังเผชิญกับความเครียดจากหลายปัจจัย ทั้งความกดดันด้านเวลาและภาระงาน การทำงานที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ โดยพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนมากพยายามฆ่าตัวตาย มีภาวะทางสุขภาพจิตและภาวะซึมเศร้าคิดเป็นร้อยละ 37 (National Association of Emergency Medical Technicians, 2016) ในประเทศไทยข้อมูลสุขภาพจิตของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน 2 ใน 10 คน มีโอกาสเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 16.2 ส่วนใหญ่เกิดจากความวิตกกังวล รู้สึกตึงเครียดอยู่ตลอดเวลา (Wachiradilok & Sirisamutr, 2015) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความชุกของความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเจ้าหน้าที่กู้ชีพที่ปฏิบัติงานในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 52.10 มีความเครียดจากการทำงานในระดับสูง (Somboon, 2009) ซึ่งถ้าผู้ปฏิบัติงานอยู่ในภาวะที่มีความเครียด มักจะส่งผลกระทบต่องาน ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งยังส่งผลให้เกิดความเสียหายต่อสุขภาพ ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ความกดดันทางอารมณ์ และความวิตกกังวล (Cooper & Marshall, 1976) ซึ่งหากพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน มีสุขภาพกายที่แข็งแรงและสุขภาพจิตดี ย่อมลดปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุรถพยาบาล และช่วยให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ถ้าไม่สามารถปรับตัวได้จะก่อให้เกิดความเครียดตามมาได้มาก

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการทำงานและความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินขององค์กรอาสาสมัคร เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปัจจัยความเสี่ยงและความเครียดจากการทำงานของพนักงานขับรถปฏิบัติการฉุกเฉินในประเทศไทยเพิ่มขึ้น นำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน เพื่อให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ นำส่งผู้ป่วยฉุกเฉินให้ถึงโรง

พยาบาลได้อย่างรวดเร็วและปลอดภัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน

2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการทำงาน กับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน

คำถามการวิจัย

1. ระดับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินเป็นอย่างไร

2. ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยการทำงานมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินหรือไม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ใช้แนวคิดของวิลเลี่ยมส์และคูเปอร์ (Cooper & Marshall,1976) ซึ่งอธิบายว่า เมื่อผู้ปฏิบัติงานอยู่ในภาวะที่มีความเครียดจะส่งผลกระทบต่องานที่ทำ หรือส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งผลกระทบของความเครียดก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อสุขภาพส่วนบุคคล สังคม ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของความเจ็บป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจ ความกดดันทางอารมณ์ ความวิตกกังวล ร่วมกับแนวคิดของเฟรดเดอริค (Frederick, 1977) ที่ได้แบ่งปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในการทำงานเป็น 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ รายได้ สถานภาพการสมรส โรคประจำตัว เป็นต้น และปัจจัยในการทำงาน เช่น ลักษณะงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน และสังคม รวมทั้งจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยจึงจำแนกปัจจัยความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย ด้านลักษณะงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการยศาสตร์ และด้านจิตวิทยาสังคม นำไปสู่การประเมินระดับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน และหาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับปัจจัยต่าง ๆ เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน ให้พร้อมสำหรับการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินการแพทย์และรถพยาบาลขององค์กรอาสาสมัคร ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทั้งที่เป็นพนักงานประจำและอาสาสมัคร ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา (Krejcie & Morgan, 1970) ดังนี้

$$n = \frac{x^2Np(1-p)}{e^2(N-1)+x^2p(1-p)}$$

เมื่อ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง, N = ขนาดของประชากร 110 คน

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ 5% = 0.05

x^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 ระดับความเชื่อมั่น 95% = 3.841

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

เมื่อแทนค่าลงในสูตรทำให้ได้กลุ่มตัวอย่าง 86 คน เพื่อป้องกันการได้รับแบบสอบถามและข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 10 % คือ 9 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 95 คน

จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน (Proportional Stratified Random Sampling) เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยนำประชากรมาแบ่งเป็นกลุ่มย่อย แล้วเลือกตัวอย่างจากแต่ละกลุ่มตามสัดส่วนประชากร โดยจากการคำนวณต้องการกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 95 คน จากองค์กรอาสาสมัคร 2 แห่ง ดังนี้

	องค์กรอาสาสมัคร		รวม
	องค์กรอาสาสมัคร 1	องค์กรอาสาสมัคร 2	
จำนวนประชากร	50	60	110
สัดส่วนของประชากรในแต่ละองค์กร	50*95/110 = 43.18	60*95/110 = 51.81	94.99
จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละองค์กร	43	52	95

โดยผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้ง 2 แห่ง ให้ครบตามจำนวน 95 คน ทั้งนี้มีผู้ไม่สมัครใจเข้าร่วมงานวิจัยจำนวน 12 คน จึงเหลือผู้ตอบแบบสอบถามงานวิจัยจำนวน 83 คน

เกณฑ์การคัดเข้าศึกษา (Inclusion criteria)

1) เพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 18-60 ปี จากองค์กรอาสาสมัคร 2 แห่ง ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2) ปฏิบัติการเต็มเวลาหรือปฏิบัติการบางเวลาแบบเข้ากะ เวลาเช้า บ่ายหรือดึก เพื่อนำส่งผู้ป่วยในระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

3) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาโดยลงนามในหนังสือยินยอมตนให้ทำวิจัยด้วยความเต็มใจ

4) มีใบอนุญาตขับขี่รถยนต์สำหรับบุคคลทั่วไปหรือรถสาธารณะ และผ่านการอบรมหลักสูตรพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด

5) สามารถอ่าน ฟัง และเขียนภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria)

ติดภารกิจนอกพื้นที่หรือเจ็บป่วยในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยการทำงาน ประกอบด้วย ด้านลักษณะงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการยศาสตร์ และด้านจิตวิทยาสังคม

โดยแบบสอบถามส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ใช้แบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบบสอบถามเป็นแบบให้ตรวจรายการ (Check list) ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity index) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.98 และดำเนินการแก้ไขตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 และ 0.76 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียดสำหรับคนไทย (Thai Stress Test) ของสุชีรา ภัทรายุตวรรตน์, เธียรชัย งามทิพย์วัฒนา, และกนกรัตน์ สุขะตุงคะ (Phattharayuttawat, Ngamtkipwatana, & Sukhatungkha, 2000) ลักษณะเป็นมาตรประมาณค่าแบบ Likert Scale 3 ระดับ คือ ไม่เคยรู้สึกเครียด รู้สึกเครียดเป็นครั้งคราว และความรู้สึกเครียดบ่อย ๆ ประกอบด้วยข้อคำถามโดยให้เลือกตอบข้อความที่ตรงกับความรู้สึกของตนเองในขณะนี้ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ข้อ 1-12 บอกความรู้สึกทางด้านลบ และข้อ 13 - 24 บอกความรู้สึกทางด้านบวก รวมทั้งหมด 24 ข้อ แปลผลตามเกณฑ์การจัดกลุ่มคะแนนแบบวัดความเครียด โดยเปรียบเทียบกับตารางเมตริก แบบสอบถามมีประสิทธิภาพในเชิงความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) และอำนาจการจำแนก (Discriminant power) มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือแบบแอลฟาของ

ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.84

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2020-074 ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบก่อนเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้ลงชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลช่วงเดือน กรกฎาคม ถึง กันยายน 2563

1) ผู้วิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการเก็บข้อมูลวิจัย ให้ผู้จัดการองค์กรอาสาสมัครแต่ละแห่งทราบ โดยทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เพื่อขอเก็บข้อมูลวิจัยไปยังองค์กรอาสาสมัครแต่ละแห่ง

2) ผู้วิจัยประสานผู้จัดการหรือหัวหน้างานที่รับผิดชอบของแต่ละองค์กรอาสาสมัคร เพื่อขอรายชื่อพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน และทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อกลุ่มตัวอย่าง ให้ครบตามจำนวน 95 คน

3) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปมอบให้กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการกำหนดรหัสในแบบสอบถามแต่ละชุด กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลในแบบสอบถาม

4) ผู้วิจัยแจกเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือยินยอมตนให้ทำการวิจัยให้แก่กลุ่มตัวอย่างลงนามก่อนตอบรับเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่าง 12 คนที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมเนื่องจากติดภารกิจ จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยเพื่อตอบแบบสอบถาม จำนวน 83 คน

5) ผู้วิจัยอธิบายข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และเปิดโอกาสให้ซักถาม เมื่อกลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามเรียบร้อยให้นำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึก ส่งให้ผู้จัดการหรือหัวหน้างานรวบรวมกลับมายังผู้วิจัยภายใน 1 สัปดาห์

6) ผู้วิจัยแปลผลคะแนนความเครียดสำหรับคนไทย จำนวน 24 ข้อ และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการทำงาน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการยศาสตร์ และด้านจิตวิทยาสังคม และความเครียดจากการทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา คำนวณหาความถี่และร้อยละ และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการทำงาน ได้แก่ ด้านลักษณะงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน ด้านการยศาสตร์ และด้านจิตวิทยาสังคม และความเครียด โดยใช้สถิติไคสแควร์ และสถิติฟิชเชอร์

ผลการวิจัย

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 80 คน (ร้อยละ 96.4) มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี ร้อยละ 71.1 (อายุเฉลี่ยเท่ากับ 35 ปี) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 56.6 การศึกษาอยู่ในระดับต่ำกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 95.2 รายได้เฉลี่ยที่ได้รับต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 62.7 ในขณะที่รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 15,000 บาท ร้อยละ 85.5 และมีรายได้ต่อเดือนไม่เพียงพอ ร้อยละ 54.2 ทั้งนี้ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.2 แต่ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 53.0 และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 53.0 ออกกำลังกายเป็นบางวัน ร้อยละ 90.4 มีระยะเวลานอนหลับน้อยกว่า 8 ชั่วโมง ร้อยละ 95.2

ข้อมูลปัจจัยการทำงาน

ด้านลักษณะงาน พบว่า ผ่านหลักสูตรอาสาสมัครฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 72.3 ผ่านหลักสูตรพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 54.2 ผ่านหลักสูตรเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ร้อยละ 1.2 ประเภทการทำงานแบ่งเป็นพนักงานประจำ ร้อยละ 49.4 และเป็นอาสาสมัคร ร้อยละ 50.6 ซึ่งต้องทำงาน 24 ชั่วโมง แบบ

สลับวัน โดยทำงาน 1 วัน หยุด 1 วัน ร้อยละ 67.5 ระดับชุดปฏิบัติการฉุกเฉินที่ขับออกปฏิบัติการเป็นชุดปฏิบัติการฉุกเฉินระดับต้น ร้อยละ 94.0 พบผู้ป่วยฉุกเฉินหรือผู้บาดเจ็บขณะออกปฏิบัติการน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 รายต่อวัน ร้อยละ 85.5 ระดับผู้ป่วยฉุกเฉินที่พบขณะออกปฏิบัติการเฉลี่ยต่อวันเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ร้อยละ 94 จำนวนผู้เสียชีวิตที่พบขณะออกปฏิบัติการเฉลี่ยต่อวันน้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 ราย ร้อยละ 94.0 มีประสบการณ์การขับรถพยาบาลฉุกเฉิน น้อยกว่า 2 ปี ร้อยละ 41.0 และส่วนน้อยเคยประสบอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาลฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่าน ร้อยละ 4.8

ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่า รถพยาบาลฉุกเฉินที่ขับออกปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำ มีอายุใช้งานมากกว่า 7 ปี ร้อยละ 61.4 รูปแบบและขนาดของรถพยาบาลฉุกเฉินเป็นรถตู้พยาบาล ร้อยละ 56.6 การถ่ายเทอากาศภายในห้องโดยสารรถพยาบาลฉุกเฉินมีเครื่องปรับอากาศ ร้อยละ 95.2 และโอกาสสัมผัสมลพิษทางอากาศระหว่างปฏิบัติหน้าที่ได้แก่ ฝุ่น ร้อยละ 56.6

ด้านการยศาสตร์ พบว่า มีการใช้แรงดึงหรือดันที่ต้องออกแรงมากเพื่อเคลื่อนย้ายผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่บ่อยครั้ง ร้อยละ 91.6 มีการออกแรงยกผู้ป่วยด้วยท่าทางบิดเบี้ยวตัวขณะปฏิบัติหน้าที่บ่อยครั้ง ร้อยละ 63.9 ใช้ท่าทางหรือการเคลื่อนไหวที่ฝืนธรรมชาติ ขณะปฏิบัติหน้าที่บ่อยครั้ง ร้อยละ 69.9 มีการเดินและการยืนเป็นเวลานานขณะปฏิบัติหน้าที่บ่อยครั้ง ร้อยละ 88.0 และส่วนใหญ่มีอาการปวดเมื่อยบริเวณต้นคอ ร้อยละ 90.4

ด้านจิตวิทยาสังคม พบว่า ได้รับความกดดันจากผู้ป่วยและหรือญาติของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 62.7 มีปัญหากับหัวหน้างานนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 91.7 มีปัญหากับเพื่อนร่วมงานนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 96.4 และเคยเผชิญกับเหตุการณ์ที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 63.9

ระดับความเครียดจากการทำงาน พบว่า ระดับความเครียดจากการทำงานของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน จำนวน 83 คน ส่วนใหญ่มีความเครียดเล็กน้อย จำนวน 36 คน (ร้อยละ 43.4) รองลงมามีสุขภาพจิตปกติ จำนวน 30 คน (ร้อยละ 36.1) เครียดมาก จำนวน 10 คน (ร้อยละ 12) และสุขภาพจิตดีมาก 7 คน (ร้อยละ 8.4) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความเครียด (n = 83)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ (%)
เครียดมาก	10	12.0
เครียดเล็กน้อย	36	43.4
สุขภาพจิตปกติ	30	36.1
สุขภาพจิตดีมาก	7	8.4

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด พบว่า รายได้เฉลี่ยที่ได้รับต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.001 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียด (n = 83)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ความเครียด			P-Value
		เครียดมาก (%)	เครียดเล็กน้อย (%)	สุขภาพจิตปกติ หรือดีมาก (%)	
สถานภาพ					**0.000†**
โสด	47	7(14.90)	29(61.70)	11(23.40)	
สมรส	36	3(8.30)	7(19.40)	26(72.20)	
รายได้เฉลี่ยที่ได้รับต่อเดือน					
≤ 15,000	31	7(22.60)	24(77.40)	0(0)	**0.000†**
> 15,000	52	3(5.80)	12(23.10)	37(44.60)	
รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน					
≤ 15,000	71	10(14.10)	36(50.70)	25(35.20)	**0.000†**
> 15,000	12	0(0)	0(0)	12(100)	
ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือน					
ไม่เพียงพอ	45	10(22.20)	35(77.80)	0(0)	**0.000†**
เพียงพอ	38	0(0)	1(2.60)	37(97.40)	

Significance p < 0.05, Fisher's Exact (†)

ข้อมูลปัจจัยการทำงาน

ด้านลักษณะงาน พบว่า เวลาการเข้ากะทำงานต่อวัน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 ระดับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่พบขณะออกปฏิบัติการเฉลี่ยต่อวัน และการประสบอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาลฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่าน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.001 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านลักษณะงานกับความเครียด (n = 83)

ปัจจัยการทำงาน	จำนวน	ความเครียด			P-Value
		เครียดมาก (%)	เครียดเล็กน้อย (%)	สุขภาพจิตปกติ หรือดีมาก (%)	
เวลาการเข้ากะทำงานต่อวัน					
24 ชั่วโมง	38	5(13.20)	17(44.70)	16(42.10)	**0.005†**
กะเช้า	15	0(0)	2(13.30)	13(86.70)	
กะดึก	30	5(16.70)	17(56.70)	8(26.70)	

ปัจจัยการทำงาน	จำนวน	ความเครียด			P-Value
		เครียดมาก (%)	เครียดเล็กน้อย (%)	สุขภาพจิตปกติหรือดีมาก (%)	
ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่พบขณะออกปฏิบัติการเฉลี่ยต่อวัน					
ใช่	37	1(2.70)	11(29.70)	25(67.60)	**0.000†**
ไม่ใช่	46	9(19.60)	25(54.30)	12(26.10)	
ประสบอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาลฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่าน					
เคย	4	0	3(75.00)	1(25.00)	**0.000†**
ไม่เคย	79	10(12.70)	33(41.80)	36(45.60)	

Significance p < 0.05, Fisher's Exact (†)

ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความเครียด อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ P-value > 0.05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความเครียด (n = 83)

ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน	จำนวน	ความเครียด			P-Value
		เครียดมาก (%)	เครียดเล็กน้อย (%)	สุขภาพจิตปกติหรือดีมาก (%)	
อายุการใช้งานของรถพยาบาลฉุกเฉินที่ขับออกปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำ					
≤ 7 Years	32	3(6.40)	21(44.70)	23(48.90)	**0.192†**
> 7 Years	51	7(19.40)	15(41.70)	14(38.90)	
รูปแบบและขนาดของรถพยาบาลฉุกเฉิน					
รถตู้พยาบาล	47	3(6.40)	21(44.70)	23(48.90)	**0.192†**
รถพยาบาลกระบะ	36	7(19.40)	15(41.70)	14(38.90)	
เครื่องปรับอากาศมีการถ่ายเทอากาศภายในห้องโดยสารรถพยาบาลฉุกเฉิน					
ไม่มี	79	10(12.70)	34(43.00)	35(44.30)	1.000†
มี	4	0(0)	2(50.00)	2(50.00)	
การสัมผัสมลพิษทางอากาศระหว่างปฏิบัติหน้าที่					
ฝุ่น					
ใช่	36	3(8.30)	15(41.70)	18(50.00)	**0.609†**
ไม่ใช่	47	7(14.90)	21(44.70)	19(40.40)	
ควัน					
ใช่	14	3(21.40)	7(50.00)	4(28.60)	**0.247†**
ไม่ใช่	69	7(10.10)	29(42.00)	33(47.80)	

ปัจจัยสภาพแวดล้อมในการทำงาน	จำนวน	ความเครียด			P-Value
		เครียดมาก (%)	เครียดเล็กน้อย (%)	สุขภาพจิตปกติหรือดีมาก (%)	
ก๊าซ					
ใช่	68	10(14.70)	28(41.20)	30(44.10)	**0.316†**
ไม่ใช่	15	0(0)	8(53.30)	7(46.70)	

Significance p < 0.05, Fisher's Exact (†)

ด้านการยศาสตร์ พบว่า การปวดกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอ หลัง และเอว มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการยศาสตร์กับความเครียด (n = 83)

ปัจจัยการยศาสตร์	จำนวน	ความเครียด			P-Value
		เครียดมาก (%)	เครียดเล็กน้อย (%)	สุขภาพจิตปกติหรือดีมาก (%)	
บริเวณกระดูกและกล้ามเนื้อที่มีอาการปวดเมื่อยบ่อยครั้ง					
ปวดบริเวณไหล่					
ใช่	8	1(12.05)	0(0)	7(87.50)	**0.017†**
ไม่ใช่	75	9(12.00)	36(48.00)	30(40.00)	
ปวดบริเวณหลัง					
ใช่	11	2(18.20	1(9.10)	8(72.70)	**0.032†**
ไม่ใช่	72	8(11.10)	35(48.60)	29(40.30	
ปวดบริเวณเอว					
ใช่	35	4(11.40)	10(28.60)	21(60.00)	**0.045†**
ไม่ใช่	48	6(12.50)	26(54.20)	16(33.30)	

Significance p < 0.05, Fisher's Exact (†)

ด้านจิตวิทยาสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างจิตวิทยาสังคมกับความเครียด พบว่า การรู้สึกได้รับความกดดันจากผู้ป่วยและหรือญาติของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.001 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคมกับความเครียด (n = 83)

ปัจจัยการยศาสตร์	จำนวน	ความเครียด			P-Value
		เครียดมาก (%)	เครียดเล็กน้อย (%)	สุขภาพจิตปกติ หรือดีมาก (%)	
ท่านเคยได้รับความกดดันจากผู้ป่วยและหรือญาติของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่					
บ่อยครั้ง	31	6(19.40)	21(67.70)	4(12.90)	**0.000†**
นาน ๆ ครั้ง	52	4(7.70)	15(28.80)	33(63.50)	

Significance p < 0.05, Fisher's Exact (†)

การอภิปรายผล

ระดับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน

จากการศึกษาความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาล พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 43.4 อาจเนื่องจากองค์กรอาสาสมัครให้การสนับสนุนและดูแลพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินในด้านต่าง ๆ อย่างเหมาะสมให้พร้อมต่อการปฏิบัติงาน จึงอาจส่งผลให้พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับเล็กน้อย ซึ่งความเครียดในระดับนี้ หมายถึง ผู้ปฏิบัติงานอาจมีปัญหาบางอย่างที่ทำให้เกิดความไม่สบายใจ จะมีผลกระทบต่อความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมเล็กน้อย แต่เมื่อจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ รวมทั้งได้รับการผ่อนคลายบ้าง จะกลับสู่ภาวะปกติได้เอง และตามแนวคิดของเจอราลด์ แคปแลนซ์ (Caplan, 1964) ความเครียดในระดับต่ำหรือระดับเล็กน้อย ที่คงอยู่ในระยะเวลาสั้น จะสามารถกระตุ้นให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และจะสร้างความสุขใจในระยะต่อมาเมื่องานได้รับความสำเร็จ แต่หากความเครียดนั้นอยู่ในระดับสูงและคงอยู่เป็นระยะเวลานานก็จะให้โทษต่อผู้ปฏิบัติงานได้ทั้งร่างกายและจิตใจรวมไปถึงการทำงานที่มีประสิทธิภาพลดลง ดังนั้นหากผู้ปฏิบัติงานสามารถเรียนรู้และควบคุมระดับของความเครียดได้จะก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อตัวเองและการปฏิบัติงาน

ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่า สถานภาพ รายได้เฉลี่ยที่ได้รับต่อเดือน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.001 อาจเนื่องจากผู้ที่มีสถานภาพสมรสส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่ายในครัวเรือนและรับภาระค่าใช้จ่ายของบุคคลในครอบครัวมากกว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด นอกจากนี้รายได้ยังมีความสัมพันธ์กับความเครียด เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่สำคัญในการดำรงชีวิต การมีรายได้เพียงพอจะสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานในชีวิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญจศิลป์ สมบูรณ์ (Somboon, 2009) พบว่า บุคคลที่ปฏิบัติงานต่างคาดหวังกับค่าตอบแทนที่เหมาะสมหรือสูงกว่างานที่ปฏิบัติ แต่ความเป็นจริงการจะได้มาซึ่งค่าตอบแทนสูง อาจจำเป็นต้องเพิ่มภาระของการทำงานมากขึ้น เช่น ต้องเข้ากะทำงานบ่อยขึ้น เกิดภาระหน้าที่ความรับผิดชอบในงานเพิ่มขึ้น

ปัจจัยการทำงาน

ด้านลักษณะงาน พบว่า เวลาการเข้ากะทำงานต่อวัน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.001 อาจเนื่องจากพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินต้องทำงานครอบคลุมตลอด 24 ชั่วโมง และหมุนเวียนการทำงานเป็นกะ เวลาการทำงานไม่แน่นอน พักผ่อนไม่เป็นเวลา ทำให้เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณี พุ่มแฟง และ บุญใจ ศรีสถิตนรากูร

(Pumfang & Srisatidnarakul, 2015) ที่ศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดในงานของพยาบาลโรงพยาบาลตติยภูมิ พบว่าลักษณะงานของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานเป็นเวรผลัดตลอด 24 ชั่วโมงก่อให้เกิดความเครียดได้ทั้งสิ้น

ระดับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่พบขณะออกปฏิบัติการเฉลี่ยต่อวัน และการประสบอุบัติเหตุขณะขับรถพยาบาลฉุกเฉินในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่าน มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.001 สอดคล้องกับการศึกษาของ อเลนซี และ เอเลนซี่ (AlEnzy & AlEnzie, 2018) ที่พบว่าความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินมักเกี่ยวข้องกับชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน และระดับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตที่พบขณะออกปฏิบัติการเฉลี่ยต่อวัน และสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ วชิรดิลก และ ธีระ ศิริสมุด (Wachiradilok & Sirisamutr, 2015) ที่พบว่า พนักงานขับรถพยาบาลในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีประวัติเคยประสบอุบัติเหตุรถพยาบาลขณะปฏิบัติหน้าที่

ด้านสภาพแวดล้อมในการทำงาน พบว่า มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P-value > 0.05 อาจเนื่องมาจากส่วนใหญ่รถพยาบาลฉุกเฉินของแต่ละองค์กรอาสาสมัครเป็นรถที่ได้มาตรฐานตามที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินกำหนด องค์กรอาสาสมัครเริ่มนำรถพยาบาลฉุกเฉินรุ่นใหม่มาใช้ในการปฏิบัติงาน โดยรถพยาบาลจะมีส่วนกั้นแยกช่วงหน้าห้องคนขับรถออกจากช่วงหลัง ซึ่งจัดเป็นห้องพยาบาลรวมทั้งช่องหน้าต่างที่เปิดเลื่อนได้เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร มีระบบระบายอากาศภายในห้องโดยสารและช่วงหน้าห้องคนขับ มีเครื่องปรับอากาศที่ช่วยให้อากาศถ่ายเทภายในห้องโดยสาร มีตู้เก็บอุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่มิดชิด มีเตียงผู้ป่วยแบบมีล้อเลื่อน มีอุปกรณ์ที่ได้มาตรฐานสำหรับป้องกันการติดเชื้อและการบาดเจ็บในขณะปฏิบัติงาน เป็นต้น

ด้านการยศาสตร์ พบว่า การปวดกระดูกและกล้ามเนื้อบริเวณต้นคอ หลังและเอว มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.05 อาจเนื่องมาจากอาชีพนี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดความผิดปกติทางระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง การทำงานที่ต้อง ยก เข็น และเคลื่อนย้ายผู้ป่วย ต้องมีการก้ม เงย ยก บิดหมุนเอี้ยวตัว หากทำงานอย่างไม่ถูกท่าทางอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อเนื้อเยื่อบริเวณต่าง ๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ แฮนเซน, รัสมุสเซ่น, เคน, เนลสัน, และ แอนเดอร์สัน (Hansen, Rasmussen, Kyed, Nielsen, & Andersen, 2012) ที่พบว่าบุคลากรผู้ที่ขับรถพยาบาลมีสุขภาพจิตในระดับใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ใช้แรงงาน แต่มีระดับความเจ็บปวดของกระดูกและกล้ามเนื้อที่สูงกว่าแรงงานทั่วไป จึงควรให้ความสนใจกับปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและกระดูกของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินมากขึ้น ใกล้เคียงกับการศึกษาของ แมคไควร์, โอมิร่า, ไบรท์เวลล์, โอ นิว, และ ฟิตซ์เจอรัลด์ (Maguire, O'Meara, Brightwell, O'Neill, & Fitzgerald, 2014) ที่ศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินของประเทศออสเตรเลีย พบว่าบุคคลเหล่านี้มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อจากการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยร้อยละ 44.0 ใกล้เคียงกับการศึกษาของ นภัสวรรณ พชรธนสาร, วิวัฒน์ เอกบูรณะวัฒน์, รัชนี คนึงคิด, และ มาลินี บุณยรัตพันธุ์ (Patcharatanasan, Ekburanawat, Kanoungkid, & Punyaratabandhu, 2016) พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินมีโอกาสสัมผัสปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพหลายประการในระหว่างปฏิบัติงาน เช่น ยกของหนัก เป็นต้น และใกล้เคียงกับการศึกษาของ โอคาดะ, อิชิอิ, นากาตะ, และ นากายามะ (Okada, Ishii, Nakata, & Nakayama, 2012) ที่พบว่าอาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณหลังส่วนล่าง คอ และไหล่ของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉิน มักเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานประจำวัน และความเครียด

ด้านจิตวิทยาสังคม พบว่า การรู้สึกได้รับความกดดันจากผู้ป่วยและหรือญาติของผู้ป่วยขณะปฏิบัติหน้าที่ มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P-value < 0.001 อาจเนื่องมาจากลักษณะงานขับรถพยาบาลเป็นงานที่ต้องใช้สมาธิสูง

อยู่ภายใต้ความกดดันทั้งเสียงเรียกร้องจากญาติผู้ป่วยให้เร่งความเร็วเพื่อให้ถึงโรงพยาบาลปลายทาง ความเครียดจากสภาพแวดล้อมบนถนน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของคูเปอร์ และ มาร์แชล (Cooper & Marshall, 1976) ที่กล่าวถึงลักษณะงานที่มีความกดดันและต้องการความรับผิดชอบสูงมีระยะเวลาที่จำกัด มีความปลอดภัยของชีวิตผู้ป่วยเข้ามากดดัน เงื่อนไขดังกล่าวย่อมมีส่วนทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความเครียด และสอดคล้องกับการศึกษาของ ฮาลเปอร์น, กูลูวิช, ชาวาส, และบราโซ่ (Halpern, Gurevich, Schwartz, & Brazeau, 2009) ที่พบว่าพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินได้รับความทุกข์จากเหตุการณ์ต่าง ๆ และความกดดันที่นำไปสู่ความเครียดในการทำงาน และใกล้เคียงกับการศึกษาของ นิเรล, โกลด์วาร์ก, เฟเก้นเบิร์ก, อับบาส และฮาลเปอร์น (Nirel, Goldwag, Feigenberg, Abadi, & Halpern, 2012) ที่พบว่าความกดดันจากการทำงานภายใต้สภาวะที่ไม่แน่นอนของผู้ปฏิบัติการด้านการแพทย์ฉุกเฉินสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิต ความเครียด และความเบื่อหน่ายในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน เพื่อให้พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินและผู้ที่เกี่ยวข้องได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด นำไปสู่การให้ความรู้ คำแนะนำต่าง ๆ ที่เหมาะสมในการปรับตัวและการเผชิญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับความเครียดของพนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉิน เช่น สภาพการจราจรในพื้นที่ต่าง ๆ

2. ควรมีการขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่น ๆ เช่น พนักงานขับรถพยาบาลฉุกเฉินในพื้นที่ต่างจังหวัด เพื่อศึกษาปัจจัยหรือบริบทอื่นที่สัมพันธ์กับความเครียดซึ่งอาจมีความแตกต่างกัน

References

AlEnzy, S. K., & AlEnzie, A. N. (2018). Stress and burnout among red crescent paramedic ambulance workers in Riyadh. [Electronic version]. *Integrative International Journal of Current Research, 10*(12), 75971-75976.

Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry.* New York: Basic Books.

Chadbunchachai, W. (2008). *Principles of development of emergency medical services system. Khon Kaen National Institute of Emergency Medicine. Standards and Criteria for Emergency Medical Systems* (1). Nonthaburi: Ultimate Printing. (in Thai)

Cooper, C. L., & Marshall, J. (1976). Occupational sources of stress: A review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health. *Journal of Occupational Psychology, 49*(1), 11–28.

Halpern, J., Gurevich, M., Schwartz, B., & Brazeau, P. (2009). What makes an incident critical for ambulance workers? Emotional outcomes and implications for intervention. *Work & Stress, 23*(2), 173–189.

Hansen, C. D., Rasmussen, K., Kyed, M., Nielsen, K. J., & Andersen, J. H. (2012). Physical and psychosocial work environment factors and their association with health outcomes in Danish ambulance personnel - a cross-sectional study. *BMC public health, 12*(1), 534-540. Retrieved from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22824415/

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970) Determining sample sizes for research activities. [Electronic version]. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Maguire, B. J., O'Meara, P. F., Brightwell, R. F., O'Neill, B. J., & Fitzgerald, G. J. (2014). Occupational injury risk among Australian paramedics: An analysis of national data. *The Medical journal of Australia, 200*(8), 477–480.

National Association of Emergency Medical Technicians. (2016). NAEMT 2016 EMS Mental Health Services Survey, In *The Jems conference & exposition:* Utah: Rampton Salt Palace Convention Center, Salt Lake City.

Nirel, N., Goldwag, R., Feigenberg, Z., Abadi, D., & Halpern, P. (2008). Stress, work overload, burnout, and satisfaction among paramedics in Israel. *Prehospital and disaster medicine, 23*(6), 537–546.

Okada, N., Ishii, N., Nakata, M., & Nakayama, S. (2012). Occupational stress among Japanese Emergency Medical Technicians: Hyogo Prefecture. *Prehospital and Disaster Medicine, 20*(2), 115-121.

Patcharatanasan, P., Ekburanawat, W., Kanoungkid, R., & Punyaratabandhu, M. (2016). Health hazards and traffic accidents during the operations of emergency vehicle drivers. *Disease Control Journal, 42*(4), 304-314.

Phattharayuttawat, S., Ngamtkipwatana, T., & Sukhatungkha, K. (2000). The development of the Thai stress test. *Journal of Psychiatric Association of Thailand, 45*(3), 237-250.

Pumfang, S., & Srisatidnarakul, B. (2015). Factors of job stress for Professional Nurses in Tertiary Hospital. [Electronic version]. *Kuakarun Journal of Nursing, 22*(2), 140-153. (in Thai)

Somboon, P. (2009). *Stress and associated factors among Ruamkatanyu rescue workers in Bangkok Metropolis.* (Master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

Wachiradilok, P., & Sirisamutr,T. (2015). *Mental health of ambulance drivers in the emergency medical service system.* (in Thai) Retrieved from https://www.niems.go.th/1/Ebook/Detail/1009?group=28

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์

The Factors Related to Preventive Behaviors of Musculoskeletal Disorders Among Computer Workers

ประภัสสร อักษรพันธ์ * Prapatsorn Aksornpan *

รุ้งกานต์ พลายแก้ว ** Rungkant Plykaew **

บทคัดย่อ

กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมการทำงานที่เหมาะสม การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสายสนับสนุนที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 172 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่สนับสนุนในการทำงาน นโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ 4) ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลในหน่วยงาน และ 5) พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ การหยุดพักช่วงระหว่างทำงาน และการจัดการความเครียด รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์มีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ พบว่าปัจจัยนำ ได้แก่ เจตคติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ และปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21$ และ $.39$, $p < .01$) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่สนับสนุนในการทำงานมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$, $p < .01$) นโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .39$, และ $.47$, $p < .01$) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลในหน่วยงานมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49$, $p < .01$)

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าพยาบาลอาชีวอนามัย และบุคลากรทางด้านสุขภาพควรมีการส่งเสริมความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยให้แก่ผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ เพิ่มการสนับสนุนทางสังคม

* อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี; e-mail: Rungkant.ply@sru.ac.th

วันที่รับบทความ 13 กันยายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 5 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2564

ให้คำแนะนำผ่านสื่อต่างๆ และกำหนดนโยบายในการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์ในหน่วยงาน เพื่อลดความเสี่ยง และความรุนแรงของกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกัน กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์

Abstract

Musculoskeletal disorders (MSDs) are common health problems in computer workers and appropriate behaviors at work are needed. Therefore, this descriptive correlational study aimed to investigate preventive behaviors of MSDs and the relationship between predisposing factors, enabling factors, reinforcing factors, and preventive behaviors of MSDs in computer workers. The samples were 172 support staff working with computer in the selected university. The research instrument used was a five-part questionnaire developed by the researcher, which consisted of 1) personal data; 2) predisposing factors: knowledge, attitude, and self-efficacy; 3) enabling factors: equipment or tools used to support work, health promotion policy of organization, and obtaining health information; 4) reinforcing factors: social support from family members and colleagues; and 5) preventive behaviors of MSDs in computer workers: working posture adjustment, exercise and muscle training, taking breaks during the workday, and stress management. Data collection was carried out from July, 2021 to August, 2021. Data were analyzed by using descriptive statistics and correlation analysis was carried out by using Point Biserial Correlation Coefficients and Pearson Correlation Coefficient.

The results of this study revealed that preventive behaviors of MSDs in computer workers were at the moderate level. The factors related to preventive behaviors of MSDs in computer workers showed that predisposing factors including attitude and self-efficacy were significantly correlated at the low and moderate levels, respectively ($r = .21$ and $.39$, $p < .01$). The enabling factors including equipment or tools used to support work were correlated at the low level with statistical significance ($r = .22$, $p < .01$). Health promotion policy of organization and obtaining health information were correlated at the moderate levels with statistical significance ($r = .39$, and $.47$, $p < .01$). The reinforcing factors including social support from family members and colleagues were significantly correlated at the moderate level ($r = .49$, $p < .01$).

The results suggested that occupational health nurses and health care workers should promote the ability to adjust safe working behaviors for computer workers, increase social support, give advices through various media, and set policies for the prevention of MSDs while working with computers in the organization to reduce the risk and severity of MSDs.

Keywords: Preventive behaviors, Musculoskeletal disorders, Computer workers

* Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University
** Corresponding Author, Nurse Instructor, Faculty of Nursing, Suratthani Rajabhat University; e-mail: Rungkant.ply@sru.ac.th

Received 13 September 2021; Revised 5 October 2021; Accepted 27 October 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเป็นปัญหาสุขภาพจากการประกอบอาชีพที่พบได้บ่อยที่สุดในทุกกลุ่มอาชีพ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากรายงานสถานการณ์โรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อมในประเทศไทยปี 2561 พบว่า ผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงานมีจำนวน 114,578 ราย (อัตราป่วย 189.37 ต่อประชากรแสนราย) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี 2560 ที่พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน จำนวน 100,743 ราย (อัตราป่วย 167.22 ต่อประชากรแสนราย) (Division of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control, 2019) โดยเฉพาะในผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ ซึ่งมีผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์มากถึงร้อยละ 69.7 ของคนทำงานในภาครัฐ (National Statistical Office Thailand, Ministry of Digital Economy and Society, 2017) และมีการศึกษาหลายงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ พบว่า กลุ่มคนที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์จะมีการเจ็บป่วยด้วยกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ (Kaliniene, Ustinaviciene, Skemiene, Vaiciulis, & Vasilavicius, 2016; Mohammadipor, Pourranjbar, Naderi, & Rafie, 2018; Rattanapunya, Jaitae, Noommeesri, Kaewdang, & Katonyoo, 2016) ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมการใช้งานคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่องติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง วันละ 8 ชั่วโมง ด้วยท่าทางที่ไม่เหมาะสม สะสมเป็นระยะเวลานานและไม่ได้รับการแก้ไข นำไปสู่การเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงมากขึ้น (Thongmeekhaun & Saetiaw, 2018) ปัญหาดังกล่าวมีผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน และก่อให้เกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายมหาศาลในแต่ละปี

สำนักงานประกันสังคมรายงานว่า โรคที่เกิดขึ้นตามลักษณะหรือสภาพของงานที่มีจำนวนการประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงานสูงสุด ของปี 2558 - 2562 คือ โรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกิดขึ้นเนื่องจากการทำงานโดยเฉลี่ย 5 ปี ร้อยละ 1.67 ต่อปีของจำนวนการประสบอันตรายทั้งหมด ส่งผลให้คนทำงานต้องหยุดทำงานจำนวน 7,538 คน (Social Security Office, 2019) สำหรับในต่างประเทศในปี 2017-2018 ประเทศสหราชอาณาจักร เยอรมนี และเนเธอร์แลนด์มีจำนวนพนักงานที่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานทำให้ต้องลาป่วยร้อยละ 21 ถึงร้อยละ 28 ของการลาป่วยจากการประกอบอาชีพทั้งหมด (Luger, Maher, Rieger, & Steinhilber, 2019) ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้การทำงานหยุดชะงัก คุณภาพการทำงานลดลง และต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ในปี 2013-2014 ประเทศสหราชอาณาจักรและเกาหลีใต้สูญเสียค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมากถึง 4.5 พันล้านปอนด์ (Korhan & Memon, 2019) จากข้อมูลข้างต้นจึงควรมีมาตรการในการควบคุมและป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเพื่อลดความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

แนวทางในการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงาน ในผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ สามารถทำได้โดยการประยุกต์ใช้หลักการทางด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยในการจัดการควบคุมอันตรายจากการทำงานร่วมกับหลักการยศาสตร์ที่ถูกต้อง ได้แก่ 1) การควบคุมด้านวิศวกรรม เป็นการประยุกต์ใช้ที่ต้นเหตุของปัญหาการยศาสตร์โดยตรง ซึ่งจะทำโดยกลุ่มบุคลากรด้านวิศวกรรมศาสตร์และการออกแบบสถานีงานคอมพิวเตอร์ที่เหมาะสม 2) การควบคุมด้านบริหารจัดการ เป็นการป้องกันไม่ให้คนทำงานไปสัมผัสหรือลดระยะเวลาสัมผัสกับปัญหาการยศาสตร์ การหมุนเวียน/สับเปลี่ยนงาน การจัดเวลาพัก เป็นต้น เพื่อลดความเสี่ยงที่คนทำงานจะได้รับผลกระทบของปัญหาการยศาสตร์ และ 3) การควบคุมที่ตัวบุคคล เป็นการป้องกันที่คนทำงาน เน้นการแก้ไขหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนทำงาน โดยการปรับอิริยาบถในการทำงาน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการ

เคลื่อนไหว หรือการทำงานตามความเหมาะสม เช่น หยุดพักจากการทำงานเป็นระยะเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อเพิ่มการไหลเวียนของโลหิต การออกกำลังกายหรือยืดกล้ามเนื้อเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (Rittideah, Polyong, & Kongsombatsuk, 2018; Rogers, 2003) จะเห็นได้ว่าการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อสามารถป้องกันและควบคุมได้โดยมาตรการดังกล่าวข้างต้น ซึ่งการควบคุมด้านวิศวกรรมและด้านการบริหารจัดการเป็นมาตรการแรกที่นำมาใช้ในการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อเนื่องจากเป็นวิธีการที่ช่วยแก้ปัญหาที่ต้นเหตุ แต่ในทางปฏิบัติอาจจะทำได้ยาก เพราะมีค่าใช้จ่ายสูง ดังนั้นการควบคุมที่ตัวบุคคล ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการทำงานจึงมีความจำเป็นยิ่งสำหรับคนทำงานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

พฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของร่างกาย (Bumrungwong, Klumpakorn, & Jirapongsuwan, 2015) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานคอมพิวเตอร์ที่ถูกต้อง จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อได้ ดังการศึกษาของ ดวงเดือน ฤทธิเดช และคณะ (Rittideah et al., 2018) ที่พบว่าปัจจัยด้านพฤติกรรมในการทำงานมีความสัมพันธ์ในทิศทางผกผันกับคะแนนอาการไม่สบายคอ ไหล่และหลังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าหากกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการทำงานที่ดี จะมีคะแนนของอาการไม่สบายคอ ไหล่และหลังลดน้อยลง การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของคนทำงานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากการให้การดูแลสุขภาพคนทำงานโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลอาชีวอนามัย (Rogers, 2003) โดยหนึ่งในแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพที่ได้รับความสนใจ และถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในงานวิจัยเชิงหาความสัมพันธ์และเชิงทำนายพฤติกรรมสุขภาพทั้งในและนอกประเทศ คือ แนวคิด Precede Model ซึ่งเป็นแบบจำลองที่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ วินิจฉัย และประเมินผลทางพฤติกรรมจากปัจจัยนำ ได้แก่ ปัจจัยในตัวบุคคลในด้านความรู้ เจตคติ และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายในที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวของกับพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุนต่างๆ ที่เอื้อต่อการอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ ตำหนิติเตียน ลงโทษ การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงานนายจ้าง และเจ้าหน้าที่สุขภาพ (Bumrungwong et al., 2015; Green & Kreuter, 2005) ดังนั้นในการวางแผนที่จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ จึงจำเป็นต้องศึกษาทั้งปัจจัยภายในและภายนอกของบุคคลที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์เพื่อสามารถที่จะจัดกระทำเพื่อให้บุคคลเกิดแรงจูงใจและสนับสนุนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

สถาบันอุดมศึกษามีกลุ่มบุคลากรสายสนับสนุนที่ช่วยสนับสนุนและเอื้ออำนวยให้ผู้ปฏิบัติงานของมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่ทำงานในสำนักงานและทำงานกับคอมพิวเตอร์ ในการพิมพ์เอกสารต่างๆ ค้นหาข้อมูล ประมวลผล การติดต่อสื่อสาร การจัดศึกษา การบริหารจัดการ โดยเฉลี่ยทำงานวันละ 8 ชั่วโมงขึ้นไป คอมพิวเตอร์ที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นแบบเครื่องตั้งโต๊ะ นั่งทำงานบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงและปรับเลื่อนได้ ซึ่งการทำงานกับคอมพิวเตอร์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้บุคลากรสายสนับสนุนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อได้ (Thongmeekhaun & Saetiaw, 2018) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีเพียงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเกิด

กลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ พฤติกรรมการป้องกันและการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการคอมพิวเตอร์ซินโดรมของบุคลากรสายสนับสนุน แต่ยังขาดการการวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของพฤติกรรมป้องกันการเกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลทางด้านอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของคนทำงานในทุกกลุ่มอาชีพเพื่อให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและป้องกันความเสี่ยงจากการทำงาน รวมถึงการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานแก่คนทำงาน จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของบุคลากรสายสนับสนุนที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ เพื่อนำไปสู่การวางแผนและกำหนดกลวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์เป็นอย่างไร

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยของโรเจอร์ส (Rogers, 2003) กล่าวคือ การป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์ สามารถทำได้โดยการควบคุมทางวิศวกรรม การบริหารจัดการ และควบคุมที่ตัวบุคคล โดยเฉพาะการควบคุมที่ตัวบุคคล ซึ่งเป็นบทบาทโดยตรงของพยาบาลอาชีวอนามัยที่จะต้องมีการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติงาน เพื่อป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติดังกล่าว ดังนั้นการประเมินพฤติกรรมสุขภาพในคนทำงานจึงมีความจำเป็น ทั้งนี้บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นมีปัจจัยสาเหตุต่อการปฏิบัติหลายปัจจัย ตามแนวคิด Precede Model (Green & Kreuter, 2005) ประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ เป็นปัจจัยที่ช่วยในการสร้างแรงจูงใจให้เกิดขึ้นในตัวบุคคล 2) ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยที่มาจากทรัพยากรและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่สนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยเสริม เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากคนหรือบุคคลหรือกลุ่มคนที่ช่วยเสริมหรือเป็นแรงกระตุ้นบุคคลให้ยอมรับพฤติกรรม ซึ่งปัจจัยทั้ง 3 ประการ จะนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์ของบุคคล ประกอบด้วยการกระทำ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน 2) การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ 3) การหยุดพักช่วงระหว่างทำงาน และ 4) การจัดการความเครียด

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคลากรสายสนับสนุนที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง จำนวน 301 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสายสนับสนุนที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติตามที่กำหนด คือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี 2) ปฏิบัติงานเป็นบุคลากรสาย

สนับสนุนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทย และ 4) ยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยจำนวน 172 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับฉลากหน่วยงานแบบไม่คืนที่ จนได้กลุ่มตัวอย่างจากแต่ละหน่วยงานรวมกันครบจำนวน 172 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) เท่ากับ 1 ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การทำงานในสถานที่ทำงานปัจจุบัน ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ยในแต่ละวัน และโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ เจตคติ และการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยส่วนของความรู้เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ส่วนของเจตคติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นในส่วนของความรู้โดยใช้สัมประสิทธิ์คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 [KR-20]) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .83 และส่วนของเจตคติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Conbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 และ .86 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่สนับสนุนในการทำงาน นโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .82 และ .94 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลในหน่วยงาน เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์คูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .96

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ การหยุดพักช่วงระหว่างวัน และการจัดการความเครียด เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93, .94, .81 และ .83 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี SRU-EC2021/056 ภายหลังได้รับการอนุมัติผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานีถึงอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยแจ้งสิทธิ์ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และจะไม่เกิดผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายการตอบแบบสอบถามจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ และมอบแบบสอบถามที่บรรจุซองให้แก่กลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง พร้อมทั้งแจ้งกำหนดการรับแบบสอบถามคืนภายใน

2 สัปดาห์ หลังจากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถามที่ได้รับคืนจากกลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้ข้อมูลครบสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบ-ซีเรียล และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ซึ่งการแปลผลความสัมพันธ์ใช้เกณฑ์พิจารณา (Thato, 2008) ดังนี้

0	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
< .30	มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ
.30 - .70	มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
> .70	มีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.74 มีอายุตั้งแต่ 24 - 60 ปี โดยในกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ย 37.74 ปี (S.D. = 8.21) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.91 สถานภาพสมรส ร้อยละ 52.33 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 25,001 - 35,000 บาท ร้อยละ 47.67 ประสบการณ์การทำงานในสถานที่ทำงานปัจจุบันมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 49.42 ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ยในแต่ละวัน 8 ชั่วโมง ร้อยละ 74.42 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.79

2. พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 71.55, S.D.= 12.07) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 27.89, S.D. = 4.80) ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ พฤติกรรมการหยุดพักช่วงระหว่างวัน และพฤติกรรมการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 22.31, 10.64 และ 10.72, S.D. = 6.54, 2.23 และ 2.05) ตามลำดับ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ สำหรับเจตคติ และการรับรู้ความสามารถของตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .21 และ .39, p < .01) ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่สนับสนุนในการทำงานของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ นโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .22, .39, และ .47, p < .01) และปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลในหน่วยงานมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .49, p < .01) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ (n = 172)

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ	r	p-value	ระดับ
ปัจจัยนำ				
ความรู้	รายด้าน			
	การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน	r_{pb} = .10	.21	ต่ำ
	การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ	r_{pb} = .02	.81	ต่ำ
	การหยุดพักช่วงระหว่างวัน	r_{pb} = .11	.15	ต่ำ
	การจัดการความเครียด	r_{pb} = .07	.38	ต่ำ
	โดยรวม	r_{pb} = .08	.29	ต่ำ
เจตคติ	รายด้าน			
	การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน	r_p = .24**	.00	ต่ำ
	การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ	r_p = .10	.21	ต่ำ
	การหยุดพักช่วงระหว่างวัน	r_p = .19*	.01	ต่ำ
	การจัดการความเครียด	r_p = .18*	.02	ต่ำ
	โดยรวม	r_p = .21**	.00	ต่ำ
การรับรู้	รายด้าน			
ความสามารถ	การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน	r_p = .26**	.00	ต่ำ
ของตนเอง	การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ	r_p = .44**	.00	ปานกลาง
	การหยุดพักช่วงระหว่างวัน	r_p = .02	.78	ต่ำ
	การจัดการความเครียด	r_p = .23**	.00	ต่ำ
	โดยรวม	r_p =.39**	.00	ปานกลาง
ปัจจัยเอื้อ				
อุปกรณ์หรือ	รายด้าน			
เครื่องมือ	การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน	r_{pb} = .23**	.00	ต่ำ
ที่สนับสนุนใน	การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ	r_{pb} = .18*	.02	ต่ำ
การทำงาน	การหยุดพักช่วงระหว่างวัน	r_{pb} = .07	.38	ต่ำ
	การจัดการความเครียด	r_{pb} = .11	.16	ต่ำ
	โดยรวม	r_{pb} = .22**	.00	ต่ำ
นโยบายส่งเสริม	รายด้าน			
สุขภาพของ	การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน	r_{pb} = .23**	.00	ต่ำ
หน่วยงาน	การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ	r_{pb} = .35**	.00	ปานกลาง
	การหยุดพักช่วงระหว่างวัน	r_{pb} = .36**	.00	ปานกลาง
	การจัดการความเครียด	r_{pb} = .28**	.00	ต่ำ
	โดยรวม	r_{pb} = .39**	.00	ปานกลาง

ปัจจัย	พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ	r	p-value	ระดับ
การได้รับข้อมูล	รายด้าน			
ข่าวสาร	การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน	r_{pb} = .37**	.00	ปานกลาง
ด้านสุขภาพ	การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ	r_{pb} = .40**	.00	ปานกลาง
	การหยุดพักช่วงระหว่างวัน	r_{pb} = .24**	.00	ต่ำ
	การจัดการความเครียด	r_{pb} = .34**	.00	ปานกลาง
	โดยรวม	r_{pb} = .47**	.00	ปานกลาง
ปัจจัยเสริม	รายด้าน			
การสนับสนุนทาง	การปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน	r_{pb} = .37**	.00	ต่ำ
สังคมจากบุคคล	การออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ	r_{pb} = .48**	.00	ปานกลาง
ในครอบครัว	การหยุดพักช่วงระหว่างวัน	r_{pb} = .19*	.01	ต่ำ
และบุคคลใน	การจัดการความเครียด	r_{pb} = .26**	.00	ปานกลาง
หน่วยงาน	โดยรวม	r_{pb} = .49**	.00	ปานกลาง

หมายเหตุ * p < .05, ** p < .01, r_{pb} = Point Biserial Correlation, r_p = Pearson Correlation

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์นั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อที่เกิดจากการทำงานกับคอมพิวเตอร์ได้อย่างเหมาะสมพอสมควร สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติชญา ฉลาดล้น และ พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม (Chalardlon & Anansirikasem, 2013) ที่พบว่า ผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ในศูนย์บริการให้ข้อมูลมีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยโดยรวมในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 53.9 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานอยู่ในระดับสูง อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.74 มีอายุเฉลี่ย 37.74 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.91 ทำให้มีพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยในการทำงานสูงโดยเฉพาะพฤติกรรมการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงาน ดังการศึกษาของกนกวรรณ โชติจำรัส (Chotejumrus, 2016) พบว่าเพศ อายุ และการศึกษาที่แตกต่างกันส่งผลต่อพฤติกรรมความปลอดภัยของพนักงานแตกต่างกัน โดยเพศหญิงมีลักษณะแข็งแรงน้อยกว่าเพศชายจึงต้องปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวังมากกว่า และพนักงานช่วงระดับอายุ 39-48 ปี มีพฤติกรรมความปลอดภัยที่ดีมาก เพราะอายุยิ่งมากขึ้นจะมีประสบการณ์การใช้ชีวิตมากกว่า จึงทำให้ปฏิบัติงานด้วยความระมัดระวัง และพนักงานที่ได้รับการศึกษา ตั้งแต่ระดับ ปวช. อนุปริญญา และปริญญาตรี จะมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานดีกว่าพนักงานที่ระดับการศึกษา ม.1-ม.6 หรือเทียบเท่า เป็นไปได้ว่าพนักงานที่มีการศึกษาสูงจะมีความรู้สามารถคิดวิเคราะห์แยกแยะในผลกระทบจากการทำงานจึงทำให้มีพฤติกรรมความปลอดภัยที่ดี

ส่วนพฤติกรรมการออกกำลังกายและบริหารกล้ามเนื้อ พฤติกรรมการหยุดพักช่วงระหว่างวัน อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลา

การทำงานเฉลี่ยในแต่ละวัน 8 ชั่วโมง ร้อยละ 74.42 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.79 อาจเหนื่อยล้าจากการทำงาน และคิดว่าร่างกายแข็งแรงทำให้มีพฤติกรรมดังกล่าวในระดับปานกลาง ดังการศึกษาของ จินโด และคณะ (Jindo et al., 2020) ที่ศึกษาการออกกำลังกายในสถานที่ทำงานพบว่า คนทำงานมากกว่า 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์มีการออกกำลังกายมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 24.00 และการศึกษาของ ชุติมา ชลายนเดชะ และคณะ (Jalayondeja et al., 2017) ที่ศึกษาในพนักงานบริษัทปิโตรเลียมประเทศไทยพบว่า มีพฤติกรรมการหยุดพักช่วงระหว่างวันน้อยกว่า 2 ครั้งต่อวัน ร้อยละ 54.27 และออกกำลังกายมากกว่า 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 28.20

สำหรับพฤติกรรมการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ในช่วง 25,001 - 35,000 บาท ร้อยละ 47.67 ประสบการณ์การทำงานในสถานที่ทำงานปัจจุบันมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 49.42 ซึ่งเกือบครึ่งค่อนข้างจะมีความมั่นคงและมีประสบการณ์ในการทำงาน แม้ว่าจะมีภาระงานและบทบาทหน้าที่ต้องรับผิดชอบ แต่การมีประสบการณ์ทำงานก็ทำให้สามารถเข้าใจปัญหาต่างๆ ได้จึงอาจทำให้ระดับความเครียดไม่มากนักและการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ญาณวุฒิ พรหมเดชา (Promdecha, 2016) ที่พบว่าความเครียดจากการทำงานของพนักงานในมหาวิทยาลัยรัฐโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพนักงานที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 20,001 - 30,000 บาทจะมีความเครียดน้อยกว่ารายได้เฉลี่ย 10,000 - 15,000 บาท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังมีการศึกษาของปาณิภา เสียงเพราะ, ทัศนีย์ รวิวรกุล, และอรวรรณ แก้วบุญชู (Siangpror, Rawiworrakul, & Kaewboonchoo, 2014) ที่พบว่าคนทำงานที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากจะมีความเครียดจากการทำงานน้อยกว่าคนที่มีประสบการณ์ในการทำงานน้อย

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ พบว่า ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อสอดคล้องกับการศึกษาของ คอร์ซันดี, ชาราฟคานี, และรันบารัน (Khorsandi, Sharafkhani, & Ranjbaran, 2015) ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรังในพยาบาล ส่วนเจตคติและการรับรู้ความสามารถของตนเอง การศึกษาครั้งนี้พบว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำและปานกลางต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .21$ และ $.39$, $p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของนิรุติ ผึ่งผล, วราภรณ์ รัตนพาหิระ, สุพรรษา สุขสมทรง, และชลบุษ ทับทิมทอง (Phuengphol, Rattanapahira, Suksomsong, & Thubthimthong, 2021) ที่ พบว่าเจตคติ ($r = .56$) และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ($r = .87$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจป้องกันโรคปวดกล้ามเนื้อหลังส่วนล่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อธิบายได้ว่าในปัจจุบันอินเตอร์เน็ต ได้เข้ามามีบทบาทต่อชีวิตประจำวันทำให้บุคคลสามารถใช้เป็นแหล่งค้นคว้าหาข้อมูลความรู้ต่างๆ แบบออนไลน์ได้อย่างสะดวกมากขึ้น (Amirul, Aqilah, Lee, Azuhairi, & Isa, 2015) ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงข้อมูลและมีความรู้ในระดับสูง แต่การปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆ ให้ประสบความสำเร็จได้จะต้องมีความตั้งใจมาก ดังนั้นการมีความรู้เพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ อาจต้องมีปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย ได้แก่ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังการศึกษาของพัชราวดี ทองเนื่อง และอัญณ์ยภัคสร ใจสมคม (Tongnuang & Jaisomkom, 2019) ที่พบว่า เจตคติ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม ร่วมกันทำนายความตั้งใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของประชากรวัยผู้ใหญ่ได้ร้อยละ 30.10 ($p < .05$, $R^2 = .301$) และเป็นไปตามกรอบแนวคิด Precede Model

ของ กรีนและ เครเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่กล่าวไว้ว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เจตคติ และการรับรู้ทางสุขภาพที่สัมพันธ์กับแรงจูงใจภายในที่จะนำไปสู่การกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งที่เกี่ยวของกับพฤติกรรมของบุคคล

ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ อุปกรณ์หรือเครื่องมือที่สนับสนุนในการทำงานมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ นโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, .39$, และ $.47$, $p < .01$) อธิบายได้ว่าถ้ากลุ่มตัวอย่างมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือที่สนับสนุนเพียงพอ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อดีขึ้นด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของสุภาพร ผุดผ่อง (Phudphong, 2020) พบว่า การมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดช่องปากมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <.001$) ส่วนนโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงานและการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่มีส่วนผลักดันให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังการศึกษาของศุภวรรณ รัตนภิรมย์, กมล โพธิเย็น, และ อุรปรีย์ เกิดในมงคล (Rattanapirom, Phoyen, & Kerdmongkol, 2016) ที่พบว่า การบริหารจัดการความปลอดภัยขององค์กร โดยบริษัทกำหนดมาตรการความปลอดภัยต่าง ๆ สำหรับพนักงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุในการปฏิบัติงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r =.56$, $p < .001$) และการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 (Bumrungwong et al., 2015) แสดงให้เห็นว่าถ้าองค์กรมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพและมีการให้ข้อมูลข่าวสารในการป้องกันกลุ่มอาการดังกล่าวผ่านสื่อต่าง ๆ ในหน่วยงาน ผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ก็มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อดีขึ้นด้วย

ปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว และบุคคลในหน่วยงานมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางต่อพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49$, $p < .01$) อธิบายได้ว่าการกระตุ้น ตักเตือน และชักชวนของบุคคลในครอบครัวและบุคคลในหน่วยงานทำให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อมากขึ้น เป็นไปตามแนวคิดของ กรีน และ เครเตอร์ (Green & Kreuter, 2005) ที่ระบุว่าปัจจัยเสริม คือ การที่บุคคลได้รับการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ ตำหนิติเตียน ลงโทษ จากบุคคลอื่น ได้แก่ครอบครัว เพื่อนร่วมงาน หัวหน้างาน มีอิทธิพลช่วยผลักดันให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ กัญญ์ฐพิมพ์ บำรุงวงศ์, สุรินธร กลัมพากร, และ แอนน์ จิระพงษ์สุวรรณ (Bumrungwong, Klumpakorn, & Jirapongsuwan, 2015) และ นนทชา วิมลวัฒนา, ทิพาพันธุ์ สังฆะพงษ์, และ รัตนา ปานเรียแสน (Vimonwattana, Sangkapong, & Panriansaen, 2017) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนร่วมงาน นายจ้าง และเจ้าหน้าที่สุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของพนักงานนวดแผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p <. 01$) แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคคลในหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการศึกษาไปจัดบริการด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยอันเกี่ยวเนื่องมาจากการทำงานสำหรับผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ ดังนี้

1. พยาบาลอาชีวอนามัยควรมีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ให้กับผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยให้แก่ตนเอง เพื่อไม่เกิดกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ

2. นำเสนอข้อมูลต่อผู้บริหารของหน่วยงาน เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพของหน่วยงาน โดยการจัดสรรเวลา จัดอุปกรณ์ที่เพียงพอ และประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ ในหน่วยงาน และให้การสนับสนุนทางสังคมโดยการประกาศใช้นโยบายด้านความปลอดภัยในการปฏิบัติงาน และสนับสนุนให้บุคลากรคอยกระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เพื่อให้บุคลากรมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความปลอดภัยในการทำงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมป้องกันกลุ่มอาการผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์

References

Amirul, F. Z., Aqilah, R., Lee, M. L., Azuhairi, A. A., & Isa, M. M. (2015). Knowledge, attitude and practice of computer vision syndrome among staffs that use video display terminal in a Faculty of Malaysian Public University. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences, 2*(1), 137-147.

Bumrungwong, K., Klumpakorn, S., & Jirapongsuwan, A. (2015). Factor influencing musculoskeletal disorder prevention behaviors of Thai Massage Practitioners. *Journal of Public Health Nursing, 29*(1), 15-28. (in Thai)

Chalardlon, T., & Anansirikasem, P. (2013). Work - related musculoskeletal injuries and work safety behaviors among call center workers. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 23*(1), 44-59. (in Thai)

Chotejumrus, K. (2016). *A study of compliance with occupational safety and environment regulation of employees in AAA (Thailand) Co., Ltd* (Master's thesis, Burapha University). (in Thai) Retrieved from https://webopac.lib.buu.ac.th/catalog/BibItem.aspx?BibID=b00244937

Division of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control. (2019). *Status report of diseases and health hazards from occupational and environment, Year 2018.* Retrieved from http://envocc.ddc.moph.go.th/uploads/situation2/2561/2561_01_envocc_situation.pdf (in Thai)

Green, l. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach (4th ed.).* New York: Emily Barrosse.

Jalayondeja, C., Jalayondeja, W., Mekhora, K., Bhuanantanondh, P., Dusadi-Isariyavong, A., & Upiriyasakulet, R. (2017). Break in sedentary behavior reduces the risk of noncommunicable diseases and cardiometabolic risk factors among workers in a Petroleum Company International. *Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(5), 1-9.

Jindo, T., Kai, Y., Kitano, N., Tsunoda, K., Nagamatsu, T., & Arao, T. (2020). Relationship of workplace exercise with work engagement and psychological distress in employees: A cross-sectional study from the MYLS Study. *Preventive Medicine Reports, 17,* 1-7.

Kaliniene, G., Ustinaviciene, R., Skemiene, L., Vaiciulis, V., & Vasilavicius, P. (2016). Associations between musculoskeletal pain and work-related factors among Public Service Sector Computer Workers in Kaunas County, Lithuania. *BMC Musculoskeletal Disorders, 17*(420), 1-12.

Khorsandi, M., Sharafkhani, N., & Ranjbaran, M. (2015). Knowledge, self-efficacy, and practice among nurses for prevention of chronic low back pain in Arak, Iran, in 2014. *Journal of Occupational Health and Epidemiology, 2*(4), 157-164.

Korhan, O., & Memon, A. A. (2019). *Introductory chapter: Work-related musculoskeletal disorders.* Retrieved from https://www.intechopen.com/chapters/66431

Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement, 30*(3), 607-610.

Luger, T., Maher, C. G., Rieger, M. A., & Steinhilber, B. (2019). *Reviews work-break schedules for preventing musculoskeletal symptoms and disorders in healthy workers (Review) (9th ed.).* New Jersey: John Wiley & Sons.

Mohammadipor, F., Pourranjbar, M., Naderi, S., & Rafie, F. (2018). Work-related musculoskeletal disorders in Iranian office workers: Prevalence and risk factors. *Journal of Medicine and Life, 11*(4), 328-333.

National Statistical Office Thailand, Ministry of Digital Economy and Society. (2017). *Household information and communication technology use survey, Year 2017.* (in Thai) Retrieved from http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib1399/2560/FullReportICT_60.pdf

Phudphong S. (2020). Factors related to oral and dental health care behaviors of the elderly in Muang Sam Sip District, Ubon Ratchathani Province, *Journal of Health Science Boromrajonani College of Nursing Sunpasitthiprasong, 4*(1), 101-119. (in Thai)

Phuengphol, N., Rattanapahira, W., Suksomsong, S., & Thubthimthong, C. (2021). Factors predicting preventive behavioral intention in patients with low back pain at Thai Traditional Medicine Clinic, Sirindhorn College of Public Health, Chonburi. *Humanities and Social Science Research Promotion Network Journal, 4*(2), 33 - 43. (in Thai)

Promdecha, K. (2016). *Relationship among work environment factor, stress management and stress level of University Employees* (Master's thesis, Rajamangala University of Technology Thanyaburi). (in Thai) Retrieved from http://www.repository.rmutt.ac.th/dspace/handle/123456789/2811.

Rattanapirom, S., Phoyen, K., & Kerdmongkol, A. (2016). Accident prevention behaviors of the operational employees of BASF Group in Thailand, *Journal of Safety and Health, 9*(34), 6-19. (in Thai)

Rattanapunya, S., Jaitae, S., Noommeesri, S., Kaewdang, K., & Katonyoo, C. (2016). Preliminary study of risk factors of work-related musculoskeletal disorders among University Staffs, Chiang Mai Rajabhat University. *Journal of Safety and Health, 9*(34) 20-29. (in Thai)

Rittideah, D., Polyong, C. P., & Kongsombatsuk, M. (2018). Factors predicting discomfort characteristics of neck, shoulder and back pain among employees in private office use computers in Rayong. *Journal of the Department of Medical Services, 43*(6), 57-63. (in Thai)

Rogers, B. (2003). *Occupational and environmental health nursing: Concepts and practice (2nd ed.).* Philadelphia: Saunders.

Siangpror, P., Rawiworrakul, T., & Kaewboonchoo, O. (2014). Factors correlated to job stress among nurses in Specialised Cancer Hospitals, Central Region of Thailand. *Journal of Health Science Research, 8*(1), 17-27. (in Thai)

Social Security Office. (2019). *Situation of danger or illness due to work, year 2015 - 2019.* (in Thai) Retrieved from https://www.sso.go.th/wpr/assets/upload/files_storage/sso_th/c00433eb3bc63a11720e488101b53d91.pdf

Thato, R. (2008). *Nursing research: Concepts to application.* Bangkok: Chulalongkorn.

Thongmeekhaun, T., & Saetiaw, S. (2018). Prevention behaviors and risk perceptions of occurrence of computer syndrome among supporting staffs. *Journal of Nursing Siam University, 9*(37). 69-83. (in Thai)

Tongnuang, P., & Jaisomkom, A. (2019). Factors predicting intention to practice for preventing hypertension in adults. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 30*(2), 49-65. (in Thai)

Vimonwattana, N., Sangkapong, T., & Panriansaen, R. (2017). Factors affecting the health promotion behaviors of Professional Nurses in Faculty of Medicine, Vajira Hospital, Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing, 24*(2), 67-81. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน*

Effect of the Participatory Learning Program on Foot Ulcer Prevention Among Uncontrolled Type 2 Diabetic Persons in Community*

โสภารัตน์	อารินทร์**	Soparat	Arin**
เดชา	ทำดี***	Decha	Tamdee ***
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***

บทคัดย่อ

อุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้การปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยจะช่วยป้องกันการเกิดแผลที่เท้าได้ การศึกษากึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอสารภี จำนวน 52 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 26 ราย และกลุ่มที่ได้รับคำแนะนำตามปกติจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจำนวน 26 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ 1) เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในชุมชน คู่มือความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลที่เท้า และคู่มือการดูแลเท้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนที่เท้า 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติอ้างอิง สถิติไคสแควร์, สถิติทดสอบวิลคอกซัน และสถิติแมน-วิทนีย์ ยู ตามลักษณะข้อมูล

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้า และคะแนนการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p=.006$ ตามลำดับ) คะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้า และคะแนนการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p=.005$ ตามลำดับ)

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน สามารถเพิ่มความรู้และช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถนำความรู้ไปสู่การ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail:soparat138@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 20 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 27 กรกฎาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 6 สิงหาคม 2564

ปฏิบัติตัวในการป้องกันแผลที่เท้าที่ถูกต้องมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การป้องกันแผลที่เท้า ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้

Abstract

The prevalence of foot ulceration in diabetic patients is increasing. However, proper self-care by diabetic patients can prevent foot ulceration in uncontrolled diabetic persons. This quasi-experimental study with two group pretest - posttest design aimed to examine the effect of the participatory learning program on foot ulcer prevention among uncontrolled type 2 diabetic persons in a community. Fifty-two type-2 uncontrolled diabetic patients in Saraphi District were recruited for the study; 26 attended participatory learning while the other 26 received traditional suggestions from public health officials. Two types of tools were used in the study: 1) experimental tools consisting of a research tool entailing a participatory learning program on preventing foot ulceration in type-2 uncontrolled diabetic patients, a prevention manual, and a foot care manual for diabetic patients according to preventive and therapeutic practices for those with foot complications, and 2) a data collection tool comprised of questionnaires assessing general information about diabetic patients, knowledge of the prevention of foot ulceration in type-2 diabetic patients, and the prevention of foot ulceration in these patients. Data were analyzed using descriptive statistics, the Chi-Square Test, and the Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test, as well as the Mann-Whitney U test, depending on the characteristics of data.

The result of this study showed that:

The knowledge and practice scores regarding prevention of foot ulceration in type-2 uncontrolled diabetic patients were significantly higher after attending the participatory learning than before ($p < .001$ and $p = .006$ respectively). The knowledge and practice scores were significantly higher in the experimental group than in the control group ($p < .001$ and $p = .005$, respectively).

The results show that the developed participatory learning program for the prevention of foot ulceration in type-2 uncontrolled diabetic patients in community made participants more knowledgeable and gave them a better understanding of how to prevent foot ulceration.

Keywords: Participatory learning program, Prevention of foot ulceration, Type-2 uncontrolled diabetic persons

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Community Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: soparat138@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 20 July 2021; Revised 27 July 2021; Accepted 6 August 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้น สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน (Ministry of public health, 2014) และคาดว่า ในปีพ.ศ. 2588 จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน สำหรับประเทศไทยจากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 ในปีพ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของโรคเบาหวานของประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.9 ในปีพ.ศ. 2552 เป็นร้อยละ 8.9 ในปีพ.ศ. 2557 สำหรับข้อมูลสถิติผู้ที่เป็นเบาหวานในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2550 - 2557 มีผู้ที่เป็นเบาหวาน คิดเป็นอัตรา 660, 671, 713, 789, 858, 918, 896, และ 816 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2016) และในระดับอำเภอจากการรายงานข้อมูลในระบบคลังสุขภาพของจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 อัตราผู้ป่วยรายใหม่โรคเบาหวานในอำเภอสารภี 574.98 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับที่ 2 ของจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีผู้ป่วยโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 21.98 ซึ่งต่ำกว่าระดับตัวชี้วัดจากจำนวนของผู้ที่เป็นเบาหวานที่เพิ่มขึ้น และพบอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันร้อยละ 1.68 (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2019) จากรายงานการฝึกปฏิบัติงานการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ณ พื้นที่ท่าวังตาลพบว่า จากสถิติคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าวังตาลมีผู้ที่เป็นเบาหวานร้อยละ 5.85 โดยแบ่งตามกลุ่มอายุน้อยกว่า 15 ปี ร้อยละ 0.16 กลุ่มอายุ 15-39 ปี ร้อยละ 0.56 กลุ่มอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 3.07 กลุ่มอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 7.83 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 15.40 ตามลำดับ อีกทั้งยังพบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานร้อยละ 0.53 นอกจากนี้ยังพบว่าในพื้นที่นี้มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนโรคเบาหวานและพบอุบัติการณ์ของการตัดขาในผู้ป่วยเบาหวานเกิดขึ้น (Office, Chiang Mai Provincial Public Health, 2019) จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นจะเห็นว่าโรคเบาหวานยังถือเป็นโรคเรื้อรังที่มีอัตราการป่วยเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งหากผู้ป่วยโรคเบาหวานเหล่านี้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้จะส่งผลกระทบให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงได้

ปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ของการเกิดแผลที่เท้าเพิ่มมากขึ้น พบผู้ป่วยที่มีแผลที่เท้าจำนวน 3 ราย หรือเท่ากับร้อยละ 0.6 จากการติดตามการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนพบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนส่วนใหญ่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้เพียงร้อยละ12.2 (Prakaisakun, Sirisawang, & Chawapong, 2018) จึงส่งผลกระทบในเรื่องของภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานตามมาโดยเฉพาะอย่างยิ่งภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท ซึ่งจะทำให้เกิดภาวะเท้าเบาหวานขึ้น การเกิดแผลที่เท้านั้นนอกจากจะนำไปสู่การตัดเท้าและขาแล้ว ปัญหาที่พบได้บ่อยคือกระบวนการหายของแผลที่ล่าช้า ส่งผลให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก ดังนั้นการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นเบาหวานที่ถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องจะสามารถป้องกันการเกิดแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานได้ ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดอัตราความพิการและการสูญเสียชีวิต (Piromchom, & Hansakul, 2012)

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการส่งเสริมการดูแลเท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานจะเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการดูแลเท้าเป็นส่วนใหญ่ (Sirini-yomchai, Boonnak, Riwongwant,& Wannachai, 2019) แต่มิได้เน้นให้ผู้ป่วยตระหนักในการดูแลสุขภาพในเรื่องการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ยาในผู้ที่เป็นเบาหวาน ดังนั้นการส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพเท้าที่เหมาะสมจะช่วยป้องกันภาวะ

แทรกซ้อนดังกล่าวได้ ดังนั้นจึงจำเป็นที่จะต้องมีรูปแบบการจัดการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะได้ดี (Department of Mental Health, 2001) กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) เป็นแนวคิดหนึ่งที่มีการกล่าวถึงและมีการนำมาใช้ในการจัดการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จากการศึกษาพบว่าการใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้ที่เป็นเบาหวานที่เข้าร่วมการศึกษามีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เพิ่มขึ้น เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง นำความรู้ที่ได้รับจากกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ไปปฏิบัติ (Sawanyavisuth & Sanchaisuriya, 2013) สามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เป็นเบาหวานที่อยู่ในชุมชนสามารถนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเองและปรับพฤติกรรมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (PL) ของโคล์บ (Kolb, 1984) เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่มีการเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และเป็นการเรียนรู้ที่มีความเชื่อว่าเป็นการเรียนรู้ที่สามารถพัฒนาในด้านความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และพฤติกรรมของผู้เรียนได้เป็นอย่างดี เนื่องจากการเรียนรู้แบบนี้เป็นการดึงประสบการณ์ ศักยภาพของผู้เรียนออกมาใช้ได้อย่างเต็มที่ สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรม เนื่องจากหลักการสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นการนำแนวคิดนี้มาใช้เพื่อให้การดูแลผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ให้มีความรู้ ทัศนคติ ทักษะ และการปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อป้องกันแผลที่เท้า โดยเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (experiential learning) ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม (group process) ดังนั้นการนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวานซึ่งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการได้ เพราะเป็นการเรียนรู้ที่สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้ และนำสู่การมีทักษะในการปฏิบัติที่ดีในการเรียนรู้นั้นๆ

การนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของผู้ที่เป็นเบาหวาน ซึ่งจะเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มารับบริการได้ เพราะเป็นการเรียนรู้ที่สามารถช่วยให้ผู้เรียนเกิดความรู้ เจตคติ และทักษะที่ดีในการเรียนรู้นั้นๆ เนื่องจากเป็นการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ อาศัยพื้นฐานเดิมจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ผ่านการวิเคราะห์จัดระบบความคิดความเชื่อของตนเองจนเกิดเจตคติที่ดี มีผลต่อการแสดงพฤติกรรมจนเกิดเป็นความชำนาญที่เรียกว่าทักษะ จึงเป็นการเรียนรู้ที่ยั่งยืนและเป็นการเรียนรู้ที่แท้จริง (Anusornteerakul & Janthong, 2014) ซึ่งวิธีการนี้จะส่งผลดีต่อผู้ที่เป็นเบาหวานให้มีทิศทางของการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของตนเองได้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่ การจัดโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในชุมชนในครั้งนี้ มุ่งหวังให้ผลของการวิจัยสามารถพัฒนารูปแบบการให้บริการแก่ผู้ที่เป็นเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสามารถประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการ

ป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้สูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในชุมชน โดยสาระความรู้และการปฏิบัติได้จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบไปด้วยการควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning: PL) ของโคล์บ (Kolb, 1984) มาประยุกต์เป็นกลวิธีในการดำเนินการเรียนรู้ ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ประสบการณ์ (experience) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้ และการปฏิบัติในการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในชุมชน เพื่อดึงประสบการณ์ออกมาใช้ในการเรียนรู้ และแบ่งปันประสบการณ์ของตนเอง ขั้นที่ 2 การสะท้อนและอภิปราย (reflection and discussion) การแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกแลกเปลี่ยนกับสมาชิกในกลุ่มเกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในชุมชน ขั้นที่ 3 ความคิดรวบยอด (concept) การเสริมความรู้โดยผ่านการเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในชุมชน ขั้นที่ 4 การทดลอง/ประยุกต์แนวคิด (experimentation/application) ร่วมกันออกแบบแนวทางในการปฏิบัติของตนเองเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และนำแนวทางที่ได้สรุปร่วมกันไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวัน และมีการผสมผสานกับกระบวนการกลุ่มทุกขั้นตอน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มและวัดผลสองครั้ง (two group pretest - posttest design) คือก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในชุมชน โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนกันยายน - ตุลาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 35-59 ปี ที่ขึ้นทะเบียนกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ การวิจัยในครั้งนี้ใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในการศึกษาที่ใกล้เคียง จากการศึกษาของ ปิยาภรณ์ สุวรรยาวิสุทธิ์ และ ภัทระ แสนไชยสุริยา (Sawanyavisuthi & Sanchaisuriya, 2013) เรื่องผลของกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางไต จากการประเมินค่าโดยกำหนดความเชื่อมั่นที่ .05 ใช้อำนาจการทดสอบ (power of test) .8 และคำนวณค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรที่ศึกษา (effect size) ได้เท่ากับ 0.72 จึงเลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพลปานกลาง (medium effect) (Cohen, 1977) หลังจากนั้นนำมาคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้โดยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบด้วยโปรแกรม G*Power ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย และคำนวณการขาดหายไปของการมีส่วนร่วมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (20% dropout rate) ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 52 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้า กลุ่มทดลอง 26 ราย กลุ่มควบคุม 26 ราย

เกณฑ์การคัดเข้า

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมงานวิจัย (Inclusion Criteria) ผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (Fasting blood sugar: FBS) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ130 มิลลิกรัม/เดซิลิตร อย่างน้อย 6 เดือน

2. เคยได้รับคำแนะนำการดูแลเท้า

3. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา และข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงที่มารับการตรวจครั้งล่าสุด อาการหรือโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเบาหวานและโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งผู้วิจัยจะพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของแบบประเมินความรู้ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานทั้งหมด 4 ประเด็นได้แก่ 1) การควบคุมอาหาร 2) การใช้ยา 3) การออกกำลังกาย และ 4) การดูแลเท้า ลักษณะคำถามเป็นปรนัย 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ โดยมีเกณฑ์ในการพิจารณาให้คะแนนในแต่ละข้อ คือ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน มีข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ ดัดแปลงจาก ชยพล ศิรินิยมชัย (Siriniyom-chai, 2019) เพื่อประเมินการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลที่เท้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบข้อความให้เลือกคำตอบโดยแบ่งคะแนนออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราวัดแบบลิเคิร์ท (Likert Scale)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในชุมชน

ส่วนที่ 2 คู่มือความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลที่เท้า ประกอบด้วยเรื่อง การควบคุมอาหาร การใช้ยา การออกกำลังกาย และการดูแลเท้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน

ส่วนที่ 3 คู่มือการดูแลเท้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน และแบบตรวจเท้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบประเมินความรู้ในการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ได้รับการพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ แล้วนำแบบสอบถามนี้มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 0.95 และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Conbarch's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.80

2. แบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในชุมชน ได้รับการพิจารณาตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเบาหวาน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาล 2 ท่าน พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะแล้วนำแบบสอบถามนี้มาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content

validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ 1 และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Conbarch's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์นี้ได้รับการรับรองสิทธิ์กลุ่มตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเลขที่โครงการ 2563 - 101 และรหัสโครงการ 2563 - EXP077 จากนั้นผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการดำเนินงาน พร้อมทั้งขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ด้วยการลงนามยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆต่อกลุ่มตัวอย่าง สำหรับข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำมาใช้เฉพาะการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทาย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยในครั้งนี้ วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาในการเข้าร่วม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2. ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และแบบสอบถามการปฏิบัติการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมได้ครั้งที่ 1 (pre-test) ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มควบคุม เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการรักษาตามแนวทางของแพทย์โดยได้รับการตรวจตามนัดทุกวันพฤหัสบดีแรกของทุกเดือนและได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานจากพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม รวมปฏิบัติกิจกรรม 4 ครั้ง ครั้งละ 1-2 ชั่วโมง ห่างกันครั้งละ 1 สัปดาห์ นัดหมายกลุ่มตัวอย่างครั้งที่ 5 อีก 2 สัปดาห์ รวมระยะเวลา 6 สัปดาห์

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งที่ 2 (post-test) เพื่อประเมินความรู้หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โดยแบบสอบถามความรู้ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติอ้างอิงได้แก่ สถิติ Chi-Square Test หรือสถิติ Fisher Exact Test ตามลักษณะของข้อมูล และ สถิติ Independent T-Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลเท้าของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับคำแนะนำตามปกติ ด้วยสถิติ The Wilcoxon Matched Pairs Signed-Ranks Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ใช่โค้งปกติ

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการดูแลเท้าระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ The Mann - Whitney U Test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบไม่ใช่โค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.50 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 73.10 อายุเฉลี่ย 53 ปี (SD=4.99) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 80.80 รองลงมาระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 19.20 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานส่วนมากอยู่ในระยะต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 76.90 (SD=3.93) ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่มีค่าระหว่าง 141-170 mg% ร้อยละ 42.3 และ 131-140 mg% ร้อยละ 15.4 และมีระดับ Hb A1C ครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 7 % ร้อยละ 65.4

กลุ่มควบคุม พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.40 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 92.3 อายุเฉลี่ย 54 ปี (SD= 3.56) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 69.20 รองลงมาระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.90 ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานส่วนมากอยู่ในระยะต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 57.70 (SD = 2.46) ระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่มีค่าระหว่าง 141-170 mg% ร้อยละ 53.80 และ 131-140 mg% ร้อยละ 19.20 และมีระดับ Hb A1C ครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 7 % ร้อยละ 88.50

ส่วนที่ 2 คะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 13.54 (SD = 2.25) และหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงเท่ากับ 17.96 (SD = 1.80) ซึ่งค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในส่วนของคะแนนการปฏิบัติก่อนได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 19.88 (SD = 7.35) และหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 26.54 (SD = 7.78) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .006$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ก่อนการได้รับคำแนะนำตามปกติของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 15.42 คะแนน (SD = 2.48) และหลังได้รับคำแนะนำตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่ำเท่ากับ 14.65 (SD= 1.41) ซึ่งค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับคำแนะนำตามปกติต่ำกว่าก่อนการได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .165$) ในส่วนของคะแนนการปฏิบัติก่อนการได้รับคำแนะนำตามปกติของกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 27.88 (SD = 8.17) และหลังได้รับคำแนะนำตามปกติมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติเท่ากับ 20.12 (SD = 7.80) ซึ่งค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติหลังได้รับคำแนะนำตามปกติต่ำกว่าก่อนได้รับคำแนะนำตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .008$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ก่อนและหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

คะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลเท้า	ก่อนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		หลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
กลุ่มทดลอง					
ความรู้	13.54	2.25	17.96	1.80	<.001
การปฏิบัติ	19.88	7.35	26.54	7.78	.006
กลุ่มควบคุม					
ความรู้	15.42	2.48	14.65	1.41	.165
การปฏิบัติ	27.88	8.17	20.12	7.80	.008

ส่วนที่ 3 คะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าของกลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเท่ากับ 17.96 (SD.= 1.80) ซึ่งสูงกว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนความรู้การดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าเท่ากับ 14.65 (SD = 1.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าของกลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเท่ากับ 26.54 (SD = 7.78) ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าของกลุ่มควบคุมที่มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 20.12 (SD. = 7.80) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .005$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และคะแนนการปฏิบัติการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนที่ใช้เปรียบเทียบ	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		p-value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD	
ก่อนการทดลอง					
ความรู้	13.54	2.25	15.42	2.48	.008
การปฏิบัติ	19.88	7.35	27.88	8.17	.002
หลังการทดลอง					
ความรู้	17.96	1.80	14.65	1.41	< .001
การปฏิบัติ	26.54	7.78	20.12	7.80	.005

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้แบ่งการอภิปรายผลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) ความรู้และการปฏิบัติการดูแลเท้าที่เพิ่มขึ้นหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2) ความรู้และการปฏิบัติการดูแลเท้าที่เพิ่มขึ้นระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อภิปรายตามสมมติฐาน ดังนี้

1. การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติการดูแลเท้าของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในการดูแลเท้า

เพื่อป้องกันแผลที่เท้า ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้

ด้านความรู้เรื่องการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้หลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.001 (ตารางที่ 1) จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในเรื่องการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง โดยใช้การเรียนรู้ตามประสบการณ์เดิมมาใช้ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนความคิดและการอภิปราย เกิดเป็นความคิดรวบยอดที่เป็นแนวทางในการนำไปปฏิบัติ ดังนั้นการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจึงเป็นรูปแบบที่ผสมผสานประสบการณ์ และความชอบความถนัดของผู้เรียนเข้าไว้ด้วยกัน จึงเกิดเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ยั่งยืน ถือว่าเป็นการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลทั้งด้านความรู้ และสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้เป็นอย่างดี (Chiangpiew, 2015)

การวิจัยในครั้งนี้ได้นำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาใช้ โดยให้กลุ่มตัวอย่างมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เดิมของตนเองในประเด็นเรื่อง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ครอบคลุมเรื่อง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการดูแลเท้า และให้กลุ่มตัวอย่างสะท้อนคิดและช่วยกันวิเคราะห์ หาแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จากการเรียนรู้ที่ผ่านมา หลังจากนั้นผู้วิจัยเสริมความรู้ที่ถูกต้อง ซึ่งกิจกรรมต่างๆเป็นการพัฒนาความรู้ ทำให้ผู้เรียนเกิดความคิดเชื่อมโยงระหว่างความรู้กับประสบการณ์เดิม จนเกิดความเข้าใจและจะนำไปสู่การเรียนรู้ที่แท้จริง (Khammanee, 2014)

ด้านการปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพบว่า ค่าเฉลี่ยการปฏิบัติหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนการเรียนรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p =.006 (ตารางที่ 1) จะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติในการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติในการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้เพิ่มขึ้นเนื่องจากประสิทธิภาพผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเน้นการเรียนรู้ที่ใช้ประสบการณ์ เป็นกิจกรรมที่ให้โอกาสผู้เรียนมีส่วนร่วมกิจกรรมมากที่สุดด้วยความมุ่งมั่นที่จะทำให้ผู้เรียนได้รับการพัฒนากระบวนการคิด สร้างความรู้ได้ด้วยตนเอง โดยมีปฏิสัมพันธ์แบบมีส่วนร่วมกับผู้สอนและผู้เรียนด้วยกัน เพื่อพัฒนาความรู้ที่จะนำไปสู่การปฏิบัติในบริบทที่มีอยู่และเกิดขึ้นตามสภาพจริง (Department of Mental Health, 2001) เช่นเดียวกับการวิจัยในครั้งนี้ที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้ โดยการนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มาประยุกต์ใช้ในการเรียนรู้ของกลุ่มทดลอง รวมทั้งได้มีกิจกรรมที่นำเอาองค์ความรู้และแนวทางที่ถูกต้องมาใช้ในการทดลองปฏิบัติ รวมไปถึงการนำรูปแบบการปฏิบัติการดูแลเท้าไปปฏิบัติในชีวิตประจำวัน กิจกรรมต่างๆนั้นทำให้เกิดการพัฒนาการปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้คะแนนการปฏิบัติในการดูแลเท้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ หลังจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. การอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และการปฏิบัติของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้า ภายหลังได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ด้านความรู้เรื่องการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวาน เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้

ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p <.001 (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมนั้น เนื่องจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จะสังเกตเห็นว่า เมื่อเรานำข้อมูลส่วนบุคคลในด้านอายุและการศึกษามาเปรียบเทียบระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าอายุส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนั้นอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี กลุ่มทดลองร้อยละ 73.1 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 92.3 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = .167)

กลุ่มทดลองที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ได้พัฒนาการเรียนรู้ที่เป็นระบบแบบแผน ได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ สะท้อนคิดและอภิปราย จึงเกิดเป็นความคิดรวบยอดที่ถูกต้อง ทำให้มีความรู้เพิ่มมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม ดังค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ของทั้งสองกลุ่ม ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .001) ในทางตรงกันข้ามกลุ่มควบคุมซึ่งมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ก่อนการเข้าร่วมวิจัยสูงกว่ากลุ่มทดลอง แต่ภายหลังพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ลดลง ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการสอนเพียงอย่างเดียวจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ไม่ได้ทดลองปฏิบัติ จึงพัฒนาความรู้ได้พอควรแต่อาจจะจดจำได้น้อยและไม่สามารถนำไปปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด

ด้านการปฏิบัติ ผลการวิจัยพบว่า เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าภายหลังการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p =.005 (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่กลุ่มทดลอง มีคะแนนการปฏิบัติในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ สูงกว่ากลุ่มควบคุมนั้นเนื่องจากประสิทธิภาพของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จะสังเกตเห็นว่าเมื่อเรานำข้อมูลส่วนบุคคลในด้านระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 76.9 และรองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 11.5 และกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงต่ำกว่า 5 ปี ร้อยละ 55.7 และรองลงมาอยู่ในช่วง 6-10 ปี ร้อยละ 34.6 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต (p = .141) ถ้าเปรียบเทียบเรื่องของประสบการณ์ของทั้งสองกลุ่มแล้ว ไม่มีความแตกต่างกัน

ในการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้มีการเรียนรู้โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ของแต่ละบุคคลในการดูแลเท้าเพื่อป้องกันแผลที่เท้าสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพราะได้อภิปรายและสะท้อนคิดเกิดเป็นความคิดรวบยอด และได้ทดลองปฏิบัติจริง ผ่านการเล่นเกมส์ ซึ่งทุกคนได้มีส่วนร่วมและได้ทดลองปฏิบัติทุกคน นอกจากนั้นได้ร่วมกันออกแบบแนวทางในการปฏิบัติเพื่อป้องกันแผลที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 และนำไปทดลองใช้ในชีวิตประจำวันเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้จะทำให้กลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมได้กระตุ้นการคิด ได้ทักษะในการปฏิบัติที่ถูกต้องและสามารถจดจำและนำไปใช้ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้พยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน มาใช้แก้ไขปัญหาการควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

2. เป็นแนวทางในการวิจัยเกี่ยวกับการใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับการป้องกันแผลที่เท้าในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในพื้นที่อื่นหรือในการดูแลผู้ป่วยโรคอื่นๆต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในผู้ที่เป็นเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้อย่างต่อเนื่องและติดตามในระยะเวลาที่นานมากขึ้นเพื่อให้สามารถสังเกตพฤติกรรมได้อย่างชัดเจน

2. ควรมีการประยุกต์ใช้รูปแบบการส่งเสริมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการเกิดแผลที่เท้า ของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองต่อไป

References

Anusornteerakul, S., & Janthong, P. (2014). The effects of participatory learning program on diet control behaviors among pregnant women with gestational diabetes mellitus. *Journal of Nursing Science and Health, 37*(1), 52-59. (in Thai)

Chiangpiew, N. (2015). The effectiveness of foot exercise on lower extremity blood supply and leg muscle strength among type 2 diabetes mellitus patients. *Thai Journal of Nursing, 61*(2), 1-5. (in Thai)

Chiangmai Provincial Public Health Office. (2016). *Health data center.* (in Thai) Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/

Chiangmai Provincial Public Health Office. (2019). *Health data center.* (in Thai) Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/

Chiangmai Provincial Public Health Office. (2019). *Information center.* (in Thai) Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/all_it.php

Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Washington D.C.: Lawrence Erlbaum Associates.

Department of Mental Health. (2001). *Information center.* (in Thai) Retrieved from http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8297

Khammanee, T. (2014). *Media management powered.* (in Thai) Retrieved from http://doc2.clib.psu.ac.th/public13/266172.pdf

Kolb, D. A. (1984). *Participatory learning approach: A research agenda. Technical Report Version 1.0.*

Ministry of Public Health. (2017). *Health data center.* (in Thai) Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php

Piromchom, A., & Hansakul, A. (2012). *Factors influenced with self-care behaviors in type 2 diabetes mellitus patients in Nongbuarawae District,* Chaiyaphum Province. (in Thai)

Prakaisakun, J., Sirisawang, W., & Chawapong, W. (2018). Quality of life of non-insulin dependent diabetes patients at Sarapee Hospital, Chiang Mai Province. *Ganesha Journal, 14*(1), 1-15. (in Thai)

Siriniyomchai, C., Boonnak, N., Sriwongwant, S., & Wannachai, P. (2019). Development of Foot Care Model among patients with diabetes mellitus in community: A Case Study of Sunpuloei Community. *Nursing Science Journal of Thailand, 37*(2), 13-25. (in Thai)

Siriniyomchai, C. (2019). Nurse's roles in management of diabetic foot ulcers. *Siriraj Med Bull, 12*(2), 132-139. (in Thai)

Sawanyavisuthi, P., & Sanchaisuriya, P. (2013). The effectiveness of participatory learning process to modify food consumption behavior of diabetes mellitus type 2 patients with nephropathy attending Kumphawapi Primary Care Unit, Udonthani Province. *KKU Journal for Public Health Research, 7*(1), 1-8. (in Thai)

การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย*
Self-efficacy, Social Support and Self-management in Thalassemic Adolescents*

วสันต์	ศรีแดน **	Wasun	Sridan **
อุษณีย์	จินตะเวช ***	Usanee	Jintrawet ***
ศรีมนา	นิยมค้า ***	Srimana	Niyomkar ***

บทคัดย่อ

การจัดการตนเองที่เหมาะสมในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีทางสุขภาพ และเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองของ Schilling, Grey, & Knafl, (2002) และ Schilling et al., (2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ที่มีอายุระหว่าง 15 - 17 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคธาลัสซีเมียหรือคลินิกโรคเลือด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 85 ราย คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเอง และแบบสอบถามการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.90, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74, 0.72 และ 0.81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 81.18 มีคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองในอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 69.72, S.D. = 8.31)

2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49$, $p < .001$, $r = .45$, $p < .001$) ตามลำดับ

ผลการวิจัยในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ในการส่งเสริมการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการตนเอง เด็กวัยรุ่น โรคธาลัสซีเมีย การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม

---

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: wasun@smnc.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 20 พฤศจิกายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 12 ธันวาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 10 มกราคม 2561

Abstract

Proper self-management in adolescents with thalassemia will lead to good health outcomes and proceed to productive adults. The objective of this descriptive research was to investigate self-management, and the relationship between self-efficacy, social support and self-management in thalassemic adolescents. The conceptual framework is based on self-management concept by Schilling, Grey, & Knafl, (2002); Schilling et al., (2009) and a review literature. Eighty five adolescents with thalassemia (15 to 17 years old) were purposively recruited from the pediatric out-patient department or the hematology clinic of three tertiary hospitals, northern Thailand. The research instruments included the self-efficacy in adolescents with thalassemia scale, the social support in self-management in adolescents with thalassemia scale, and the self-management in adolescents with thalassemia scale. The content validity index (CVI) of these questionnaires were .90, 1.00 and 1.00, respectively. The reliability showed acceptable value of 0.74, 0.72 and 0.81, respectively. Data were collected from July to October 2017, and were analyzed using descriptive statistics and the Spearman's rank correlation coefficient.

The results were as follows:

1. Adolescents with thalassemia of 81.18 % showed the mean score of self-management at a high level ($\bar{X}$ = 69.72, S.D. = 8.31).

2. Self-efficacy and social support were statistically significant moderate positive relationship with self-management in adolescents with thalassemia ($r = .49$, $p < .001$, $r = .45$, $p < .001$, respectively).

The findings of this study serve as the preliminary data for related health personnel, nurses in particular, to effectively promote self-management in adolescents with thalassemia that may increase quality of life and reduce further complications.

Keywords: Self-Management, Adolescents, Thalassemia, Self-efficacy, Social Support

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: wasun@smnc.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 20 November 2017; Revised 12 December 2017; Accepted 10 January 2018

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคธาลัสซีเมีย เป็นโรคโลหิตจางที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมแบบยีนด้อย ที่เกิดจากความผิดปกติในการสร้างโปรตีน อัลฟ่าหรือเบต้าโกลบินในฮีโมโกลบินของเม็ดเลือดแดง ส่งผลให้รูปร่างของเม็ดเลือดแดงผิดปกติ แตกง่ายและมีอายุสั้น โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคเรื้อรังและเป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก มีการคาดการณ์ว่าอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีทารกเกิดใหม่เป็นโรคธาลัสซีเมียประมาณ 900,000 รายต่อปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบ 400,000 รายต่อปี และจะมีผู้ที่เป็นโรคประมาณร้อยละ 60 ของประชากร (Vichinsky, 2005) ในประเทศไทยมีผู้ที่เป็นโรคประมาณ ร้อยละ 1 ของประชากร หรือประมาณ 600,000 ราย (Fucharoen, Tanpaijit, Torjarat, Wipraksit, & kaewkuychr, 2017) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความชุกของยีนธาลัสซีเมียมากที่สุด โดยพบผู้ป่วยเบต้าธาลัสซีเมียชนิดมีฮีโมโกลบินอีร้อยละ 41.7 รองลงมาคืออัลฟ่าธาลัสซีเมียร้อยละ 5.8 และเบต้าธาลัสซีเมียร้อยละ 0.9 (Fucharoen, 2013) เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียมีความชุกมากในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยช่วงอายุ 15-17 ปี พบโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 62.2 ในจังหวัดมุกดาหาร และร้อยละ 58.8 ในจังหวัดร้อยเอ็ด (Pansuwan, Fucharoen, Fucharoen, Himakhun, & Dangwiboon, 2011)

จากการศึกษาในเด็กวัยรุ่นโรคเบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์ที่มีอายุ 10-18 ปี ที่ได้รับยาขับเหล็กไม่สม่ำเสมอ มีผลทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้แก่โรคหัวใจ โรคเบาหวาน การเจริญเติบโตช้า และภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ร้อยละ 96, 54, 81 และ 28 ตามลำดับ ในขณะที่เด็กวัยรุ่นที่ได้รับยาขับเหล็กอย่างสม่ำเสมอ มีอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่า โดยพบร้อยละ 60, 9, 47 และ 14 ตามลำดับ (Delea et al., 2007) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับยาขับเหล็กไม่สม่ำเสมอ จะขับเหล็กได้ไม่ดี มีผู้ป่วยร้อยละ 54 ที่เสียชีวิตภายในอายุ 25 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยที่สามารถขับเหล็กได้ดี เสียชีวิตร้อยละ 2 (Piga, Gaglioti, Fogliacco, & Tricta, 2003) ดังนั้นเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียต้องมีการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น ซึ่งการจัดการตนเองที่ดีจะช่วยลดภาวะซีดเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนจากเหล็กเกิน รวมทั้งลดค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษา โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่มีอาการปานกลางถึงรุนแรง ที่จะต้องเข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง และจะช่วยให้สามารถจัดการตนเองได้ถูกต้องเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่

วัตถุประสงค์การวิจัย

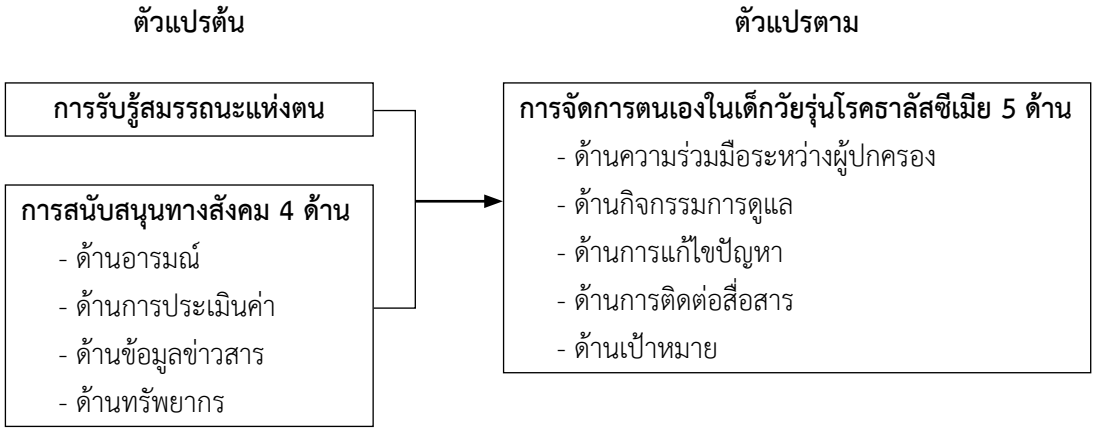
1. เพื่อศึกษาระดับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

คำถามการวิจัย

1. การจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเป็นอย่างไร
2. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่น ของชิลลิ่ง และคณะ (Schilling, Grey, & Knafl, 2002; Schilling et al., 2009) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแนวคิดสมรรถนะแห่งตน และปัจจัยด้านการสนับสนุนทางสังคม ตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคม ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคธาลัสซีเมียหรือคลินิกโรคเลือดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือเด็กวัยรุ่นที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย อายุ 15-17 ปี ซึ่งมารับการรักษายังคลินิกโรคธาลัสซีเมียหรือคลินิกโรคเลือด ที่โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 3 แห่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือด ทุก 1-3 เดือน 2) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ โดยวิธีการพูด อ่าน และเขียนได้ 3) ผู้ปกครองยินยอมให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัย และกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย และมีเกณฑ์คัดออก คือมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะหัวใจล้มเหลว

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการเปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นค่าความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ที่สามารถใช้ประมาณขนาดของกลุ่มตัวอย่างการวิจัยทางการพยาบาล (Polit, 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย กำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลโดยแบ่งตามสัดส่วน (proportional sampling) ของจำนวนประชากรทั้งหมดของแต่ละโรงพยาบาล โรงพยาบาลร้อยเอ็ดจำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 17 ราย โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นจำนวน 29 ราย และโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานีจำนวน 39 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม รวม 4 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ชุดที่ 3 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และชุดที่ 4 แบบสอบถามการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่ง

ตนในการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมในการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และแบบสอบถามการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน เพื่อตรวจสอบเนื้อหาและความตรงตามเนื้อหา ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.90, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิโดยปรับในส่วนของภาษาที่ใช้ในแบบสอบถามให้เหมาะสมกับเด็กวัยรุ่น หลังจากนั้นได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 10 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74, 0.72 และ 0.81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้วิจัยนำเสนอหนังสือพิทักษ์สิทธิ์และเอกสารขออนุญาตทำวิจัยและเก็บข้อมูลเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นและโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี เมื่อได้รับการรับรองให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ในช่วงดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมจากผู้ปกครองเพื่อให้เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเข้าร่วมการวิจัย และขอความสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยจากเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลในการเปลี่ยนแปลงการรักษาใดๆ กับเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บเป็นความลับ นำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ภายหลังได้รับหนังสืออนุญาตจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยได้เข้าไปติดต่อหัวหน้างานและผู้ตรวจการงานการพยาบาลผู้ป่วยกุมารเวชศาสตร์ หัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม และหัวหน้าแผนกคลินิกโรคเลือด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยสำรวจรายชื่อเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียและทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดเลือกและผู้ปกครอง ในช่วงก่อนพบแพทย์ เพื่อแนะนำตนเอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การขอความร่วมมือ และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเอง ซึ่งมี 4 ชุด ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมดประมาณ 30-45 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามชุดที่ 1 และชุดที่ 2 เสร็จ ได้ให้กลุ่มตัวอย่างหยุดพักประมาณ 10 นาที จากนั้นจึงให้ตอบแบบสอบถามในชุดที่ 3 และชุดที่ 4

4. ผู้วิจัยรับแบบสอบถามคืน โดยตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล โดยแบบสอบถามทุกฉบับมีความสมบูรณ์ จากนั้นผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์โดยวิธีการทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ด้วยสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะของข้อมูลได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียซึ่งเป็นตัวแปรตาม มีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 85 ราย มีอายุ 15 ปี ร้อยละ 64.70 เป็นเพศชายร้อยละ 54.12 ส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 60 มีอาการซีดหรือได้รับเลือดครั้งแรกส่วนใหญ่ที่อายุ 1-5 ปี ร้อยละ 42.35 กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาที่เจ็บป่วยมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 63.53 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ระหว่าง 5,001 - 20,000 บาท ร้อยละ 74.11 กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งได้รับเลือดทุก 1 เดือน ร้อยละ 51.76 เกือบทั้งหมดมีสิทธิการรักษาเป็นประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 97.64 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นโรคธาลัสซีเมียชนิดเบต้าธาลัสซีเมียชนิดมีฮีโมโกลบินอี ร้อยละ 70.58 และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 81.18 มีระดับความรุนแรงของโรคเป็นกลุ่มที่พึ่งพาการให้เลือด กลุ่มตัวอย่างทุกรายได้รับยาเม็ดโฟลิกและวิตามินรวม มากกว่าครึ่งได้รับยาขับเหล็ก ร้อยละ 60 โดยได้ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน ร้อยละ 49.41 ยาขับเหล็กชนิดยาฉีดร่วมกับยารับประทาน ร้อยละ 7.07 และร้อยละ 3.52 ได้ยาขับเหล็กในรูปยาฉีด ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบิน (Hb) ก่อนได้รับเลือดในระยะเวลา 1 ปี มากกว่าครึ่ง มีค่าเฉลี่ยของระดับฮีโมโกลบินอยู่ที่ 7-9 g/dl ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 85)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
15 ปี	55	64.70
16 ปี	11	12.94
17 ปี	19	22.36
(Range = 15-17, $\bar{X}$ = 15.58, SD = .86)		
เพศ		
หญิง	39	45.88
ชาย	46	54.12
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	2	2.35
มัธยมศึกษาตอนต้น	51	60.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย	23	27.05
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	9	10.60
มีอาการซีด/ได้รับเลือดครั้งแรก		
น้อยกว่า 1 ปี	18	21.18
1 - 5 ปี	36	42.35
6 - 10 ปี	30	35.29
มากกว่า 10 ปี	1	1.18

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่เจ็บป่วย		
1 - 5 ปี	3	3.53
6 - 10 ปี	28	32.94
มากกว่า 10 ปี	54	63.53
รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว		
< 5,000 บาท	14	16.47
5,001 - 10,000 บาท	28	32.94
10,001 - 15,000 บาท	14	16.47
15,001 - 20,000 บาท	21	24.70
> 20,000 บาท	8	9.42
ความถี่ของการได้รับเลือด		
ทุก 1 เดือน	44	51.76
ทุก 2 เดือน	16	18.82
ทุก 3 เดือน	25	29.42
ชนิดของโรคธาลัสซีเมีย		
โฮโมซัยกัสเบต้าธาลัสซีเมีย/เบต้าธาลัสซีเมียเมเจอร์	8	9.41
เบต้าธาลัสซีเมียชนิดมีฮีโมโกลบินอี	60	70.58
ฮีโมโกลบินเอ็ช	13	15.29
ฮีโมโกลบินเออีบาร์ท	4	4.72
ระดับความรุนแรงของโรค		
กลุ่มที่ไม่พึ่งพาการให้เลือด	16	18.82
กลุ่มพึ่งพาการให้เลือด	69	81.18
ชนิดของยาที่ได้รับ		
ยาเม็ดโฟลิก	85	100
ยาวิตามินรวม	85	100
ยาขับเหล็ก	51	60.00
ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน (deferiprone)	34	40.00
ยาขับเหล็กชนิดรับประทาน (deferasirox)	8	9.41
ยาขับเหล็กในรูปยาฉีด (deferoxamine)	3	3.52
ยาขับเหล็กชนิดยาฉีดร่วมกับยารับประทาน	6	7.07
ค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบิน (Hb) ก่อนได้รับเลือดในระยะเวลา 1 ปี		
Hb ≤ 7 g/dl	19	22.35
Hb 7-9 g/dl	46	54.11
Hb ≥ 9 g/dl	20	23.54

ส่วนที่ 2 ข้อมูลคะแนนการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 85 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการตนเองรายด้าน พบว่าการจัดการตนเองด้านความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านเป้าหมาย มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านกิจกรรมการดูแล มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (n = 85)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
การจัดการตนเองโดยรวม	0 (0.0)	16 (18.82)	69 (81.18)	69.72	8.31
การจัดการตนเองรายด้าน					
ความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง	6 (7.07)	32 (37.64)	47 (55.29)	2.48	0.62
กิจกรรมการดูแล	1 (1.2)	55 (64.8)	29 (34.0)	28.90	4.40
การแก้ไขปัญหา	1 (1.18)	21 (24.71)	63 (74.11)	13.99	2.43
การติดต่อสื่อสาร	2 (2.4)	41 (48.2)	42 (49.4)	10.86	2.38
เป้าหมายในการจัดการตนเอง	0 (0.0)	11 (12.94)	74 (87.06)	13.41	1.87

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .49, p < .001$, $r = .45, p < .001$ ตามลำดับ) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยด้านการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย (n = 85)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	ค่าความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง	p-value
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.49	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.45	.001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.18 มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 69.72 (S.D.= 8.31) อีกทั้งการจัดการตนเองในรายด้านส่วนใหญ่มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ได้แก่ ด้านความร่วมมือระหว่างผู้ปกครอง ด้านการแก้ไขปัญหา ด้านการติดต่อสื่อสาร และด้านเป้าหมายในการจัดการตนเอง ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48, 13.99, 10.86 และ 13.41 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นรับรู้ถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองที่ช่วยให้เด็กวัยรุ่นสามารถแก้ไขปัญหา หรือทำกิจกรรมการดูแลได้อย่างเหมาะสม เพื่อบรรลุเป้าหมายในการจัดการตนเองตามที่ได้กำหนดไว้ อีกทั้งการพูดคุยหรือปรึกษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยกับบุคคลอื่น เช่นเพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ และครู ก็มีส่วนในการจัดการตนเองเช่นกัน จากการศึกษาพบว่า เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียร้อยละ 97.65 กำลังเรียนหนังสือ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเด็กวัยรุ่นอาจมีความสามารถในการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้จากสถานศึกษา และอาจมีการพูดคุย ปรึกษาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยกับเพื่อนและครู ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเมเจอร์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาที่มาก จะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ปัญหาหรือข้อจำกัดในด้านร่างกายของตนเอง ซึ่งส่งผลให้มีความสามารถในการปรับตัวกับภาวะความเจ็บป่วยได้ดี (Razzazan et al., 2014) ส่วนด้านกิจกรรมการดูแล เป็นด้านเดียวที่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.90 เนื่องด้วยโรคธาลัสซีเมียเป็นโรคที่มีความซับซ้อน อาศัยการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีกิจกรรมการดูแลตนเองที่หลากหลาย รวมทั้งอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาเช่น การรับเลือด หรือจากยาขับเหล็ก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเรืองฤทธิ์ โทรพันธ์, นฤมล ธีระรังสิกุล, และ ศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์ (Thoraphan, Teerarungsikul, & Sananreungsak, 2017) ที่ศึกษาในเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับยาขับเหล็ก พบว่ามีความสามารถในการจัดการอาการรบกวนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยสามารถจัดการกับอาการวิงเวียนศีรษะมากที่สุด รองลงมาเป็นอาการปวดข้อและข้ออักเสบ โดยอายุที่มากขึ้น และความรู้ในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการจัดการกับอาการรบกวนในเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับยาขับเหล็ก (r=.402, p < .001, r=.424, p < .001 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .49, p < .001) แสดงให้เห็นว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการจัดการตนเอง ส่งผลให้มีการจัดการตนเองที่เหมาะสมในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นของบุคคลที่สามารถดำเนินการทำพฤติกรรมที่เฉพาะในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ โดยเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้ (Bandura, 1997) ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรังอื่น โดยการศึกษา ของณัฐพร ออนตะไคร้, อุษณีย์ จินตะเวช, และ จุฑามาศ โชติบาง (Ontrakrai, Jintrawet, &

Chotibang, 2016) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 (r = .69, p < .01) และการศึกษาของ เอียนนอททีและคณะ (Iannotti et al., 2006) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการจัดการโรคเบาหวานในเด็กวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 10-16 ปี (r =.33 p <.01) นอกจากนี้การศึกษาในเด็กวัยรุ่นโรคหอบหืด ที่มีอายุระหว่าง 13-20 ปี พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางลบกับอุปสรรคในการจัดการตนเอง (r = -.40, p < .001) (Rhee, Belyea, Ciurzynski, & Brasch, 2009) อีกทั้งใกล้เคียงกับการศึกษาในเด็กวัยรุ่นที่เป็นลมชักของ นริศรา ศรีกุลวงศ์, ศรีพรรณ กันธวัง, และ อุษณีย์ จินตะเวช (Srikulwong, Kantawang, & Jintrawet, 2012) พบว่าสมรรถนะแห่งตนสามารถทำนายการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 33.6 (R2 = 0.336, p < .001)

ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .45, p < .001) โดยสอดคล้องกับการศึกษาในเด็กโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับยาขับเหล็กพบว่าการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการอาการรบกวนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .354, p < .001) (Thoraphan et al., 2017) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการที่เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ครอบครัว เพื่อน บุคลากรด้านสุขภาพ ครู และบุคคลในสังคม จะช่วยส่งเสริมให้มีการจัดการตนเองกับโรคและอาการรบกวนได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียที่ได้รับการยอมรับจากผู้ปกครอง และบุคลากรด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมในการรักษา การตัดสินใจ และการทำกิจกรรมด้วยตนเอง จะมีความภาคภูมิใจในตนเอง และมีความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Razzazan et al., 2014) ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความเกี่ยวข้องกับการเพิ่มทักษะที่เหมาะสมในการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคเรื้อรัง และสอดคล้องกับการศึกษาในเด็กวัยรุ่นโรคหอบหืดของ ซิน, คัง, และวีเวอร์ (Sin, Kang, & Weaver, 2005) ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในวัยรุ่นโรคหอบหืดที่มีอายุระหว่าง 15-17 ปี (r = .34, p < .05) อีกทั้งใกล้เคียงกับการศึกษาของ ณัฐพร ออนตะไคร้ และคณะ (Ontrakrai et al., 2016) ที่พบว่าการสนับสนุนจากครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคเบาหวานชนิดที่ 1 ที่มีอายุระหว่าง 13-18 ปี (r = .58, p < .01)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการพยาบาล สามารถนำผลการวิจัยในครั้งนี้ ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการส่งเสริมการจัดการตนเองให้แก่เด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย โดยจะต้องประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียในอนาคตได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมีย และควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคธาลัสซีเมียเพิ่มเติมเช่น ความรู้ และระยะเวลาการเจ็บป่วย

References

Delea, T. E., Edelsberg, J., Sofrygin, O., Thomas, S. K., Baladi, J. F., Phatak, P. D., & Coates, T. D. (2007). Consequences and costs of noncompliance with iron chelation therapy in patients with transfusion-dependent thalassemia: A literature review. *Transfusion, 47*(10), 1919-1929.

Fucharoen, S., Tanpaijit, W., Torjarat, K., Wipraksit, W., & kaewkuychr, A. (2017). *Guidelines for the care of thalassemia patients in general practice.* Bangkok: Paliving printing. (in Thai)

Fucharoen, S. (2013). Anemia, thalassemia and hemoglobinopathies in northeast Thailand, Lao PDR and Vietnam. *Srinagarind Medical Journal, 28*(4), 153-157. (in Thai)

Iannotti, R. J., Schneider, S., Nansel, T. R., Haynie, D. L., Plotnick, L. P., Clark, L. M., & Simons Morton, B. (2006). Self-efficacy, outcome expectations, and diabetes self-management in adolescents with type 1 diabetes. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics, 27*(2), 98-105.

Ontrakrai, N., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2016). Factors related to self-management behaviors in adolescent with type 1 diabetes. *Nursing Journal, 48*(2), 246-258. (in Thai)

Pansuwan, A., Fucharoen, G., Fucharoen, S., Himakhun, B., & Dangwiboon, S. (2011). Anemia, iron deficiency and thalassemia among adolescents in northeast Thailand: Results from two independent surveys. *Acta Haematologica Journal, 125*(4), 186-192.

Piga, A., Gaglioti, C., Fogliacco, E., & Tricta, F. (2003). Comparative effects of deferiprone and deferoxamine on survival and cardiac disease in patients with thalassemia major: A retrospective analysis. *Haematologica, 88*(1), 489-496.

Polit, D. F. (2010). *Statistic and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education.

Razzazan, N., Ravanipour, M., Jahanpour, F., Zarei, A. R., Motamed, N., & Hosseini, S. (2014). Investigating challenges facing self-management empowerment education in adolescents and youths with major thalassemia. *Jundishapur Journal of Chronic Disease Care, 3*(4), 1-7.

Rhee, H., Belyea, M. J., Ciurzynski, S., & Brasch, J. (2009). Barriers to asthma self-management in adolescents: Relationships to psychosocial factors. *Pediatric Pulmonology, 44*(2), 183-191.

Schilling, L. S., Grey, M., & Knafl, K. A. (2002). The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing, 37*(1), 87-99.

Schilling, L. S., Dixon, J. K., Knafl, K. A., Lynn, M. R., Murphy, K., Dumser, S., & Grey, M. (2009). A new self-report measure of self-management of type 1 diabetes for adolescents. *Nursing Research, 58*(4), 228-236.

Sin, M. K., Kang, D. H., & Weaver, M. (2005). Relationships of asthma knowledge, self-management, and social support in African American adolescents with asthma. *International Journal of Nursing Studies, 42*(3), 307-313.

Srikulwong, N., Kantawang, S., & Jintrawet, U. (2012). Factors influencing health promotion behaviors of adolescents with epilepsy. *Nursing Journal, 39*(4), 23-33. (in Thai)

Thoraphan, R., Teerarungsikul, N., Sananreungsak, S., (2017). Factors related to discomfort symptom management of thalassemia children treated by iron chelation. *Journal of Health and Nursing Education, 23*(2), 32-46. (in Thai)

Vichinsky, E. (2005). Changing patterns of thalassemia worldwide. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1054*(1), 18-24.

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ*
Factors Related to Caring Behaviors Among Caregivers of Children with Recurrent Pneumonia*

สุทธินี	สุปรียาพร **	Suttinee	Supreeyaporn **
พัชราภรณ์	อารีย์ ***	Patcharaporn	Aree ***
สุธิศา	ล่ามช้าง ***	Suthisa	Lamchang ***

บทคัดย่อ

การกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กยังคงเป็นปัญหาและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำที่ถูกต้องเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นบิดามารดาของเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ ที่มีอายุระหว่าง 1-5 ปี จำนวน 85 คน ที่เด็กมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลแพร่ และโรงพยาบาลพะเยา เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ และแบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ประกอบด้วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .93, .92 และ .97 ตามลำดับ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80, .80 และ .81 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษามีดังนี้

1. ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 101.7, SD = 10.5)

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .518, p < .01$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.312, p < .01$)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: suttinee.s@bcnpy.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 3 กรกฎาคม 2560 วันที่แก้ไขบทความ 24 กรกฎาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 15 สิงหาคม 2560

ผลการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคปอดอักเสบในเด็ก ข้อมูลนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและป้องกันโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กของผู้ดูแลต่อไป

คำสำคัญ: เด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ผู้ดูแล พฤติกรรมการดูแล การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

Abstract

Among children in Thailand, recurrent pneumonia is still a common problem and an increasing trend. Good caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia is the most effective way to prevent recurrent pneumonia. The purpose of this descriptive correlational study was to examine caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia and factors related to caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia. The participants of this study included parents of children with recurrent pneumonia ages 1 - 5 years old who attended the out-patient-departments at the following hospitals located in Northern Thailand: Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Lampang Hospital, Chiang Rai Prachanukroh Hospital, Phrae Hospital, and Phayao Hospital. The study instruments were composed of three questionnaires: 1) the caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia, 2) the perceived severity of pneumonia in children and 3) the perceived barrier of caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia. The content validity of all three questionnaires were confirmed to be valid by a panel of experts with, scores of .93, .92 and .97, respectively. The reliability of the questionnaires was also tested. The Cronbach's alpha coefficients of the questionnaire were .80, .80 and .81, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and the Pearson Product Moment Correlation Coefficient.

The results of this study showed that:

1. The caregivers of children with recurrent pneumonia, had a high level score of caring behaviors. The mean and standard deviation scores were 101.7 and 10.5, respectively; and

2. There was a statistically significant positive correlation between perceived severity and caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia ($r = .518$, $p < .01$). There was a statistically significant negative correlation between perceived barrier and caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia ($r = -.312$, $p < .01$).

This study provides an understanding of caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia, perceived severity of pneumonia in children and perceived barrier of caring behaviors among caregivers of children with recurrent pneumonia for caregivers to help prevent recurrent pneumonia in children. This information can be used as a guide to improve caring

behaviors and prevention among caregivers of children with recurrent pneumonia.

Keywords: Children with recurrent pneumonia, Care givers, Caring behaviors, Perceived severity of pneumonia, Perceived barrier

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: suttinee.s@bcnpy.ac.th
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 3 July 2017; Revised 24 July 2017; Accepted 15 August 2017

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคปอดอักเสบ (pneumonia) เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างที่เกิดจากเชื้อจุลชีพ ทำให้มีการอักเสบของเนื้อปอด จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2015 ในทวีปเอเชียใต้และทวีปแอฟริกา พบว่าเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิตจากโรคปอดอักเสบร้อยละ 16 คิดเป็นจำนวน 920,136 คน (World Health Organization, 2016) สำหรับประเทศไทย จากสถิติของกรมควบคุมโรค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2015) พบจำนวนเด็กที่อายุต่ำกว่า 5 ปี ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ 61,786 คน และเสียชีวิต 11 คน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2015) และโรคปอดอักเสบยังเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของโรคติดเชื้อทั้งหมดในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยอีกด้วย (Kamalaporn, 2013) เด็กป่วยโรคปอดอักเสบเหล่านี้ยังมีโอกาสเกิดโรคปอดอักเสบกลับเป็นซ้ำได้

สาเหตุของโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กพบว่า เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปีเกิดจากเชื้อไวรัสถึงร้อยละ 90 เด็กอายุ 3 สัปดาห์ถึง 4 ปีเกิดจากเชื้อไวรัสประมาณร้อยละ 60 และประมาณร้อยละ 30 ของผู้ป่วยเด็กปอดอักเสบเกิดจากการติดเชื้อร่วมกันทั้งเชื้อไวรัสและแบคทีเรีย (Sinaniotis, 2005) ซึ่งโรคปอดอักเสบกลับเป็นซ้ำมีอาการเช่นเดียวกับโรคปอดอักเสบ ที่พบอาการไข้ หายใจเร็ว หอบเหนื่อย หายใจมีอกบุ๋ม มีเสียงดังขณะหายใจเข้าและหายใจออก หายใจมีปีกจมูกบาน อาจมีอาการเขียว และมักเป็นผลมาจากความผิดปกติเฉพาะที่ปอด (Suwanwipatana, 2016)

สำหรับปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งปัจจัยภายในที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปอดอักเสบกลับเป็นซ้ำ เช่น ความผิดปกติหรือความพิการแต่กำเนิดของระบบทางเดินหายใจหรือหัวใจ โรคหืด (Owayed, Campbell, Wang, 2000) โรคปอดเรื้อรัง ในทารก โรคทางสมอง กลุ่มอาการสำลัก กลุ่มอาการแพ้โปรตีนในนมวัว (Udomsak, 2006) ภาวะคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักตัวแรกเกิดน้อย (Chumjun, 2008) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง โรคมาลาเรีย ภาวะขาดสารอาหาร การเข้ารับการรักษาด้วยโรคปอดอักเสบครั้งก่อน การได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะครั้งก่อน (Lazzerini et al., 2016) และภาวะขาดวิตามินดี (Larkin & Lassetter, 2014) ส่วนปัจจัยภายนอกที่ส่งเสริมให้เกิดโรคปอดอักเสบกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชนที่แออัด มีฝุ่นละอองและความชื้นในอากาศ ควันบุหรี่และควันไฟ และการดูแลสุขอนามัยแก่เด็ก เนื่องจากเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีความต้องการการดูแลจากบิดามารดาอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นวัยที่ยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จึงขึ้นอยู่กับการดูแลของผู้ดูแลเป็นสำคัญ

ผลกระทบการเจ็บป่วยจากโรคปอดอักเสบซ้ำต่อเด็ก จะส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา โดยผลกระทบทางด้านร่างกาย ได้แก่ เด็กเกิดความเจ็บป่วยบ่อยครั้ง จากภาวะไข้ ซึ่งเป็นวัยที่ร่างกายสร้างภูมิต้านทานได้ไม่สมบูรณ์ เมื่อมีการติดเชื้อที่ปอด ซึ่งการติดเชื้อที่ปอดซ้ำบ่อยๆ จะส่งผลให้การติดเชื้อแต่ละครั้งมีความรุนแรงมากขึ้น ทำให้ร่างกายต้องการพลังงานและสารอาหารเพิ่มขึ้น (Rattanachuek, 2012) หากเด็กได้รับสารอาหารเท่าเดิมหรือน้อยกว่าจะทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร (Chumjun, 2008; Peter & Judit, 2008) เกิดวัฏจักรระหว่างภาวะทุพโภชนาการและการติดเชื้อเกิดขึ้น ยิ่งเด็กมีภาวะขาดสารอาหาร (illness-malnutrition cycle) ก็ยิ่งทำให้เจ็บป่วยบ่อยมากขึ้น (Lazzerini et al., 2016) สำหรับผลกระทบด้านอารมณ์ เด็กมักเกิดความกลัว ความเครียด เนื่องจากความเข้าใจการเรียนรู้ และการปรับตัวต่อเหตุการณ์ต่างๆ มีจำกัด (Wilson, 2009) สำหรับด้านสังคม พบว่า เด็กจะมีสัมพันธภาพกับคนในครอบครัวลดลง การเรียนรู้ทางสังคมจึงลดลงตามไปด้วย สำหรับด้านสติปัญญา

เป็นเรื่องทีเกี่ยวกับความคิดและความเข้าใจของเด็ก ฉะนั้นจึงส่งผลให้การเข้าใจ และการรับฟังคำอธิบาย หรือเกิดจินตนาการที่เด็กป่วยไม่สามารถแยกจากสิ่งที่กำลังคิดออกจากความจริงได้

การเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำของเด็กยังส่งผลกระทบต่อบิดามารดา หรือผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และเศรษฐกิจ ซึ่งผลกระทบทางด้านร่างกายพบว่ามีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นภายหลัง เนื่องจากผู้ดูแลมีการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และยังส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ อารมณ์ เกิดความวิตกกังวล ความเครียดจากการที่บุตรเข้ารับการรักษา รวมถึงผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวด้วย สำหรับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นจากการดูแลอีกด้วย ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ค่ารักษาพยาบาล ที่สำคัญผู้ดูแลควรระมัดระวังในการติดตามความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจ หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ และเด็กที่อายุต่ำกว่า 2 ปี ยิ่งส่งเสริมให้เกิดความรุนแรงของโรคปอดอักเสบเช่นกัน (Huang, Chang, Lin, Chin, Lin & Ho, 2013) ดังนั้น พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำจึงมีความสำคัญ

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ หมายถึง กิจกรรม การกระทำ หรือโปรแกรมที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้แก่ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลันในเด็ก และการเพิ่มความต้านทานโรคให้แก่ร่างกายเด็ก เพื่อลดความรุนแรงไม่ให้เกิดซ้ำ และลดอัตราตายในเด็ก (WHO, 2013) ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำที่บ้าน จึงให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำที่บ้าน โดยครอบคลุมถึงการดูแลเมื่อเกิดอาการ การควบคุมและการป้องกันโรคปอดอักเสบซ้ำ ประกอบด้วย

1. ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ เมื่อเด็กมีน้ำมูกหรือมีเสมหะมาก อาจได้ยินเสียงครืดคราดของเสมหะในปอด เด็กไอบ่อย หายใจเร็ว ผู้ดูแลควรดูดน้ำมูกหรือเสมหะให้เด็กโดยใช้ลูกสูบยางแดงอย่างถูกวิธี หากไม่ได้ให้การดูแลอย่างถูกวิธีจะทำให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจ และเกิดความรุนแรงยิ่งขึ้น

2. ด้านการประเมินการหายใจ เพื่อสังเกตอาการหายใจลำบาก หายใจเร็ว หากผู้ดูแลพบอาการเหล่านี้ต้องรีบพามาพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที (WHO, 2016)

3. ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ ควรดูแลให้ดื่มน้ำปริมาณมาก และเช็ดตัวลดไข้อย่างถูกวิธี เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่อาจตามมา

4. ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ เนื่องจากเด็กป่วยมักมีเสมหะมาก หากได้รับน้ำไม่เพียงพอ ทำให้เสมหะเหนียว จึงควรกระตุ้นให้เด็กดื่มน้ำปริมาณมาก และผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยเด็กได้รับสารอาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และติดตามน้ำหนักตัว ไม่ให้น้ำหนักตัวลด ทั้งนี้เพื่อภาวะโภชนาการที่เหมาะสมตามวัย และเสริมความต้านทานโรค

5. ด้านการดูแลให้พักผ่อน และดูแลความอบอุ่นของร่างกาย โดยผู้ดูแลต้องหาวิธีช่วยให้เด็กได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ (Kelly, 2007) เพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Lange, Dimitrove, & Born, 2010; Basedovsky, Lange, & Born, 2012) และการรักษาอุณหภูมิร่างกายเด็กให้อบอุ่นอยู่เสมอ หลีกเลี่ยงการสัมผัสอากาศที่เย็น (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2015) เพื่อเสริมสร้างความต้านทานต่อโรคแก่เด็กป่วย (WHO, 2016)

6. ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม ภายในบ้านควรมีการระบายอากาศที่ดี ไม่มีควันและฝุ่นละอองต่างๆ และผู้ดูแลไม่ควรพาเด็กไปในบริเวณที่แออัด เพื่อลดการกระตุ้นการเกิดปฏิกิริยาของร่างกาย ซึ่งทำให้อาการของโรคปอดอักเสบรุนแรงยิ่งขึ้น สำหรับการหลีกเลี่ยงการสัมผัสเชื้อโรค โดยไม่ให้ผู้ป่วยเด็กเข้าใกล้ผู้ที่เจ็บป่วย

ด้วยโรคระบบทางเดินหายใจ เนื่องจากเมื่อร่างกายมีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบซ้ำตามมา

7. ด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค โดยเฉพาะวัคซีนป้องกันนิวโมคอคคัส (pneumococcos) ชนิดคอนจูเกต (pneumococcal conjugate vaccine, PCV) ซึ่งผู้ป่วยเด็กที่เคยเป็นโรคปอดอักเสบ โรคโลหิตจาง โรคมะเร็ง ควรได้รับการฉีดวัคซีนชนิดนี้ เพราะมีประสิทธิภาพในการป้องกันโรคปอดอักเสบได้ดี

ผู้ดูแลจึงควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการดูแลในทุกด้านด้วยความใส่ใจและต่อเนื่อง เพื่อสุขภาพที่แข็งแรงของเด็ก มีการเจริญเติบโต พัฒนาการเป็นไปตามวัย ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และที่สำคัญเพื่อไม่ให้เกิดโรคปอดอักเสบซ้ำอีก

พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำที่ถูกต้องนั้น ส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อภายในตัวบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลนั้นมีการแสดงพฤติกรรมออกมาในสถานการณ์ต่างๆ ตามความคิดความเข้าใจ (Rosenstock, 1974) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามี 2 องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลเด็กป่วยโรคระบบทางเดินหายใจ 2 ประการ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติในการดูแลเด็กป่วยโรคปอดอักเสบ

การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก หมายถึง ความรู้สึกหรือความเห็นของบิดามารดา ต่อโรคหรืออาการของการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำของเด็ก ซึ่งก่อให้เกิดการเจ็บป่วย การเสียชีวิต (Becker, 1974) การทำให้ผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กได้รับรู้ถึงความรุนแรงของโรค และการดูแลที่ไม่เหมาะสม ในด้านการให้อาหารที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ด้านวิธีการดูแลให้ดูดน้ำหรือดูดนม ด้านการดูแลให้ยา ด้านการสังเกตการหายใจ ด้านการดูแลการลดไข้ ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการจัดสภาพแวดล้อมนั้น จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวและเกิดพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม มีผลลดความรุนแรงของโรคได้ (Rosenstock, 1974)

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ หมายถึง ความรู้สึกหรือความเห็นของบิดามารดา เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติของผู้ดูแลที่ขัดขวางหรือกีดกั้นความรู้สึกนั้นๆ ทำให้เกิดความขัดแย้งในผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ (Becker, 1974) ประกอบด้วย การพาบุตรมารับภูมิคุ้มกันโรค เวลาในการทำงาน ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง การซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กของผู้ดูแล ซึ่งกระทำเป็นเวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลงทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในการป้องกันนั้นๆ ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำของผู้ดูแล (Chamninork, Aree, & Lamchang, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบเพียงการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันในระบบทางเดินหายใจทั่วไปและโรคปอดอักเสบเท่านั้น (Jaidee, Sansati, & Kongsaktrakul, 2012; Suphanchanapob, 2000) ซึ่งทั้งการรับรู้ความรุนแรงของโรคและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสำคัญ แต่ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำโดยเฉพาะ ซึ่งผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำกลุ่มนี้ มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมจากบิดามารดา หากไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อน หรือเกิดการเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำเพิ่มมากขึ้น โดยผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ มีการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำที่ดี และมีพฤติกรรมการดูแลที่เหมาะสม ช่วยให้ลดการเกิดการเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรี ยอดอินทร์ (Yodin, 2004) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจในมารดาที่มีบุตรอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลัน

ระบบหายใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.58, p<.05) และการศึกษาของชญานันท์ ใจดี และคณะ (Jaidee et al., 2012) ได้ศึกษาในผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็กเอกชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = -0.40, p<.05)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำเป็นอย่างไร

2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ หมายถึง การปฏิบัติของผู้ดูแลในการดูแลบุตรที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำที่บ้าน โดยครอบคลุมถึงการดูแลเมื่อเกิดอาการ การควบคุม และการป้องกันโรคปอดอักเสบซ้ำ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ เบคเกอร์ (Becker, 1974) กล่าวถึงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งเป็นแบบแผนความรู้สึกนึกคิดหรือความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จะมีการพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษา การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Becker, 1974) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำประกอบด้วย ด้านการดูดน้ำมูกหรือเสมหะ ด้านการประเมินการหายใจ ด้านการดูแลลดไข้ ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ ด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม และด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก หมายถึง ความรู้สึกหรือความเห็นของบิดามารดาต่อโรคหรืออาการของการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำของเด็ก ซึ่งก่อให้เกิดการเจ็บป่วย ค่าใช้จ่าย ถ้าผู้ดูแลรับรู้ว่าความรุนแรงของโรคก่อให้เกิดการเสียชีวิต ทำให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ดี ในทางตรงกันข้ามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ซึ่งหมายถึง ความรู้สึกหรือความเห็นของบิดามารดา เกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติของผู้ดูแลที่ขัดขวางหรือกีดกั้นความรู้สึกนั้นๆ ทำให้เกิดความขัดแย้งในผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งกระทำเป็นเวลานานจนยากที่จะเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการหลีกเลี่ยงการปฏิบัติในการป้องกัน ฉะนั้นการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ อาจมีผลต่อการเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ส่งผลให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสม มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำ แต่ถ้าหากผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ไม่

เหมาะสม ก็ทำให้เด็กเกิดการเจ็บป่วยโรคปอดอักเสบซ้ำเพิ่มมากขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้เป็นบิดามารดาของเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ ที่มีอายุระหว่าง 1-5 ปี ที่มารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โรงพยาบาลแพร่ และโรงพยาบาลพะเยา สามารถอ่านเขียนและเข้าใจภาษาไทย และมีความสมัครใจและยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยการคำนวณจากขนาดอิทธิพล และการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (significant level) ที่ .05 และระดับอำนาจการทดสอบ (level of power) ที่ .80 (Polit & Beck, 2010) และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ซึ่งเป็นขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยทางการพยาบาล ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 85 ราย (Polit & Beck, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม แบ่งเป็น 4 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ส่วนที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล

ชุดที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ มีข้อคำถามทั้งหมด 31 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ลักษณะข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ มีจำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ คำถามด้านบวก หากปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 4 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบหากปฏิบัติทุกครั้ง ให้ 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้ 4 คะแนน มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยคิดจากคะแนนจากผลรวมของคะแนนทั้งหมด ซึ่งคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 31-124 จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากคะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของแบบประเมิน (Burns & Grove, 2009)

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก มีข้อคำถามทั้งหมด 21 ข้อ ประกอบด้วย 7 ด้าน ลักษณะข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 18 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ มีจำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่ คำถามด้านบวก เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบเห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 4 คะแนน มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยคิดจากคะแนนจากผลรวมของคะแนนทั้งหมด ซึ่งคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 21-84 จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากคะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของแบบประเมิน (Burns & Grove, 2009)

ชุดที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ มีข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ประกอบด้วย 4 ด้าน ลักษณะข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก มีจำนวน 1 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ มีจำนวน 7 ข้อ มีลักษณะคำตอบ เป็นมาตราส่วนประมาณ 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์

การให้คะแนน ได้แก่ คำถามด้านบวก เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน ส่วนคำถามด้านลบเห็นด้วยมากที่สุด ให้ 1 คะแนน ไม่เห็นด้วยมากที่สุด ให้ 4 คะแนน มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ โดยคิดจากคะแนนจากผลรวมของคะแนนทั้งหมด ซึ่งคะแนนรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 8-32 จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จากคะแนนต่ำสุด และคะแนนสูงสุดของแบบประเมิน (Burns & Grove, 2009) ซึ่งผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ แบบสอบถามการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความถูกต้อง และความครอบคลุมของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงของเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 0.93, 0.92 และ 0.97 ตามลำดับ และผู้วิจัยได้ทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้ง 3 ชุด โดยนำไปทดสอบหาค่าความเชื่อมั่นกับบิดามารดาที่มีบุตรอายุ 1-5 ปี ที่ป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลพะเยา โดยไม่ซ้ำกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80, .80, และ .81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ใบรับรองเลขที่ 085/2559) คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (ใบรับรองเลขที่ 429/59 COA-NUR 085/59) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ (ใบรับรองเลขที่ ชร 0032.102/3501) โรงพยาบาลลำปาง (ใบรับรองเลขที่ 76/2559) โรงพยาบาลแพร่ (ใบรับรองเลขที่ 5/2560) และโรงพยาบาลพะเยา (ใบรับรองเลขที่ COA No.19) เพื่อรับรองพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างแล้ว ผู้วิจัยหรือผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างถูกเก็บเป็นความลับ การรวบรวมข้อมูลจะไม่ระบุชื่อหรือที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอผลการวิจัยลักษณะภาพรวมเชิงวิชาการ พร้อมทั้งจะนำประโยชน์ไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้ลงชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับการศึกษาครั้งนี้ มีกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 85 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล นำมาวิเคราะห์ด้วยการแจกแจงความถี่และแสดงจำนวนร้อยละ พิสัย ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับข้อมูลพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ และข้อมูลการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิสัย มัธยฐาน ที่มีการจำแนก 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง ต่ำ และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำกับการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก เด็กป่วยโรคปอดอักเสบ จำนวนทั้งหมด 85 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ

50.6 เพศหญิง ร้อยละ 49.4 พบในอายุ 13 - 24 เดือน ร้อยละ 38.8 รองลงมาคือ อายุ 25 - 36 เดือน ร้อยละ 31.8 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 30.65 เดือน มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในช่วง 2,500 - 3,000 กรัม ร้อยละ 49.4 มีน้ำหนักตัวมากกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 35.3 เป็นบุตรคนเดียว ร้อยละ 50.6 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบครั้งที่ 2 ร้อยละ 68. 2 และมีประวัติการได้รับนมแม่ ร้อยละ 94 สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา ร้อยละ 82.4 ส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วง 31 - 38 ปี ร้อยละ 57.6 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 92.9 จบการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่ามากที่สุด ร้อยละ 30.6 มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด ร้อยละ 27.1 มีรายได้ของครอบครัวอยู่ในช่วง 6,000 - 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 38.9 มีบุคคลมากกว่า 2 คนที่นอนห้องเดียวกันกับเด็กมากที่สุด ร้อยละ 50.6 สมาชิกในครอบครัวไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 61.2 และสูบบุหรี่ ร้อยละ 38.8 และเคยรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็กจากแหล่งต่างๆ ร้อยละ 58.8 โดยได้รับจากแพทย์พยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 34.1 และไม่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบในเด็กเลย ร้อยละ 41.2

ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำโดยรวม เท่ากับ 101.7 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.7 และส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำรายด้าน อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ (ร้อยละ 85.9) ด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย (ร้อยละ 92.9) ด้านการดูแลสภาพแวดล้อม (ร้อยละ 87.1) ครึ่งหนึ่งมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำรายด้าน อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ (ร้อยละ 56.5) ด้านการประเมินการหายใจ (ร้อยละ 65.9) ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ (ร้อยละ 62.4) และด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.9) ส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กโดยรวม อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.2 สำหรับคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำโดยรวม ใกล้เคียงกันในระดับสูงและปานกลาง คือ ร้อยละ 44.7 และ 43.5 ตามลำดับ (แสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน และร้อยละของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำโดยรวม และรายด้าน การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำโดยรวม (n = 85)

ตัวแปร	ระดับ		
	สูง (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ต่ำ (ร้อยละ)
พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลโดยรวม	72 (84.7)	13 (15.3)	0
พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลรายด้าน			
การดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ	48 (56.5)	32 (37.6)	5 (5.9)
การประเมินการหายใจ	56 (65.9)	29 (34.1)	0
การดูแลเมื่อเด็กมีไข้	73 (85.9)	12 (14.1)	0
การดูแลให้อาหารและน้ำ	53 (62.4)	32 (37.6)	0
การดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย	79 (92.9)	6 (7.1)	0
การดูแลสภาพแวดล้อม	74 (87.1)	11 (12.9)	0

ตัวแปร	ระดับ		
	สูง (ร้อยละ)	ปานกลาง (ร้อยละ)	ต่ำ (ร้อยละ)
การดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค	38 (44.7)	45 (52.9)	2 (2.4)
การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบ ในเด็กโดยรวม	69 (81.2)	16 (18.8)	0
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ โดยรวม	38 (44.7)	37 (43.5)	10 (11.8)

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับ พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .518$, $p < .01$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.312$, $p < .01$) (แสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ (n = 85)

ตัวแปรที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก	.518*	.001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ	-.312*	.001

* $p < .01$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.7 (ตารางที่ 1) และพบเด็กป่วยด้วยโรคปอดอักเสบซ้ำ มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบ โดยเคยเจ็บป่วย 2 ครั้ง ถึงร้อยละ 68.2 ทำให้ผู้ดูแลมีประสบการณ์ด้านการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ซึ่งผู้ดูแลร้อยละ 58.8 เคยได้รับคำแนะนำจากแพทย์ พยาบาล เอกสารแผ่นพับ หนังสือพิมพ์ วารสาร อินเตอร์เน็ต วิทยุ โทรทัศน์ เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ดูแลที่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์และพยาบาลในการดูแลเด็ก จะมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำที่ถูกต้อง ทั้งนี้ผู้ดูแลเด็กอายุระหว่าง 1 - 5 ปี ที่พาเด็กที่เป็นโรคปอดอักเสบซ้ำมารับการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ได้รับประสบการณ์จากการพาเด็กไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในครั้งก่อน มีการฝึกในการดูแลเด็กทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลและที่บ้าน จึงทำให้มีความรู้จากประสบการณ์การดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำจากการเจ็บป่วยครั้งก่อน ผู้ดูแลจึงมีการปรับตัว ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำได้ รวมทั้งการได้รับฟังข่าวสารจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ เอกสารแผ่นพับ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และเกิดทักษะในการป้องกันโรค (Lammuang, 1999; Rattanaphithak, 1997) แต่เมื่อพิจารณาร้อย

ละของผู้ดูแลที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ รายด้าน อยู่ในระดับสูงเกินร้อยละ 80 พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลที่ถูกต้องในด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ ด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย และด้านการดูแลสภาพแวดล้อม ร้อยละ 85.9, 92.9 และ 87.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำในด้านการดูแลเมื่อเด็กมีไข้ ด้านการดูแลให้พักผ่อนและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย และด้านการดูแลสภาพแวดล้อม เป็นอย่างดี แต่อย่างไรก็ตามพบผู้ดูแลที่มีค่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำรายด้าน อยู่ในระดับสูงต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ ด้านการดูแลเมื่อเด็กมีน้ำมูกและมีเสมหะ ด้านการประเมินการหายใจ ด้านการดูแลให้อาหารและน้ำ และด้านการดูแลให้ได้รับภูมิคุ้มกันโรค ร้อยละ 56.5, 65.9, 62.4 และ 44.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ดังนั้นในการป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำ ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ จึงควรได้รับความรู้ เกี่ยวกับคำแนะนำในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน และมีการติดตามการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน และควรให้ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำได้รับการส่งเสริมเพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .518$, $p < .01$) (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กระดับสูง (ร้อยละ 81.2) (ตารางที่ 1) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็กจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าโรคนี้มีความรุนแรงมาก ย่อมเกิดความกลัวและเกิดพฤติกรรมการดูแล เพื่อลดความรุนแรงของโรค มีผลทำให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมต่อผู้ป่วยเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.312$, $p < .01$) (ตารางที่ 2) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า ผู้ดูแลมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำระดับสูง (ร้อยละ 44.7) (ตารางที่ 1) ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลที่มีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำระดับสูง ย่อมเกิดข้อขัดแย้ง และส่งผลต่อการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำที่ไม่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานช่วยให้พยาบาลและบุคลากรทางสุขภาพตระหนักถึง การรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบกลับเป็นซ้ำ เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถป้องกันการกลับเป็นโรคปอดอักเสบซ้ำในเด็กได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลที่ไม่ใช่บิดามารดาเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ และการรับรู้ความรุนแรงของโรคปอดอักเสบในเด็ก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ ที่มีอายุระหว่าง 1-5 ปี

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบซ้ำ

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่ทำให้เกิดโรคปอดอักเสบซ้ำ

References

Becker, M. H. (1974). *The health belief model and sick role behavior.* New Jersey: Chares B. Slack.

Besedovsky, L., Lange, T., & Born, J. (2012). Sleep and immune function. *European Journal of Physiology, 463*(1), 121-137. doi:10.1007/s00424-011-1044-0

Chamninork, K., Aree, P., & Lamchang, S. (2020). Related factors of maternal practices for recurrent pneumonia prevention among children. *Nursing Journal ,47*(1), 77-87. (in Thai)

Chumjun, J. (2008) *Effect of individual education program on child care behaviors perceived by mothers of children aged under 5 years with recurrent pneumonia.* (Master's Thesis). Prince of Songkla University, Songkla, Thailand. (in Thai)

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2015). *Maternal and Child Health Diary.* Bangkok: Health Promotion Bureau. (in Thai)

Huang, C.-Y., Chang, L., Lie, C.-C., Huang, Y. C., Chang, L.-Y., Huang, Y.-C., & Huang, L.-M. (2013). Risk factors of progressive community acquired pneumonia in hospitalized children: A prospective study. *Journal of Microbiology, Immunology, and Infection, 48*(1), 36-42. doi:10.1016/j.jmii.2013.06.009

Jaidee, C., Sansati, S., & Kongsaktrakul, C. (2012). Factors related to prevention behaviors of acute respiratory infections of caregivers in nurseries children. *Ramathibodi Nursing Journal, 18*(3), 389-403. (in Thai)

Kamalaporn, H. (2013). Pneumonia. In A. Pruitthiphan, T. Chaisupamongkollarp, C. Utraratkit, H. Kamalaporn & T. Guptanon (Editors). *The essentials of pediatric respiratory care, a textbook of pediatric respiratory therapy for doctors and nurses* (2nd ed., pp. 413-423). Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)

Katona, P., & Apte, J. K. (2008). The interaction between nutrition and infection. *Clinical Infectious Disease, 46*(10), 1582-1588.

Kelammuang, A. (1999). *The efficacy of support and education programs to improve perceptions of self-care competency and disease control in uncontrolled type 2 diabetes mellitus.* (Master's Thesis in Nursing). Graduate School, Mahidol University, Thailand. (in Thai)

Klley, L. K. (2007). Managing acute cough in children: Evidence-based guidelines. *Journal of Pediatric Nursing, 33*(6), 515-523.

Lange, T., Dimitrov, S., & Born, J. (2010). Effects of sleep and circadian rhythm on the human immune system. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1193,* 48-59. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05300.x

Larkin, A., & Lassetter, J. (2014). Vitamin D deficiency and acute lower respiratory infections in children younger than 5 years: Identification and treatment. *Journal of Pediatric Health Care, 28*(6), 572-582.

Lazzerini, M., Seward, N., Lufesi, N., Banda, R., Sinyeka, S., Masache, G., ... Colbourn, T. (2016). Mortality and its risk factors in Malawian children admitted to hospital with clinical pneumonia, 2001–12: A retrospective observational study. *The Lancet Global Health, 4*(1), e57-e68.

Owayed, A. F., Campbell, D. M., & Wang, E. E. (2000). Underlying causes of recurrent pneumonia in children. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 154*(2), 190-194.

Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). United State of America: Edwards Brothers.

Rattanachuek, S. (2012). *Handbook of nutritional child care* (3rd ed.). Systemic disease work, gastroenterology and nutrition clinic Pediatrics Working Group, National Institute of Child Health Queen Sirikit. Bangkok: Chaicharoen. (in Thai)

Rattanaphithak, U. (1997). *Effects of nursing promotion system. and supporting self-care behaviors for diabetes control* (Master's Thesis in Nursing). Graduate School, Mahidol University, Thailand. (in Thai)

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs, 2*(4), 354-386.

Sinaniotis, C. A. (2005). Community-acquired pneumonia in children. *Current Opinion in Pulmonary Medicine, 11*(3), 218-225.

Suphanchanapob, O. (2000). *Factors affecting pneumonia prevention behavior of pneumonia: Parents who bring their children to the hospital for treatment under the Ministry of Public Health* (Master's Thesis). Graduate School, Faculty of Science Kasetsart University, Thailand. (in Thai)

Suwanwipatana, W. (2016). The role of nurses: Challenges in preventing disease recurrence pneumonia in young children. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Nakhon Ratchasima, 22*(1), 121-130. (in Thai)

Udomsak, P. (2006). *Prevalence of recurrent pneumonia in children admitted to college of Medicine, Bangkok and Vajira Hospital.* Pediatric Pneumonia Research Abstract. Bangkok: College of Medicine.

Wilson, D. (2009). The child with respiratory dysfunction. In M. J. Hockenberry, & D. Wilson (Eds.), *Wong's essentials of pediatric nursing.* St Louis: Mosby

World Health Organization. (2016). *Pneumonia in children.* Retrieved from www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/

Yodin, M. (2004). *Factors related to maternal behavior in caring for children with acute respiratory infections* (Master's thesis, Mahasarakham University). (in Thai) Retrieved from http://uc.thailis.or.th/Catalog/BibItem.aspx?BibID=b00935239#

ผลการสนับสนุนของพยาบาลต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด*

Effect of Nurses' Support on Preterm Infant Caring Among Mothers in a Neonatal Intensive Care Unit*

สุพิชญนันทน์ ไพบูลย์ **		Suphichchayanun Paibool **	
จุฑามาศ	โชติบาง ***	Jutamas	Chotibang ***
มาลี	เอื้ออำนวย ***	Malee	Urharmnuay ***

บทคัดย่อ

ทารกเกิดก่อนกำหนดต้องถูกแยกจากมารดาหลังคลอด เพื่อเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด การแยกจากทำให้มารดาไม่ได้ดูแลทารก ส่งผลต่อความผูกพันระหว่างมารดาทารก การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ระหว่าง 31-36 สัปดาห์ ที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 34 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 17 ราย กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกันในด้านอายุ ระดับการศึกษา ลักษณะการคลอด อายุครรภ์ของทารก และอุปกรณ์การแพทย์ที่ทารกได้รับเพื่อการรักษา เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ โปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลเพื่อให้มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) และเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่ได้เท่ากับ 1.0 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติทดสอบแมนวิทนีย์ยู และสถิติทดสอบวิลคอกซัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. หลังการทดลองมารดาที่ได้รับการสนับสนุนของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

2. หลังการทดลองมารดาที่ได้รับการสนับสนุนของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการสนับสนุนให้มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพื่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องและเหมาะสม เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านต่อไป

คำสำคัญ: การสนับสนุนของพยาบาล การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด มารดา หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: suphechchayanun_20@yahoo.co.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 9 กรกฎาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 20 สิงหาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 26 กันยายน 2561

Abstract

Preterm infants are separated from their mothers after birth for treatment in the Neonatal Intensive Care Unit. Prolonged separation between mothers and infants removes the act of infant care from mothers and affects maternal-infant bonding. This quasi-experimental research aimed to compare preterm infant caring among mothers between the experimental and control groups. The samples consisted of mothers whose infants were born at post-conceptional age 31-36 weeks and admitted in the Neonatal Intensive Care Unit at Chiang Rai Prachanukroh Hospital. Thirty-four samples were selected by purposive sampling and divided into an experimental group and a control group, with seventeen samples in each group. Both groups consisted of mothers of comparable age, level of education, labour type, and post-conceptional age of newborn infants, with similar medical equipment used for infant care. Research instruments included the Nursing Support Program for Mothers Caring Preterm Infant in Neonatal Intensive Care Unit developed based on the concept of social support (House, 1981). Data collection tools included a questionnaire regarding preterm infant care for mothers in the Neonatal Intensive Care Unit. Its content validity index was at 1.0 and Cronbach's alpha coefficient was at .83. Data were analysed using descriptive statistics, the Chi-Squared Test, the Mann-Whitney U Test, and the Wilcoxon Matched Pairs Test.

Results of this study revealed that:

1. The mean score for preterm infant care was significantly higher for the experimental group, after having received nurses' support, than before received.

2. The mean score for preterm infant care was significantly higher for the experimental group, after having received nurses' support, than that of the control group.

The study results provide guidance for pediatric nurse support mothers for caring preterm infant in neonatal intensive care unit. which encourage increased amount of infant care by mothers, maternal-infant interaction, and provide adequate preparation for proper infant care at home.

Keywords: Nurses' support, Preterm infant caring, Mothers, Neonatal Intensive Care Unit

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: suphechchayanun_20@yahoo.co.th
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 9 July 2018; Revised 20 August 2018; Accepted 26 September 2018

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต เนื่องจากอวัยวะในร่างกายยังเจริญสมบูรณ์ไม่เต็มที่เกือบทุกระบบ ทำให้การทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทำได้ไม่ดี จึงมีโอกาสเกิดความเจ็บป่วยที่รุนแรงและภาวะแทรกซ้อนได้มาก จากสถิติขององค์การอนามัยโลก พบว่า 184 ประเทศมีจำนวนทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นร้อยละ 5 - 18 ของทารกเกิดทั้งหมด (World Health Organisation Global Health Observatory, 2015) ส่วนประเทศไทยในปัจจุบันยังไม่พบรายงานอัตราการเกิดของทารกเกิดก่อนกำหนด พบเพียงรายงานสถิติการเกิดมีชีพของทารกน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ในปีพ.ศ. 2558 - 2562 จำนวนร้อยละ 6.57, 6.72, 5.79, 6.24 และ 6.24 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น (Department of Health, 2020) ในทารกกลุ่มนี้ประมาณ 2 ใน 3 จะเป็นทารกเกิดก่อนกำหนด (Horpaopan, Thaitumyanon, & Jirapaet, 2010) จากสถิติจะเห็นว่าทารกเกิดก่อนกำหนดนั้นเป็นปัญหาระดับโลกและเป็นปัญหาที่ต้องให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

ทารกเกิดก่อนกำหนดมีปัญหาหลายระบบของร่างกาย แต่ปัญหาที่พบบ่อยคือปัญหาการหายใจ เนื่องจากปอดพัฒนาไม่สมบูรณ์ ต้องบันทึกสัญญาณชีพและค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดอย่างต่อเนื่อง ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา จึงต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งมีลักษณะและสภาพแวดล้อมที่แตกต่างไปจากหอผู้ป่วยทั่วๆ ไป เนื่องจากมีอุปกรณ์ทางการแพทย์หลายชนิด ซึ่งมีเสียงเตือนของอุปกรณ์ทางการแพทย์ดังเป็นระยะๆ ทำให้ขณะเยี่ยมทารกมารดาจะไม่กล้าที่จะสัมผัสหรือให้การดูแลทารก เนื่องจากมารดาไม่รู้ว่าจะให้การดูแลทารกอย่างไร ในมารดาบางรายเมื่อเห็นสภาพทารกเกิดก่อนกำหนดที่ตัวเล็ก ผิวบาง ได้รับการรักษาจากอุปกรณ์การแพทย์หลายชนิด ทำให้มารดายืนมองทารกเฉยๆและเยี่ยมทารกเพียงระยะเวลาสั้นๆ (Srilama & Watcharaach, 2016)

ทารกเกิดก่อนกำหนดที่รับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ต้องแยกจากมารดาหลังคลอดซึ่งเป็นช่วงที่มีความไวต่อการสร้างความผูกพัน การขาดการสร้างความผูกพันกับมารดา จะส่งผลต่อทารกด้านพัฒนาการของความรู้สึกไว้วางใจในตนเองและผู้อื่นในอนาคต การเจริญเติบโตอาจจะล่าช้ากว่าเด็กปกติ และเมื่อทารกเกิดก่อนกำหนดผ่านพ้นภาวะวิกฤตและได้กลับบ้าน พบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นบ่อยคือ ปัญหาอุณหภูมิร่างกายที่เปลี่ยนแปลงได้ง่าย และการหายใจที่ผิดปกติจากโรคปอดเรื้อรัง จากการได้รับออกซิเจนเป็นเวลานาน ทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวลและขาดทักษะในการดูแลทารก ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จึงมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด

การที่มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดขณะรับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ส่งผลดีต่อทั้งตัวทารก มารดาและพยาบาล ประโยชน์ต่อทารกคือ มารดาอยู่กับทารกทำให้สังเกตอาการทารกได้ตลอดเวลา ทารกที่ได้รับการสัมผัสจากมารดาทำให้ทารกได้พัฒนาความไว้วางใจ ช่วยส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการ ทำให้น้ำหนักทารกเพิ่มขึ้น ประโยชน์ต่อมารดาคือ ช่วยให้ความวิตกกังวลและความเครียดของมารดาลดลง (Kearvell & Grant, 2010) ช่วยให้สามารถรักษาบทบาทการเป็นมารดาไว้ และส่งผลต่อการกระตุ้นการสร้างน้ำนมเพิ่มขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด สามารถสังเกตอาการผิดปกติของทารกเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ ประโยชน์ต่อพยาบาลคือ ทำให้มารดามีความพึงพอใจต่อการบริการ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ประเด็นที่มีความสำคัญต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาคือ การดูแลทารกในกิจกรรม 2 ด้าน คือ 1) การดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ เช่น การเช็ดตัว การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การทำความสะอาดปาก การจัดท่านอน เมื่อมารดาได้ดูแลทารกในกิจกรรมเหล่านี้เป็นจุดเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เกิดความผูกพันระหว่างมารดาและทารก ทำให้มารดามีความมั่นใจในการดูแลทารก

เกิดก่อนกำหนดมากขึ้น และ 2) การดูแลกิจกรรมการพยาบาล เช่น การวัดอุณหภูมิ การประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ สีผิว และการสังเกตค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดจากเครื่องวัดออกซิเจนในเลือดและชีพจร (pulse oximeter) ทั้งสองกิจกรรมนี้สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำของทารกเกิดก่อนกำหนดหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Jeh-Alee, 2014)

การศึกษาปัจจัยที่สนับสนุนมารดาในการดูแลทารกแรกเกิดได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากพยาบาล การตระหนักในบทบาทของมารดา การอำนวยความสะดวก และการสื่อสารที่ดีกับพยาบาล (Anna, Anne & Tarja, 2016) ผลการศึกษามีการเสนอแนะให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำที่เพียงพอเพื่อให้มารดาได้เข้ามาดูแลทารก และการศึกษาการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหออภิบาลทารกแรกเกิด มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการได้รับการเตรียมเกี่ยวกับการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .517$, $p < .001$) รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลทารกแรกเกิดของมารดาที่รับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการสนับสนุนช่วยเหลือจากพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .336$, $p = .002$)

จากการศึกษาข้างต้นพบว่ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนด ได้รับการเตรียมความพร้อมและมีการดูแลทารกในระดับน้อย จึงต้องสนับสนุนมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาผลการสนับสนุนของพยาบาลต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โดยการสนับสนุนของพยาบาลใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์เป็นการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดและมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด จากการศึกษาที่ผ่านมามีการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในมารดาทารกเกิดก่อนกำหนด มีการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในการเข้าเยี่ยมครั้งแรก เป็นเวลา 30 - 40 นาที โดยให้ข้อมูลผ่านภาพพลิกประกอบคำบรรยาย พบว่าพฤติกรรมความผูกพันระหว่างมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น (Sanhaphakdee, 2004) การศึกษาใช้แนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) เพียง 2 ด้านคือ การสนับสนุนด้านข้อมูลและการสนับสนุนด้านอารมณ์ ซึ่งตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เป็นการให้ความรัก ความห่วงใย ความช่วยเหลือ (House, 1981) ดังนั้นหากมีการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน คือ1) ด้านข้อมูล 2) ด้านอารมณ์ 3) ด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และ 4) ด้านการประเมินค่า จะทำให้มารดา สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น มีความรู้ มีความมั่นใจ มีการพัฒนาทักษะ และนำไปสู่การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องและเหมาะสม

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาการสนับสนุนของพยาบาลที่ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้านคือ ด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และด้านการประเมินค่า เพื่อให้มารดาสามารถเผชิญความเครียดในภาวะวิกฤต และมีความมั่นใจในการดูแลทารกเพิ่มขึ้น ส่วนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาประกอบด้วย กิจกรรมที่ทำประจำคือ การเช็ดตัว การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การทำความสะอาดปาก การจัดท่านอน และกิจกรรมการพยาบาลคือ การวัดอุณหภูมิ การประเมินลักษณะการหายใจ อัตราการหายใจ สีผิว การสังเกตค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และการสังเกตสื่อสัญญาณทารก ซึ่งทั้งสองกิจกรรมมีความสำคัญมากในการดูแลทารกเมื่อทารกกลับไปอยู่ที่บ้าน ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการปรับปรุงการพยาบาล และพัฒนาแนวปฏิบัติในการสนับสนุนมารดาเพื่อให้สามารถดูแลทารกแรกเกิดก่อนกำหนดให้ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาล

2. เพื่อเปรียบเทียบการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาการสนับสนุนของพยาบาลต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยการสนับสนุนของพยาบาลเป็นการสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างมารดากับพยาบาล มารดาจะได้รับการยอมรับ เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ ยกย่องชมเชย ได้รับข้อมูล และช่วยเหลือในการปฏิบัติ ซึ่งจะส่งผลให้มารดามีปฏิสัมพันธ์กับทารกเพิ่มมากขึ้น ทำให้การดูแลทารกเพิ่มขึ้นด้วย ในการศึกษาครั้งนี้การสนับสนุนของพยาบาลเพื่อให้มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้การสนับสนุนเป็นรายบุคคลตั้งแต่ครั้งแรกที่มารดาเข้าเยี่ยมทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้าน คือ 1) ด้านข้อมูล โดยให้ข้อมูลอย่างชัดเจนถึงสถานการณ์เกิดขึ้น ให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาในการดูแลทารกโดยการสอนเป็นการส่วนตัว ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาในการดูแลทารกส่งผลทำให้มารดากล้าที่จะสัมผัสทารก ให้การดูแลและตอบสนองสื่อสัญญาณของทารกได้ 2) ด้านอารมณ์ ให้ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ ความห่วงใย รับฟังด้วยความจริงใจ ให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนในสถานการณ์ตึงเครียด เมื่อได้รับการสนับสนุนด้านอารมณ์ส่งผลให้ความเครียดและความวิตกกังวลลดลง 3) ด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ โดยการจัดเตรียมห้องที่มีความเป็นส่วนตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศผ่อนคลาย ทำให้เกิดความพร้อมในการเรียนรู้ และคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดสามารถนำกลับไปทบทวน และ 4) ด้านการประเมินค่า โดยให้การยกย่อง ชมเชย ปฏิบัติอย่างถูกต้อง รวมถึงให้ข้อมูลย้อนกลับปฏิบัติไม่ถูกต้อง มีการประเมินร่วมกัน ทำให้เข้าใจปัญหา ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการดูแลทารกมากขึ้น ผู้วิจัยให้การสนับสนุนมารดาในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในกิจกรรมที่ทำประจำและกิจกรรมการพยาบาล ผ่านสื่อวีดิทัศน์ ภาพสไลด์ การสาธิต การสาธิตย้อนกลับ และคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด การสนับสนุนของพยาบาลตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้านจะส่งผลให้มารดา มีความมั่นใจและสามารถดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาล และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง คือ มารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ ด้านมารดา 1) สามารถเข้าเยี่ยมทารกครั้งแรกได้ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด 2) สามารถฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทย 3) มีคะแนนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดอยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง (คะแนน 35 - 105 คะแนน) และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ด้านทารก 1) อายุหลังปฏิสนธิ 31 - 36 สัปดาห์ 2) ไม่ได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจชนิด High frequency oscillatory ventilation 3) ไม่มีความพิการแต่กำเนิด หรือมีภาวะแทรกซ้อน เช่น อาการชัก และ 4) ไม่ได้รับการผ่าตัด

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) กำหนดให้ระดับความคลาดเคลื่อน .05 ค่าอำนาจการทดสอบ .80 สำหรับค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปร (effect size) ของการวิจัยทางการพยาบาลอยู่ในช่วง .40-.60 (Burns & Grove, 2009) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพลของตัวแปรเท่ากับ .60 เมื่อนำมาเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 14 ราย แต่เนื่องจากในการศึกษาวิจัยที่เป็นการทดลองอาจมีผู้ที่ยุติการเข้าร่วมวิจัย (drop out) ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Burns & Grove, 2005) ผู้วิจัยปรับเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 17 ราย ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเลือกที่จะศึกษากลุ่มใดก่อน ผู้วิจัยศึกษามารดาในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ 17 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลในการวิจัย หลังจากทารกในกลุ่มควบคุมจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดจึงเริ่มศึกษาในกลุ่มทดลองจนครบ 17 ราย โดยนำกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจับคู่ให้คุณสมบัติใกล้เคียงกัน (match pair) ดังนี้ ด้านมารดา 1) อายุของมารดา 2) ระดับการศึกษาของมารดา 3) ชนิดของการคลอด และ 4) คะแนนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (pre-test) ด้านทารกเกิดก่อนกำหนด 1) อายุครรภ์ 2) น้ำหนักทารก และ 3) อุปกรณ์การแพทย์ที่ทารกได้รับ

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ดังนี้ 1) โปรแกรมการสนับสนุนมารดาให้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) และการทบทวนวรรณกรรม นำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง 2) วีดิทัศน์แนะนำสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด 3) ภาพสไลด์ลักษณะทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนดและการรักษาที่ทารกได้รับ 4) ภาพสไลด์สื่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนด 5) คู่มือมารดาเรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด เครื่องมือวิจัยข้อ 2)-4) ผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามคำแนะนำ จากนั้นนำไปทดลองใช้กับมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความสามารถในการเข้าใจเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำ ก่อนนำไปใช้ในกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด 2) แบบสอบถามการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ประกอบด้วยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด 2 ด้าน คือกิจกรรมที่ทำประจำและ กิจกรรมการพยาบาล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ การแปลผลคะแนนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับต่ำ(35-70 คะแนน) ระดับปานกลาง(71-105 คะแนน) และระดับสูง(106-140 คะแนน) คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (CVI) เท่ากับ 1.0 และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.83

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงร่างวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการ

จริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เพื่อพิจารณาวิธีการดำเนินการวิจัยตามหลักจริยธรรมในการวิจัย หลังจากได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย ได้เอกสารรับรองเลขที่ 163/2017 ผู้วิจัยทำหนังสือพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้รับการอนุญาตให้ดำเนินการวิจัย เอกสารรับรองเลขที่ ชร0032.102/38608 ข้อมูลที่ได้จากการทำวิจัยเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยไม่เปิดเผยข้อมูลเป็นรายบุคคลและผลการวิจัยที่ได้นำไปใช้ประโยชน์ในการวิจัยเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้ลงชื่อในเอกสารการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยเลือกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นภายใน 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาและให้มารดาตอบแบบสอบถามการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (pre-test) ส่วนข้อมูลของทารกเกิดก่อนกำหนด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลจากแฟ้มประวัติ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นก่อน จึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เมื่อเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบ 17 ราย หลังจากทารกในกลุ่มควบคุมคนสุดท้ายจำหน่ายออกจากหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างกลุ่มทดลองโดยจับคู่ (match pair) กับกลุ่มควบคุมให้มีความคล้ายคลึงกัน ด้านมารดา คือ อายุของมารดา การศึกษาของมารดา ชนิดของการคลอด คะแนนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (pre-test) ด้านทารก คือ อายุหลังปฏิสนธิ น้ำหนักแรกเกิด และอุปกรณ์การแพทย์ที่ทารกใช้เพื่อการรักษา แล้วทำการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองดังนี้

3. กลุ่มควบคุมผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดย

3.1 เมื่อมารดาพร้อมเยี่ยมทารกในเวรเช้า ผู้วิจัยให้ความสะดวกในการเข้าเยี่ยมทารกที่หอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด จากนั้นให้การพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลประจำการ

3.2 ในการเข้าเยี่ยมครั้งที่สองและหลังจากนั้นมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับการพยาบาลตามปกติโดยพยาบาลประจำการ เมื่อครบ 5 วันหลังสิ้นสุดการเยี่ยมผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (post-test) และแจ้งสิ้นสุดการศึกษา

4. กลุ่มทดลองผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดย

เมื่อมารดาพร้อมเยี่ยมทารกในเวรเช้า ผู้วิจัยดำเนินการตามโปรแกรมการสนับสนุนมารดาให้ดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเป็นเวลา 5 วันโดยในแต่ละวันมี 4 ขั้นตอนดังนี้

โปรแกรมวันที่ 1

ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพกับมารดา โดยผู้วิจัยกล่าวทักทาย พร้อมทั้งแนะนำตัว เพื่อสร้างความคุ้นเคย หรือแสดงความห่วงใยด้วยคำพูดและน้ำเสียงที่อ่อนโยน สร้างบรรยากาศในการสื่อสารด้วยการพูดคุยด้วยความเป็นกันเองและแสดงความเห็นอกเห็นใจ เมื่อมารดาแสดงอาการเสียใจหรือกังวล ปลอบโดยการสัมผัสตามความเหมาะสม เปิดโอกาสให้มารดาแสดงความรู้สึกหรือซักถามข้อเพื่อให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารก ผู้วิจัยให้การสนับสนุนมารดาด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ในเรื่องสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ผ่านสื่อวีดีทัศน์ และ ลักษณะทั่วไปของทารกเกิดก่อนกำหนดและการรักษาที่ทารกเกิดก่อนกำหนดได้รับ ผ่านภาพสไลด์ จากนั้นผู้วิจัยอธิบายอาการของทารกในปัจจุบัน การให้ข้อมูลเฉพาะเป็นรายบุคคล พร้อมทั้งสอบถามความต้องการของมารดาด้วยท่าทีเป็นมิตร

ขั้นตอนที่ 3 การเข้าเยี่ยม ผู้วิจัยพามารดาเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรก

เกิด แนะนำมารดาในเรื่องระเบียบการเยี่ยมทารก การล้างมือ การเปิดตู้อบทารก อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทารกได้รับ อยู่กับมารดาขณะเข้าเยี่ยม สัมผัสเมื่อเห็นว่ามารดาแสดงความเครียดหรือวิตกกังวลพร้อมทั้งให้กำลังใจมารดา

ขั้นตอนที่ 4 การแสดงความเอาใจใส่ หลังจากเข้าเยี่ยมทารก เปิดโอกาสให้มารดาได้พูดถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นขณะเข้าเยี่ยมเพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก หรือหากมารดามีข้อซักถาม ผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลตามความต้องการของมารดา พร้อมทั้งนัดหมายการสนับสนุนในวันถัดไปในช่วงเวรเช้า

โปรแกรมวันที่ 2

ขั้นตอนที่ 1 ให้การสนับสนุนมารดาเช่นเดียวกับการสร้างสัมพันธภาพกับมารดาในวันที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารก ผู้วิจัยได้ให้การสนับสนุนมารดาด้านข้อมูล ด้านอารมณ์ ด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และด้านการประเมินค่า ในเรื่องสื่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนด ผ่านภาพสไลด์ และการดูแลทารกด้านกิจกรรมที่ทำประจำและการดูแลด้านกิจกรรมการพยาบาล โดยการสาธิตผ่านหุ่นจำลองทารก มีกิจกรรมดังนี้ การสาธิตวิธีการเช็ดตัว การเช็ดตา การเช็ดสะดือ การทำความสะอาดปาก การจัดท่านอน การวัดอุณหภูมิร่างกายทางรักแร้ วิธีการอ่านปรอท การปลอบทารก พร้อมทั้งให้มารดาสาธิตย้อนกลับ หากมารดาทำได้ดี ผู้วิจัยกล่าวคำยกย่องชมเชย ถ้ามารดาปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยสาธิตซ้ำอีกรอบและช่วยปรับแก้ไขหรือชี้แนะพร้อมทั้งให้กำลังใจ

ขั้นตอนที่ 3 การเข้าเยี่ยม ผู้วิจัยพามารดาเข้าเยี่ยมทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ให้การสนับสนุนมารดาในการดูแลทารกในกิจกรรมดังนี้ สอนการนับอัตราการหายใจ การสังเกตลักษณะการหายใจ สีผิว การสังเกตค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด และการสังเกตสื่อสัญญาณความเครียด พร้อมทั้งให้มารดาบอกขั้นตอนการดูแลทารกตามกิจกรรมที่ได้ทดลองปฏิบัติผ่านหุ่นจำลองทารก หลังจากทบทวนขั้นตอนให้มารดาปฏิบัติจริงในการดูแลทารกในกิจกรรมดังกล่าว โดยมีผู้วิจัยอยู่ด้วยตลอดเวลา หากมารดาทำได้ดีผู้วิจัยกล่าวคำยกย่องชมเชย ถ้ามารดาปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะช่วยปรับแก้ไขหรือชี้แนะและให้กำลังใจ ขณะดูแลทารกให้มารดาสังเกตสื่อสัญญาณทารกขณะทำกิจกรรม หากทารกแสดงสื่อสัญญาณความเครียด เช่น อัตราการเต้นของหัวใจทารกเกิน 180 ครั้ง/นาที หรือค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 88 % ให้หยุดทำกิจกรรมใดๆกับทารก (American Heart Association, 2015) เพื่อรอทารกปรับเข้าสู่ภาวะสมดุล คือ อัตราการเต้นของหัวใจอยู่ในช่วง 120-160 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 92 % จึงทำกิจกรรมต่อได้ (Maurice, Eduardo, Maximo, & Eduardo, 2017) แต่ถ้าค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 85 % ให้รายงานพยาบาล (Manja, Jakshminrusimha, & Cook, 2015)

ขั้นตอนที่ 4 การแสดงความเอาใจใส่ หลังจากเข้าเยี่ยมทารกให้การสนับสนุนมารดาเช่นเดียวกับการแสดงความเอาใจใส่ในวันที่1 มอบคู่มือมารดาเรื่องการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดพร้อมทั้งชี้แจงวิธีการใช้ เพื่อให้มารดานำกลับไปทบทวนเนื้อหาในการดูแลทารก และนัดหมายการสนับสนุนในวันถัดไปในช่วงเวรเช้า

โปรแกรมวันที่ 3, 4 และ 5

ขั้นตอนที่ 1 ให้การสนับสนุนมารดาเช่นเดียวกับการสร้างสัมพันธภาพกับมารดาในวันที่ 1

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมมารดาก่อนเข้าเยี่ยมทารก ผู้วิจัยได้ให้การสนับสนุนมารดาทบทวนและฝึกทักษะการดูแลทารกโดยการให้มารดาสาธิตกิจกรรมการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในกิจกรรมที่มารดายังไม่มั่นใจ

ขั้นตอนที่ 3 การเข้าเยี่ยม ให้การสนับสนุนมารดาในการดูแลทารกในกิจกรรมที่ทำประจำและกิจกรรมทางการพยาบาลเช่นเดียวกับการเข้าเยี่ยมวันที่ 2

ขั้นตอนที่ 4 การแสดงความเอาใจใส่ ให้การสนับสนุนมารดาเช่นเดียวกับการแสดงความเอาใจใส่

วันที่ 1 พร้อมทั้งนัดหมายการสนับสนุนในวันถัดไปในช่วงเวรเช้า

5. ในวันที่ 5 หลังสิ้นสุดการเยี่ยมผู้วิจัยให้มารดาตอบแบบสอบถามการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (post-test) และแจ้งสิ้นสุดการวิจัย พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณ

6. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล รวบรวมและนำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวหรือยุติการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนดและมารดา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความคล้ายคลึงของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยคุณสมบัติที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดในระดับนามบัญญัติ และ จัดลำดับ ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ ชนิดการคลอด และอุปกรณ์การแพทย์ที่ทารกใช้เพื่อการรักษา ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - Square) ส่วน เพศ ใช้สถิติฟิชเชอร์ (Fisher exact probability test)

3. เปรียบเทียบความคล้ายคลึงของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยคุณสมบัติที่มีลักษณะเป็นมาตรวัดในระดับอันตรภาคขึ้นไป ได้แก่ อายุหลังปฏิสนธิ น้ำหนักแรกเกิด อายุของมารดา คะแนนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด (pre-test) ใช้การทดสอบค่าที (Independent t - test)

4. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบวิลคอกซัน (Wilcoxon Matched-Pairs Signed Ranks test)

5. เปรียบเทียบคะแนนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลและมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นปกติ จึงวิเคราะห์ด้วยสถิติทดสอบแมน-วิทนีย์ยู (Mann-Whitney U test)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของมารดา

มารดากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.2 อายุระหว่าง 20 - 25 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.2 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 35.3 คลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 58.8 และมารดาทั้งหมดมีประสบการณ์ในการดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดอยู่ในระดับน้อย

มารดากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ร้อยละ 41.2 มีอายุระหว่าง 20 - 25 ปี มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.2 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 41.2 คลอดปกติทางช่องคลอด ร้อยละ 58.8 และมารดาทั้งหมดมีประสบการณ์ในการดูแลบุตรในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดอยู่ในระดับน้อย

นำคุณลักษณะของมารดากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบความคล้ายคลึงของข้อมูล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

2. ข้อมูลส่วนบุคคลของทารกเกิดก่อนกำหนด

ทารกกลุ่มทดลอง จำนวน 17 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 58.8 อายุหลังปฏิสนธิเฉลี่ย 33.24 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1,879 กรัม การวินิจฉัยโรค Respiratory Distress ร้อยละ 76.5 ทารกได้รับการช่วยหายใจโดย Nasal CPAP ร้อยละ 82.4 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ ทาง Peripheral venous line ร้อยละ 82.4 ได้รับการส่องไฟ ร้อยละ 29.4 ใส่สายสวนกระเพาะอาหาร และติดเครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ร้อยละ 100

ทารกกลุ่มควบคุม จำนวน 17 ราย พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 52.9 อายุหลังปฏิสนธิเฉลี่ย 33.24 สัปดาห์ น้ำหนักแรกเกิดเฉลี่ย 1883.53 กรัม การวินิจฉัยโรค Respiratory Distress ร้อยละ 76.5 ทารกได้รับการช่วยหายใจโดย Nasal CPAP ร้อยละ 82.4 ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทาง Peripheral venous line

ร้อยละ 82.4 ได้รับการส่องไฟ ร้อยละ 29.4 ใส่สายสวนกระเพาะอาหารและติดเครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด ร้อยละ 100

นำคุณลักษณะของทารกกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาเปรียบเทียบความคล้ายคลึงของข้อมูล พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดของมารดาระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		Z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
กลุ่มทดลอง	35	.000	135.29	3.996	-3.635*	.000
กลุ่มควบคุม	35	.000	46.41	7.993	-3.625*	.000

หมายเหตุ * $p < .001$

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาระหว่างก่อนการทดลองและหลังการทดลอง พบว่าหลังการทดลองมารดาทารกเกิดก่อนกำหนดกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาระหว่างมารดาที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลและมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด	กลุ่มควบคุม (n=17)		กลุ่มทดลอง (n=17)		Z	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ก่อนการทดลอง	35	.000	35	.000	.000	1.000
หลังการทดลอง	46.41	7.993	135.29	3.996	-4.990*	.000
ขั้นเตรียมการ	6.59	1.661	15.82	.529	-5.223*	.000
การวัดอุณหภูมิกาย	6.71	1.213	23.29	.772	-5.144*	.000
การเช็ดตา	5.00	.000	19.47	.624	-5.403*	.000
การทำความสะอาดช่องปาก	4.18	1.468	11.41	.795	-5.128*	.000
การเช็ดตัว	4.59	1.326	15.24	.752	-5.210*	.000
การเช็ดสะดือ	4.00	.000	15.41	.618	-5.400*	.000
การจัดท่านอน	5.00	1.414	14.94	.966	-5.114*	.000
การจัดสิ่งแวดล้อม	10.35	2.370	19.71	.470	-5.108*	.000

หมายเหตุ * $p < .001$

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองมารดากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดมากกว่ามารดากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

การอภิปรายผล

การศึกษาผลการสนับสนุนของพยาบาลต่อการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด สามารถอภิปรายผลตามสมมติฐานการวิจัยดังนี้

สมมติฐานการวิจัยที่ 1 มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดหลังได้รับโปรแกรมมากกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลองมารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลที่ให้แก่มารดาทั้ง 4 ด้านมีประสิทธิภาพได้ดังนี้

มารดากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาล เกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ลดความวิตกกังวล (House, 1981) มีความมั่นใจในการอยู่ใกล้ชิดกับทารก กล้าที่จะสัมผัสทารก ก่อให้เกิดความรู้สึกอยากดูแลทารก ทำให้การเข้าเยี่ยมในครั้งถัดๆ ไป มารดามีความสนใจในกิจกรรมการดูแลทารก ทำให้มารดามีความรู้ความเข้าใจ ทราบถึงข้อดีของการดูแลทารก เกิดทักษะการดูแลทารก เป็นผลทำให้คะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพ์ศิริ พรหมใจษา (Phromchaisa, 2014) ที่พบว่าหลังได้รับการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม มารดามีคะแนนเฉลี่ยบทบาทการเป็นมารดาสูงกว่าก่อนการทดลอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซาร่า และคณะ (Zahra, Zahra, Tayebeh, & Mahnoosh, 2014) ที่ทำการศึกษามารดาของทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด พบว่าหลังจากได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลมารดามีความเครียดลดลง การดูแลทารกมีประสิทธิภาพมากขึ้น

สมมติฐานการวิจัยที่ 2 มารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลมีคะแนนการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการศึกษาพบว่าหลังการทดลอง มารดาที่ได้รับการสนับสนุนจากพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดมากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 ซึ่งการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดของมารดาเพิ่มขึ้น เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนของพยาบาลที่ให้แก่มารดาทั้ง 4 ด้านมีประสิทธิภาพได้ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล มารดากลุ่มทดลองได้รับข้อมูลตั้งแต่ 24 ชั่วโมงหลังคลอดโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการแนะนำสถานที่ นำเสนอเกี่ยวกับสถานที่ต่างๆ ในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด อุปกรณ์การแพทย์ที่ทารกได้รับ รวมถึงการปฏิบัติตัวเมื่อเข้าเยี่ยมทารก ทำให้มารดาได้ทราบ และเห็นสถานที่จริงผ่านวีดิทัศน์ก่อนการเข้าเยี่ยมทารก ส่งผลให้มารดาคลายความวิตกกังวล และมีความพร้อมที่จะเข้าเยี่ยมทารก ส่วนภาพสไลด์ ทารกเกิดก่อนกำหนด นำเสนอเกี่ยวกับลักษณะของทารกเกิดก่อนกำหนดรวมถึงการรักษาที่ทารกได้รับ เมื่อมารดาได้รับข้อมูลก่อนการเข้าเยี่ยมทำให้ไม่ตกใจหรือเกิดความกลัว ส่งผลทำให้มารดากล้าที่จะสัมผัสทารก และภาพสไลด์ สื่อสัญญาณทารกเกิดก่อนกำหนด นำเสนอเกี่ยวกับสื่อสัญญาณที่ทารกแสดงออกมาให้เห็น เมื่อทารกแสดงสื่อสัญญาณต่างๆ ออกมา มารดาสามารถเข้าใจและตอบสนองสื่อสัญญาณนั้นๆ ได้ ส่วนการให้ข้อมูลเรื่องการดูแลทารกเกิดการกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด ด้วยการสาธิตการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ทำให้มารดามีความรู้ความเข้าใจ ส่งผล

ดีของการดูแลทารก (Preechapongmit, Lamchang, & Jintrawet, 2012) ตระหนักถึงประโยชน์และเห็นความสำคัญในการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด รวมถึงคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด ซึ่งมีรูปภาพประกอบคำบรรยาย มารดาสามารถนำไปทบทวนต่อเมื่อกลับบ้านได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชรริน พูลศิลป์ (Poonsin, 2009) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการให้ข้อมูลในมารดาของทารกเกิดก่อนกำหนด ให้การสนับสนุนข้อมูลโดยใช้สื่อวีดิทัศน์และคู่มือมารดา พบว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลมีปฏิสัมพันธ์กับทารกขณะให้นมมากกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้รับข้อมูล

2. การสนับสนุนด้านอารมณ์ มารดากลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอด โดยการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจ ให้การดูแลและข้อมูลเฉพาะเป็นรายบุคคล อยู่กับมารดาตลอดการเข้าเยี่ยมทารก มีการพูดให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้มารดาซักถามปัญหาหรือข้อสงสัย พร้อมทั้งรับฟังมารดาอย่างตั้งใจ รวมถึงการดูแลเอาใจใส่ขณะที่ให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลและการฝึกปฏิบัติการดูแลทารก ทำให้มารดามีกำลังใจ เกิดความไว้วางใจในตัวพยาบาล จนเกิดความมั่นใจในการดูแลทารก ส่งผลให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร สัณหภักดี (Sanhaphakdee, 2004) ที่ศึกษาการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์ในมารดาและทารกเกิดก่อนกำหนด ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์ตั้งแต่เข้าเยี่ยมครั้งแรก อยู่กับมารดาตลอดระยะเวลาการเยี่ยม ให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจ และเปิดโอกาสให้มารดาได้พูดถึงปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น พบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและอารมณ์มีการแสดงพฤติกรรมความความผูกพันมากกว่ามารดาที่ได้รับข้อมูลตามปกติ

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ มารดากลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนโดยการจัดเตรียมห้องที่มีความเป็นส่วนตัว จัดสิ่งแวดล้อมให้มีบรรยากาศผ่อนคลาย ทำให้เกิดความพร้อมในการเรียนรู้ และการฝึกปฏิบัติการดูแลทารกผ่านหุ่นจำลองทารก ซึ่ง มารดาสามารถลองฝึกปฏิบัติในแต่ละกิจกรรมการดูแลได้ตามความต้องการ และในขณะที่มารดาให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนด พยาบาลจะคอยให้ความช่วยเหลือตลอดการปฏิบัติ พร้อมทั้งมีคู่มือการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดให้มารดาสามารถนำกลับไปทบทวนที่บ้าน ส่งผลให้มารดากลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจ และสามารถให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดได้ ส่งผลให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ เกษมพรหม (Kasemprom, 2015) ที่ศึกษาการสนับสนุนทางสังคม ในมารดาวัยรุ่น ให้การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติโดยการสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ และให้คู่มือการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อให้มารดาสามารถทบทวนท่าการให้นม ผลการวิจัยพบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาลมีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. การสนับสนุนด้านการประเมินค่า มารดากลุ่มทดลองได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยผู้วิจัยให้การยกย่องมารดาที่มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดชมเชยในขณะที่มารดาฝึกปฏิบัติหรือให้การดูแลทารกได้อย่างถูกต้อง รวมถึงเมื่อมารดาปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะให้ข้อมูลย้อนกลับโดยบอกเหตุผลและให้ข้อมูลที่ถูกต้องอีกครั้ง นอกจากนี้ มารดาและผู้วิจัยมีการประเมินการดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดร่วมกัน ทำให้มารดาเข้าใจปัญหาในการปฏิบัติ เมื่อพบปัญหาผู้วิจัยและมารดาจะร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้มารดาเข้าใจตรงกันกับผู้วิจัย เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ ส่งผลทำให้การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติพร แสงพลอย (Saengploi, 2016) ที่ทำการศึกษาแผนการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการให้นมมารดาในมารดาคลอดก่อนกำหนด ให้การสนับสนุนด้านการประเมินค่าโดยการชมเชยและให้กำลังใจเมื่อมารดาปฏิบัติถูกต้องและให้ข้อมูลย้อนกลับเมื่อมารดาปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผลการ

วิจัยพบว่ามารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการให้นมมารดาสูงกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

การที่มารดาได้รับการสนับสนุนทั้ง 4 ด้านคือ การสนับสนุนด้านข้อมูล การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของเครื่องใช้และการช่วยเหลือในการปฏิบัติ และการสนับสนุนด้านการประเมินค่า ทำให้มารดาสามารถเผชิญความเครียดในภาวะวิกฤต และมีความมั่นใจในการดูแลทารกเพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดที่ถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ เกษมพรหม (Kasemprom, 2015) ศึกษาแผนการสนับสนุนทางสังคม ในมารดาวันรุ่น พบว่าหลังมารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากพยาบาล มีการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และ 6 สัปดาห์หลังคลอดมากกว่ามารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเช่นเดียวกับการศึกษาของฐิติพร แสงพลอย (Saengploi, 2016) ที่ทำการศึกษาแผนการสนับสนุนทางสังคมในมารดาคลอดก่อนกำหนด ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่มารดา พบว่ามารดาทารกเกิดก่อนกำหนดที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีคะแนนพฤติกรรมการให้นมมารดาสูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อีวา และคณะ (Eva et al., 2017) ที่ทำการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในมารดา ผลการวิจับพบว่า มารดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมจะมีความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการทารกเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนให้มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิดไปใช้สำหรับส่งเสริมให้มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาถึงผลระยะยาวของโปรแกรมการสนับสนุนให้มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดในรายที่ทารกอยู่โรงพยาบาลเป็นเวลานาน เช่นการเยี่ยมบ้านหรือเยี่ยมทางโทรศัพท์ เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้โปรแกรมการสนับสนุนให้มารดาดูแลทารกเกิดก่อนกำหนดเพื่อนำไปใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน เช่น ทารกที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด เป็นต้น

References

American Heart Association. (2015). *Guidelines update: Part 13 recommendations-CPR & ECC.* Retrieved from https://eccguidelines.heart.org/index.php/guidelines-highlights/

Anna, K. P., Anne, K., & Tarja, P., (2016). Factor influencing parental participation in neonatal pain alleviation. *Journal of Pediatric Nursing, 31,* 519-527.

Burns, N., & Grove, S. (2005). *The practice of nursing research conduct, critique, & utilization.* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Department of Health (2559). *Annual report.* Bangkok: Ministry of Public Health. Retrieved from http://planning.anamai.moph.go.th/main.php?filename=Left_M2_3

Eva, D., Luana, S. S., & Silvia, H. K. (2017). Social support as moderator of knowledge about infant development in adolescent mothers. *Paideia, 28*(68), 281-289. doi: 10.1590/1982-43272768201705

Horpaopan, S., Thaitumyanon, P., & Jirapaet, K., (2010). *Neonatal 2010.* Bangkok: Thana Place & Graphic. (in Thai)

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* New Jersey: Prentice-Hall.

Jeh-Alee, H., (2014). *Concerns of mothers of preterm infants during transition from the NICU to Home* (Master of Nursing Science Thesis, Pediatric Nursing). Prince of Songkla University, Thailand. (in Thai)

Kasemprom, B. (2015). *Effect of social support on success in exclusive breastfeeding among adolescent mothers* (Master of Nursing Science Thesis, Advanced Midwifery). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Kearvell, H., & Grant, J. (2010). Getting connected: How nurses can support mother infant attachment in the neonatal intensive care unit. *Australian Journal of Advanced Nursing, 27*(3), 75.

Manja, V., Jakshminrusimha, S., & Cook, D. J. (2015). Oxygen saturation target range for extremely preterm infants: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatric, 164*(4), 332-340.

Maurice, J. H., Eduardo, V. M., Maximo, V., & Eduardo, V. (2017). Pulse oximeter saturation target limits for preterm infants: A survey among European neonatal intensive care units. *European Journal of Pediatrics, 176*(1), 51-56.

Phromchaisa, P., (2014). *Effect of social support enhancement on maternal role among adolescent pregnant women* (Master of Nursing Science Thesis, Advanced Midwifery). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Poonsin, C., (2009). *Effect of information provision to mother on interaction between mother and preterm infant during feeding* (Master of Nursing Science Thesis, Pediatric Nursing). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Preechapongmit, K., Lamchang, S., & Jintrawet, U., (2012). Factors related to caregiving burden among caregivers of children with Asthma. *Nursing Journal, 39*(4), 13-22. (in Thai)

Saengploi, T., (2016). *Effect of social support on breastfeeding behavior among mothers with preterm delivery* (Master of Nursing Science Thesis, Advanced Midwifery). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Sanhaphakdee, S., (2004). *Effects of informational support on maternal-infant bonding behaviors of mother of premature infants* (Master of Nursing Science Thesis, Pediatric Nursing). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Srilama, N., & Watcharaach J., (2016). Participation in caring for preterm infant in a concern of mother needs. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 27*(1), 152-159. (in Thai)

World Health Organisation Global Health Observatory. (2015). *Preterm birth.* Retrieved from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/

Zahra, A., Zahra, S., Tayebeh, M., & Mahnoosh H. (2014). A family support intervention to reduce stress among parents of preterm infants in neonatal intensive care unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 19*(4), 349-353.

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันของการดูแลแบบฟูมฟัก สำหรับผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

A Confirmation Factor Analysis of Nurturing Care Style for Child Caregivers in Child Development Centers

รัตนา	มาฆะสวัสดิ์ *	Rattana	Makassawad *
กฤดิญาดา	เกื้อวงศ์ **	Gridiyada	Kuewong **

บทคัดย่อ

การดูแลแบบฟูมฟักเป็นการดูแลสำหรับเด็กปฐมวัยเพื่อให้มีสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา ผู้ดูแลเด็กต้องมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อให้เด็กมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม การวิจัยเชิงสำรวจครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 200 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามการดูแลแบบฟูมฟัก ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .96 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน

ผลการวิจัยพบว่า คุณลักษณะของการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็ก มีตัวบ่งชี้หรือตัวแปรสังเกตได้ 5 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ 1) การดูแลให้มีสุขภาพดี 2) การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ 3) การดูแลที่สนองตอบ 4) การดูแลความมั่นคงและความปลอดภัย และ 5) การให้โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2(4, N=200)=3.19, p=.527, CFI=1.00, TLI=1.00, RMSEA<.001, SRMR=.009) สารสนเทศที่ได้สามารถนำไปพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลที่เหมาะสม และออกแบบการพัฒนาระบบการส่งเสริมการดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: การดูแลแบบฟูมฟัก การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน ผู้ดูแลเด็ก

* อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

** ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิราสภากาชาดไทย e-mail: gridiyada.k@gmail.com

วันที่รับบทความ 4 กันยายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 28 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 2 พฤศจิกายน 2564

Abstract

Nurturing care is the way to taking care of childhood to have good health includes physical, mental and intellectual health. Child caregivers must have health literacy about childhood care in order to development by aged and have proper health behaviors. The purpose of this survey study was to analyze component of caregiver's nurturing care in chid care centers. There were 200 of child caregivers. Data were collcted using nurturing care questionnaire. Content validity of the questionnaire was confirmed by 5 experts yielding the values each item ranged 0.8- 1.0 and Reliability of the questionnaire was tested by Cronbach's alpha coefficient yielding a values of .96. Data were analyzed using confirmation factor analysis.

The research results and confirmatory factor analysis revealed that nurturing care of child caregivers in child care centers consisted of five main components: 1) Good health, 2) Adequate nutrition, 3) Responsive caregiving, 4) Security and safety, and 5) Opportunities for early learning. The nurturing care components of child caregivers in child care centers was fit to the empirical data (χ^2(4, N=200) =3.19, p=.527, CFI=1.00, TLI=1.00, RMSEA<.001, SRMR=.009).

The information obtained can be used to develop appropriate caregivers' assessment tools and design the development of a system to care for child development centers more effectively.

Keywords: Nurturing care, Confirmatory factor analysis, Child caregivers

* Instructor, Department of Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, University of Pathumthani
** Corresponding Author, Instructor, Department of Pediatric Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing; e-mail: gridiyada.k@gmail.com

Received 4 September 2021; Revised 28 October 2021; Accepted 2 November 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ มุ่งเน้นการพัฒนาและยกระดับคุณภาพชีวิตของคนในทุกช่วงวัยตลอดชีวิต (Royal Thai Government Gazette, 2018) และให้ความสำคัญกับการพัฒนาเด็กระดับปฐมวัย ทั้งส่วนของการพัฒนาการเรียนการสอน หลักสูตร และบุคลากรในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีมาตรฐาน เพื่อเสริมสร้างพัฒนาการเด็กระดับปฐมวัยให้สมบูรณ์รอบด้านและเหมาะสมกับวัย การเสริมสร้างพัฒนาการและสุขภาวะที่ดีให้กับเด็กเล็กนั้น เป็นหนึ่งในการบริการสาธารณะที่รัฐพึงจัดให้กับประชาชน และมีการจัดตั้งสถานพัฒนาเด็กเล็กขึ้น โดยมีครูหรือผู้ดูแลเด็กทำหน้าที่ในการจัดการศึกษา อบรม เลี้ยงดู และส่งเสริมพัฒนาการสำหรับเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสมตามหลักวิชาการ (Department of Local Administration, 2016) ผู้ที่มีหน้าที่ดูแลเด็กจะต้องมีความรู้ ความสามารถ และคุณสมบัติที่พร้อมสำหรับการปฏิบัติงาน เพื่อให้การดูแลเด็กเป็นไปอย่างมีคุณภาพและตามที่มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติกำหนด ซึ่งมาตรฐานด้านที่ 2 คือ ครู/ผู้ดูแลเด็กให้การดูแล และจัดประสบการณ์การเรียนรู้และการเล่นเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 5 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ การดูแลและพัฒนาเด็กรอบด้าน การส่งเสริมพัฒนาการด้านร่างกายและดูแลสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญาภาษาและการสื่อสาร การส่งเสริมพัฒนาอารมณ์ จิตใจ-สังคม ปลูกฝังคุณธรรมและความเป็นพลเมืองดี และการส่งเสริมเด็กในระยะเปลี่ยนผ่านให้ปรับตัวสู่การเชื่อมต่อในขั้นถัดไป (Office of the Education Council, 2019) จากมาตรฐานดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเด็กควรได้รับการพัฒนาส่งเสริมการดูแลเด็กปฐมวัยให้ได้มาตรฐานและมีคุณภาพที่ดี และสร้างเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นได้ (Araujo, Dormal, & Schady, 2019; Helmerhorst et al., 2017)

จากการสำรวจสถานการณ์สุขภาวะเด็กไทยที่อายุต่ำกว่า 5 ปี โดยสำนักสถิติแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์กรยูนิเซฟ ครั้งที่ 5 ปี 2559 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 6 ปี 2562 พบว่า เด็กมีปัญหาด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง อาทิ ความไม่สมดุลด้านโภชนาการ คือ มีภาวะโภชนาการเกิน มีเด็กน้ำหนักเกินและอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 12.7 มีภาวะผอมเพิ่มจากร้อยละ 5.4 เป็นร้อยละ 7.7 และมีภาวะเตี้ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.5 เป็นร้อยละ 13.3 เนื่องจากการได้รับโภชนาการไม่เพียงพอ นอกจากนี้ยังพบปัญหาพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 25.4 และมีเด็กที่ไม่ได้รับการคัดกรองและมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าที่ติดตามไม่ได้อีกร้อยละ 10 (Department of Health, 2020) ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากพื้นฐานการดูแลของครอบครัว สุขภาพของตัวเด็กเอง สภาพแวดล้อม และการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ (Tinanoff et al., 2019) รวมถึงในปัจจุบันครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขนาดเล็ก บิดามารดาต้องไปทำงานในช่วงเวลากลางวัน จึงจำเป็นที่จะต้องฝากลูกไว้กับผู้ดูแลในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (International Health Policy Program Foundation, 2014) ดังนั้นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจึงเป็นอีกบุคคลหนึ่งที่สำคัญที่จะต้องมีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กให้มีสุขภาวะที่ดีและมีประสิทธิภาพ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กที่ดูแลเด็กปฐมวัย ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการดูแลเด็กอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น โครงการสร้างเสริมศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย (The capacity of a community treasures for early childhood development, 2015) ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อเป็นศูนย์เรียนรู้ด้านการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย สังคมและสติปัญญา โดยเน้นการส่งเสริมพัฒนาการสมองและการเรียนรู้ตามวัย การส่งเสริมโภชนาการ การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การเฝ้าระวังและป้องกันโรค และการป้องกันอุบัติเหตุและการได้รับสารพิษ โดยมีการทำงานร่วมกับหลายองค์กรตั้งแต่ครอบครัว ชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

หรือสถาบันการศึกษาต่าง ๆ (COAT, 2015) รวมไปถึงการดำเนินการตามนโยบาย เช่น การส่งเสริมเด็กไทยสูงดีสมส่วน การจัดการเรื่องกิน-กอด-เล่น-เล่า-เฝ้าดูฟัน โครงการพัฒนาเด็กปฐมวัยที่บูรณาการการเรียนรู้ผ่านการเล่น โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เป็นต้น และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการวางแผนพัฒนาเด็กปฐมวัยมากมาย ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อเป็นแม่ การอบรมเลี้ยงดู และบทบาทของครอบครัวให้ได้รับการพัฒนาความรู้และมีทักษะในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็ก รวมถึงการเลือกใช้นวัตกรรมและสื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างเหมาะสม มีการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการให้บริการที่พัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเน้นให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพที่ตอบสนองตามความต้องการที่เท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลก มีความรู้และทักษะในการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีสมรรถนะตามวัย ตลอดจนมีระบบการเฝ้าระวัง ช่วยเหลือและส่งต่อเด็กปฐมวัยที่มีความต้องการพิเศษเพื่อให้เข้ารับบริการด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ (Office of the Education Council, 2019) จะเห็นได้ว่าทั้งภาครัฐและองค์กรอื่น ๆ ได้มีการพัฒนาการดูแลเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าเด็กปฐมวัยยังมีปัญหาด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ดูแลเด็กเป็นบุคคลสำคัญอีกบุคคลหนึ่งที่มีส่วนช่วยในการพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย สังคม และสติปัญญา หากได้รับการส่งเสริมหรือพัฒนาให้มีความรู้และทักษะในการดูแลเด็กให้มีสุขภาวะที่ดีมากขึ้น เด็กจะได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและส่งเสริมให้มีสุขภาวะที่ดี ดังนั้นการพัฒนาส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ จึงเป็นความท้าทายและเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ดูแลเด็กจึงมีความสำคัญในการดูแลและส่งเสริมให้เด็กมีการเจริญเติบโต มีพัฒนาการและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตามวัย (Neuman, McConnell, & Kholowa, 2014; Özler et al., 2018)

การดูแลแบบฟูมฟัก (nurturing care) หมายถึง การดูแลแบบทะนุถนอมหรือการดูแลแบบประคับประคอง ซึ่งตามแนวคิดของ World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group (2018) ได้กล่าวถึงการดูแลแบบฟูมฟักว่าเป็นการดูแลเด็กที่ยังไม่สามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดี ปลอดภัย เจริญเติบโตและมีพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ดูแลเด็กด้วยความเอาใจใส่ ตอบสนองตามความต้องการดูแลเด็กให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคม สามารถเผชิญกับสถานการณ์ของสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและอยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะในช่วงแรกของชีวิต ทำให้เด็กมีพัฒนาการอย่างเต็มศักยภาพ และจากงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก พบว่าการบริหารจัดการยังประสบปัญหาบางประการ อาทิ จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการบริหารการศึกษา มีตำแหน่งหน้าที่ไม่ตรงกับสายงาน มีข้อจำกัดในเรื่องของงบประมาณ การจัดหาสื่อวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้เพื่อการเรียนรู้ของเด็ก (Chuetatsanaprasit, 2016; Lorpoolkijsakul, Limpaseni, & Hemachusha, 2018) เป็นที่น่าสังเกตว่าการวิเคราะห์ปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นการชี้ให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับคุณภาพการบริหารจัดการ และการจัดการศึกษาของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั้งสิ้น นอกจากนี้ยังพบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับสมรรถนะที่พึงประสงค์ของครูปฐมวัยของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก (Tangchitcharoenkhul, Muangmoon, Kijtorntham, & Tangjitjaroenkun, 2016) และมีการศึกษาของโครงการสร้างเสริมศักยภาพภูมิปัญญาท้องถิ่นเพื่อการพัฒนาเด็กปฐมวัย ที่ดำเนินการสร้างเสริมสุขภาวะเด็กปฐมวัยและให้ข้อเสนอแนะในเรื่องของการพัฒนาระบบการบริหารจัดการ ระบบการจัดการสิ่งแวดล้อม สนับสนุนให้มีพื้นที่เรียนรู้ที่เหมาะสม

ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยและเพียงพอตามเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งเป็นการเน้นการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองและชุมชน (COACT, 2015) แต่เน้นในส่วนของการพัฒนาผู้ดูแลเด็กปฐมวัยน้อย ซึ่งการดูแลเด็กปฐมวัยที่เน้นการดูแลแบบฟูมฟักยังมีผู้สนใจศึกษาอย่างจำกัดและพบว่าองค์ประกอบของการดูแลแบบฟูมฟักยังไม่มีความชัดเจน มีเพียงการศึกษาทฤษฎีและนำแนวคิดทฤษฎีการดูแลแบบฟูมฟักมาใช้ในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพเด็กเท่านั้น และส่วนใหญ่เน้นการดูแลที่เป็นบิดามารดาของเด็กปฐมวัย (Richter, 2018)

จากความเป็นมาและปัญหาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเด็กจะต้องมีความรู้ มีความสามารถ และคุณสมบัติที่เหมาะสมในการดูแลเด็กก่อนที่จะไปปฏิบัติงานจริงเป็นอย่างมาก แต่ยังพบประเด็นปัญหาสุขภาพเด็กอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นเรื่องที่ยังพบอย่างต่อเนื่องทุกปี ผู้ดูแลเด็กควรได้การประเมินความรู้และความสามารถในการดูแลเด็กปฐมวัย ดังนั้นจึงควรที่จะมีการวิเคราะห์และตรวจสอบองค์ประกอบเชิงยืนยันของการดูแลแบบฟูมฟักสำหรับเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลเด็ก ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ดูแลเด็กสามารถให้การดูแลและส่งเสริมสุขภาพเด็กได้อย่างมีประสิทธิผล และจากความสำคัญในการดูแลเด็กให้มีประสิทธิผลนั้น จึงเป็นตัวชี้วัดหนึ่งของความสำเร็จในการบริการจัดการทีมผู้ดูแลเด็ก ซึ่งผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญในการนำไปพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กปฐมวัยของผู้ดูแลที่เหมาะสม และประเมินระดับการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเด็ก เพื่อเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนาของผู้ดูแลเด็กในแต่ละคน และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการออกแบบการพัฒนาระบบการส่งเสริมการดูแลศูนย์พัฒนาเด็กเล็กให้มีคุณภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบเชิงยืนยันของการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็กกับข้อมูลเชิงประจักษ์

คำถามการวิจัย

องค์ประกอบการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็กประกอบด้วยองค์ประกอบอะไรบ้างและมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษากับผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เนื่องจากเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญในการดูแลเด็กและมีความใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ผู้วิจัยได้เลือกกรอบแนวคิดองค์ประกอบการดูแลแบบฟูมฟัก (nurturing care) ตามแนวคิดของ World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group (2018) ที่เสนอว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเด็ก 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การดูแลให้มีสุขภาพดี (good health) เป็นการติดตามสภาวะด้านร่างกาย ดูแลสุขอนามัย แสวงหาการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับเด็กที่มีการเจ็บป่วย 2) การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ (adequate nutrition) เป็นการได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสมองของเด็กอย่างเพียงพอ 3) การดูแลที่สนองตอบ (responsive caregiving) เป็นการสังเกตและสนองตอบตามการเคลื่อนไหว เสียง ท่าทางและคำพูดของเด็ก เรียนรู้เกี่ยวกับบุคคล สัมพันธภาพและภาษา ปฏิสัมพันธ์ทางสังคม 4) ความมั่นคงและความปลอดภัย (security and safety) เป็นการทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย โดยการป้องกันอันตราย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและความเครียดทางอารมณ์ และ 5) โอกาสสำหรับการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (opportunities for early learning) เป็นการสอนเด็กให้เกิดการเรียนรู้ ตั้งแต่เรื่องสี รูปร่าง และตัวอักษร เป็นจุดเริ่มต้นว่าเด็กสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้สำเร็จ การสร้างแบบจำลอง การเลียนแบบ ที่ช่วยให้เด็กได้รับประสบการณ์การเรียนรู้ทางสังคม ซึ่งเป็นแนวทางใน

การนำมาพัฒนาเครื่องมือวัด วิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก และวางแผนพัฒนาผู้ดูแลให้สามารถดูแลเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาวะที่ดีต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) ใช้เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องขององค์ประกอบเชิงยืนยันของการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็กกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 27,723 คน ในปี พ.ศ. 2563

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ด้วยวิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Soper (2021) ด้วยโปรแกรม A-priori sample size calculator for structural equation models โดยกำหนดจำนวนตัวแปรแฝง (latent variables) 1 ตัว และตัวแปรสังเกตุได้ (observed variables) 5 ตัว กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ขนาดอิทธิพล (anticipated effect size) เท่ากับ .2 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ.90 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 100 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 50 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ได้ขนาดตัวอย่างจำนวนประมาณ 200 คน การได้มาซึ่งตัวอย่างวิจัย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถสื่อสารและอ่านภาษาไทยได้เข้าใจ และยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งการได้มาซึ่งตัวอย่างวิจัย ผู้วิจัยใช้เทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multi-stage random sampling) โดยแบ่งออกเป็น 5 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคตะวันออก และภาคใต้ หลังจากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยการสุ่มภาคละ 4 จังหวัด รวมทั้งหมด 20 จังหวัด และสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายโดยสุ่มศูนย์พัฒนาเด็กเล็กแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 4 ศูนย์ รวมทั้งหมด 80 ศูนย์ และขอความร่วมมือจากผู้ดูแลเด็กในแต่ละศูนย์ที่เป็นตัวอย่างวิจัยในการทำตอบแบบสอบถาม ศูนย์ละ 2-3 คน รวมจำนวนทั้งสิ้น 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ภูมิภาคปฏิบัติงาน ประสบการณ์การทำงาน เคยผ่านการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็กศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมจำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลแบบฟูมฟัก ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดของ World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group (2018) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ รวมทั้งหมดจำนวน 32 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตรประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 1 คือ เห็นด้วยกับข้อความน้อยที่สุด ถึง 5 คือเห็นด้วยกับข้อความมากที่สุด โดยแปลผลแบ่งเป็นคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 มีพฤติกรรมการดูแลเด็กอยู่ในระดับน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 มีพฤติกรรมการดูแลเด็กอยู่ในระดับน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 มีพฤติกรรมการดูแลเด็กอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 มีพฤติกรรมการดูแลเด็กอยู่ในระดับมาก และคะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 มีพฤติกรรมการดูแลเด็กอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบความตรง (validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (item objective congruence: IOC) ในแต่ละข้อคำถามอยู่ระหว่าง 0.8 ถึง 1.0 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่ตัวอย่างจำนวน 30 คน

เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ของเครื่องมือวัดแบบสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี เมื่อวันที่ 11 สิงหาคม 2564 No. 004/2564 หลังจากนั้นผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยระบุรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และวิธีการวิจัยพอสังเขป ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการตัดสินใจที่จะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัย โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะเป็นรายงานผลการวิจัยในภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้ให้ข้อมูลโดยเด็ดขาด และจะทำลายเมื่อดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นแล้ว ก่อนการตอบแบบสอบถามจะมีข้อความให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเลือกระหว่าง "ยินยอม" หรือ "ไม่ยินยอม" ให้ข้อมูล หากยินยอมสามารถดำเนินการตอบแบบสอบถามต่อไปได้ แต่หากไม่ยินยอมในการให้ข้อมูล การตอบแบบสอบถามจะเสร็จสิ้นทันที โดยจะไม่มีข้อคำถามในหน้าถัดไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์บนเทคโนโลยีประมวลผลแบบคลาวด์ให้กับกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงเดือนสิงหาคม 2564 ได้การตอบกลับจากตัวอย่าง จำนวน 200 คน และแบบวัดมีความสมบูรณ์สามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทั้งหมด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้นโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย อธิบายลักษณะข้อมูลพื้นฐานของตัวอย่างและตัวแปรการวิจัย ประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และตรวจสอบการแจกแจงข้อมูลจากค่าความเบ้ (skewness) ควรมีค่าไม่เกิน ± 3 และค่าความโด่ง (kurtosis) ควรมีค่าไม่เกิน ± 10 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงปกติ

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ Mplus โดยพิจารณาจากความตรงเชิงโครงสร้างของโมเดลการวัดจากค่าสถิติไค-สแควร์ (chi-square) ค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) ค่าองศาอิสระ (degree of freedom: df) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker (Tucker-Lewis index: TLI) ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (comparative fit index: CFI) ค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยเศษเหลือในรูปมาตรฐาน (standard root mean square residual: SRMR) ดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่า (root mean square error of approximation: RMSEA)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 200 คน พบว่า เป็นผู้ดูแลเด็กที่ปฏิบัติงานในภาคใต้ จำนวน 43 คน (ร้อยละ 21.5) ภาคกลาง จำนวน 42 คน (ร้อยละ 22) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ จำนวนภาคละ 39 คน (ร้อยละ 19.5) และภาคเหนือ จำนวน 37 คน (ร้อยละ 18.5) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 196 คน (ร้อยละ 98) มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี จำนวน 80 คน (ร้อยละ 40) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 31-40 ปี จำนวน 55 คน (ร้อยละ 27.5) และอายุมากกว่า 50 ปี จำนวน 42 คน (ร้อยละ 21) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 151 คน (ร้อยละ 75.5) มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กมากกว่า 15 ปี จำนวน 85 คน (ร้อยละ 42.5) รองลงมาคือ มีประสบการณ์การเป็นผู้ดูแลเด็กอยู่ระหว่าง 11-15 ปี จำนวน 41 คน (ร้อยละ 20.5) เคยได้รับการฝึกอบรม

พัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก จำนวน 163 คน (ร้อยละ 81.5) และไม่เคยได้รับการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานผู้ดูแลเด็ก จำนวน 37 คน (ร้อยละ 18.5)

ผลการวิเคราะห์ค่าสถิติเบื้องต้นของตัวแปรการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมการดูแลเด็กโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.51, SD = 0.40) เมื่อพิจารณาแยกตามองค์ประกอบ พบว่า การดูแลที่สนองตอบมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด (mean = 4.57, SD = 0.45) รองลงมาคือ การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (mean = 4.54, SD = 0.46) และการดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย (mean = 4.52, SD = 0.44) ตามลำดับ ส่วนด้านการดูแลให้มีสุขภาพดี และการดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอมีพฤติกรรมการดูแลอยู่ในระดับมาก (mean = 4.50, SD = 0.42 และ mean = 4.43, SD = 0.51 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาลักษณะการแจกแจงข้อมูลของการดูแลแบบฟูมฟักโดยรวม พบว่าค่าความเบ้ (skewness) อยู่ระหว่าง -0.95 ถึง -0.72 และค่าความโด่ง (kurtosis) อยู่ระหว่าง -0.27 ถึง 0.61 แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงในลักษณะใกล้เคียงกับโค้งปกติ รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าสถิติเบื้องต้นของการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็ก (n = 200)

ตัวแปร	mean	SD	min	max	sk	ku	แปลผล
การดูแลให้มีสุขภาพดี	4.50	0.42	3.00	5.00	-0.95	0.61	มาก
การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ	4.43	0.51	2.75	5.00	-0.72	-0.05	มาก
การดูแลที่สนองตอบ	4.57	0.45	3.17	5.00	-0.78	-0.27	มากที่สุด
การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย	4.52	0.44	3.00	5.00	-0.74	0.08	มากที่สุด
การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก	4.54	0.46	3.00	5.00	-0.77	-0.22	มากที่สุด
การดูแลแบบฟูมฟัก	**4.51**	**0.40**	**2.00**	**4.97**	**-0.76**	**0.13**	**มากที่สุด**

* SE of sk = 0.17, SE of ku = 0.34, mean (ค่าเฉลี่ย), SD = standard deviation (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน), min = minimum (ค่าต่ำสุด), max = maximum (ค่าสูงสุด), sk = skewness (ความเบ้), ku = kurtosis (ความโด่ง)

ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืน (confirmatory factor analysis) พบว่า การดูแลแบบฟูมฟักมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พิจารณาจากค่าไค-สแควร์ (chi-square) เท่ากับ 3.19 โดยผลการทดสอบไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p=.527) องศาอิสระเท่ากับ 4 มีดัชนีวัดระดับความสอดคล้องกลมกลืนเปรียบเทียบ (CFI) เท่ากับ 1.00 ดัชนีวัดระดับความสอดคล้องเปรียบเทียบของ Tucker (TLI) เท่ากับ 1.00 ซึ่งดัชนีทั้งสองนั้นมีค่าเข้าใกล้ 1 และมากกว่า .95 มีดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของการประมาณค่า (RMSEA) น้อยกว่า .001 และมีค่าดัชนีรากที่สองของค่าเฉลี่ยเศษเหลือในรูปมาตรฐาน (SRMR) เท่ากับ .020 ซึ่งดัชนีทั้งสองมีค่าเข้าใกล้ 0 และน้อยกว่า .08 ค่าสถิติดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าองค์ประกอบการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็กมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ และเมื่อพิจารณาค่าน้ำหนักองค์ประกอบของตัวแปร พบว่าทุกตัวแปรมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) โดยมีค่าน้ำหนักองค์ประกอบในรูปคะแนนมาตรฐานอยู่ระหว่าง 0.724 ถึง 0.908 โดยตัวแปรแฝงองค์ประกอบสามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรการดูแลแบบฟูมฟักได้ร้อยละ 52.40 ถึง 82.40 (R2=.524 - .824) องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบสูงที่สุดคือ การดูแลที่สนองตอบ (β =.908, R2=.824) องค์ประกอบที่มีค่าน้ำหนักองค์ประกอบน้อยที่สุดคือ การดูแลให้มีสุขภาพดี (β =.724, R2=.524) รายละเอียดดังตารางที่ 2 ภาพที่ 1

ตารางที่ 2 ค่าน้ำหนักองค์ประกอบของการดูแลแบบฟูมฟัก

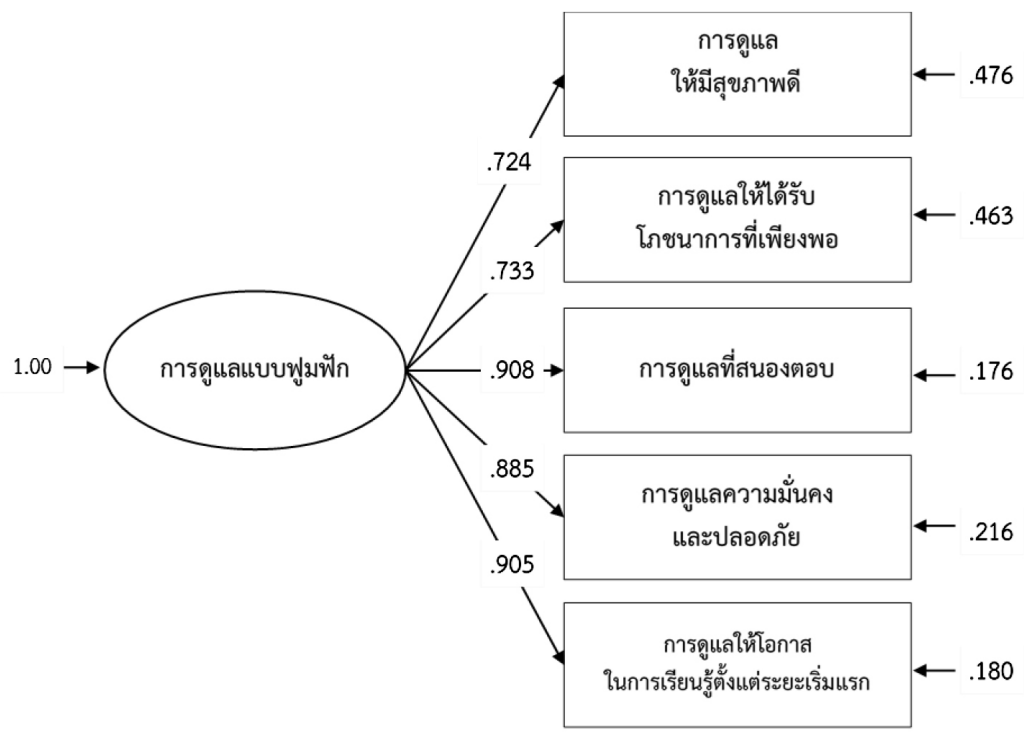
ข้อคำถาม	*B*	*SE*	*β*	*t*	R^2
การดูแลให้มีสุขภาพดี	1.00	< --- >	.724	14.58***	.524
การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ	1.19	0.10	.733	15.80***	.537
การดูแลที่สนองตอบ	1.29	0.10	.908	51.12***	.824
การดูแลความมั่นคงและปลอดภัย	1.24	0.11	.885	35.78***	.784
การดูแลให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก	1.33	0.11	.905	39.88***	.820

ค่าสถิติในการตรวจสอบความตรงของโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์

χ^2(4, N=200) =3.19, *p*=.527, CFI=1.00, TLI=1.00, RMSEA<.001, SRMR=.009

หมายเหตุ: *** p<.001

< --- > ไม่มีรายงานค่า SE เนื่องจากเป็นพารามิเตอร์บังคับ (constrained parameter)



χ^2(4, *N*=200)=3.19, *p*=.527, CFI=1.00, TLI=1.00, RMSEA<.001, SRMR=.009

ภาพที่ 1 โมเดลการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็ก

การอภิปรายผล

การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทั้ง 5 องค์ประกอบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ สามารถวัดองค์ประกอบของการดูแลแบบฟูมฟักได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ และมีความตรงเชิงโครงสร้างสูง ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การดูแลให้มีสุขภาพดี เป็นการดูแลสุขภาพเด็กในด้านร่างกาย และจิตใจ ให้แข็งแรงสมบูรณ์อยู่เสมอ ดูแลเด็กให้มีสุขอนามัยที่ดีเพื่อลดการติดเชื้อ โดยผู้ดูแลที่ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่วนใหญ่จะเน้นไปที่การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และรู้วิธีการดูแลรักษาเบื้องต้นได้อย่างเหมาะสมเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชราภรณ์ เชี่ยววัฒนา และสุปรีดา มณิปันตี (Chewwattana & Manipantee, 2016) ที่กล่าวว่าการดูแลเด็กตามมาตรฐานของศูนย์เด็กเล็กต้องมีการส่งเสริมด้านสุขภาพตลอดระยะเวลาที่อยู่ในความดูแลตั้งแต่การตรวจร่างกายประจำวัน การประเมินภาวะสุขภาพ การตรวจสุขภาพและอนามัยในช่องปาก รวมถึงการดูแลความสะอาด การนอนหลับพักผ่อน และการกำกับติดตามให้เด็กได้รับวัคซีนตามเป้าหมาย ซึ่งการดูแลให้มีสุขภาพดีจะช่วยทำให้ลดอัตราการเจ็บป่วยให้น้อยลงได้

การดูแลให้ได้รับโภชนาการที่เพียงพอ เป็นการดูแลเด็กให้ได้รับสารอาหารที่จำเป็น มีความหลากหลายและเพียงพอต่อความต้องของร่างกาย เพื่อนำมาใช้ในการเสริมสร้างและพัฒนาร่างกายและสมองของเด็ก รวมถึงการดูแลเด็กให้ได้รับอาหารที่สะอาด ถูกสุขอนามัย และมีความปลอดภัย ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญหากเด็กได้รับสารอาหารในปริมาณที่มากหรือน้อยเกิดไปจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้ หรือเกิดภาวะทุพโภชนการ ส่งผลกระทบต่อการเสริมสร้างและพัฒนาทั้งทางด้านร่างกายและสมองของเด็ก หากผู้ดูแลสามารถปลูกฝังพฤติกรรมการรับประทานที่เหมาะสมให้กับเด็กวัยนี้จะทำให้เด็กรูปร่างที่สมส่วน และไม่เกิดปัญหาสุขภาพตามมาภายหลังได้ แต่จากการสำรวจของสำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program Foundation, 2014) พบปัญหาเกี่ยวกับการจัดอาหารในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์เท่าที่ควร อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลเด็กยังขาดในเรื่องของความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กให้ได้รับโภชนาการที่เหมาะสม ทำให้เด็กไทยส่วนใหญ่มีภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจากการศึกษาของ ทวีศักดิ์ ปิ่นทอง, ภัทรภร เจริญบุตร, และ นพรัตน์ ส่งเสริม (Pinthong, Charoenbut, & Songserm, 2020) พบว่าหากผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในเรื่องของการจัดอาหารและโภชนาการที่เหมาะสมกับเด็กปฐมวัย จะทำผู้ดูแลมีพฤติกรรมการส่งเสริมโภชนาการเด็กปฐมวัยที่สูงขึ้น ซึ่งถือได้ว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่ผู้ดูแลเด็กยังคงต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก

การดูแลที่สนองตอบ เป็นพฤติกรรมของผู้ดูแลเด็กในการสังเกตและสนองตอบด้านร่างกาย อารมณ์ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับเด็ก ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวท่าทาง การสนองตอบต่อเสียง การแสดงออกผ่านการกอด การสบตา รอยยิ้ม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ส่งเสริมด้านอารมณ์ของเด็ก ช่วยให้เด็กเรียนรู้บุคคลและสิ่งแวดล้อมรอบตัว เข้าใจด้านภาษา และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งเหล่านี้จะช่วยกระตุ้นการทำงานของระบบประสาทในสมองมากขึ้น และหากผู้ดูแลเกิดการตอบสนองไม่เหมาะสมจะทำให้เด็กเกิดการควบคุมอารมณ์ได้น้อยและทำให้การจัดการปัญหาต่าง ๆ ได้ยากขึ้น (The Royal College of Pediatricians of Thailand, 2017) อีกทั้งจากการศึกษาของ พนิดา สิริอำพันธ์กุล และ จุไรรัตน์ กีบาง (Siriumpunkul & Keebang, 2021) กล่าวว่า เด็กที่มีปัญหาพื้นฐานทางอารมณ์จะมีพฤติกรรมการแสดงออกและการจัดการอารมณ์กับตนเองไม่ดี แล้วยังส่งผลกระทบต่อพัฒนาการด้านสติปัญญา ด้านสังคม และด้านอื่นที่เป็นเหตุก่อให้เกิดปัญหาพฤติกรรมได้ ซึ่งสิ่งหนึ่งที่สำคัญเกิดจากการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมของผู้ดูแล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ผู้ดูแลจะต้องให้ความสำคัญกับพัฒนาการเด็กและการตนองตอบกับเด็กที่เหมาะสม

การดูแลด้านความมั่นคงและความปลอดภัย เป็นพฤติกรรมของผู้ดูแลที่ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัยทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม เนื่องจากเด็กเล็กไม่สามารถป้องกันตนเองได้ และยังมีความเสี่ยงต่ออันตรายที่ไม่คาดคิด เด็กเล็กมีความเสี่ยงทางด้านสภาพแวดล้อม เช่น การสัมผัสสารเคมีหรือวัตถุอันตราย เป็นต้น นอกจากนี้เด็กเล็กสามารถเกิดความกลัวจากบุคคลหรือประสบการณ์ในอดีตที่ทำให้ตนเองรู้สึกไม่ปลอดภัย เช่น การถูกละทิ้ง การข่มขู่ การลงโทษด้วยการทุบตี เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าวต่อเด็กคนอื่น ๆ ได้ (Pantongruk, 2018) ดังนั้น ผู้ดูแลควรดูเด็กและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เด็กรู้สึกปลอดภัย ซึ่งจากการศึกษาของ ศุภร ธนะภาณุ, ปัทมาวดี เล่ห์มงคล, ชลาธิป สมาหิโต, และสมบูรณ์ ศิริสรรหิรัญ (Thanapanu, Lehmongkol, Samahiyo, & Sirisunhirun, 2021) กล่าวว่า สถานที่ดูแลเด็กเล็กจะต้องมีผู้รับผิดชอบในการจัดการความปลอดภัย ตรวจสอบสิ่งแวดล้อม และสิ่งของเครื่องใช้อาจมีบางส่วนที่ชำรุดเสียหาย เพื่อป้องกันอันตรายที่ส่งผลต่อเด็ก อีกทั้งการจัดสภาพแวดล้อมให้มีความปลอดภัยเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ผ่านกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้เด็กมีสุขภาพที่แข็งแรง และสามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัย

การให้โอกาสในการเรียนรู้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก เป็นพฤติกรรมของผู้ดูแลที่ทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ เป็นการเริ่มต้นด้านความคิด ซึ่งเด็กวัยนี้จะเริ่มเรียนรู้จากอะไรง่าย ๆ เล่นกับของใช้ที่มีอยู่ การสร้างแบบจำลองสถานการณ์เลียนแบบต่าง ๆ สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้เด็กเกิดการเรียนรู้วัตถุและสิ่งของต่าง ๆ รอบตัว (World Health Organization, United Nations Children's Fund & World Bank Group, 2018) นอกจากนี้ ผู้ดูแลเด็กต้องสามารถคัดกรองและประเมินพัฒนาการเด็กได้ทุกคนและทุกช่วงวัย โดยการประเมินพัฒนาการ 5 ด้าน คือ ด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ ด้านกล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา ด้านการเข้าใจภาษา ด้านการใช้ภาษา และด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม รวมทั้งมีการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของเด็กอย่างต่อเนื่อง (Phromreungrit, Sonkongdang, Chaisitsanguan, & Sirirat, 2019)

จากองค์ประกอบทั้งหมดของการดูแลแบบฟูมฟัก หากผู้ดูแลมีความรู้และสามารถให้การดูแลเด็กปฐมวัยได้อย่างครอบคลุมครบทุกด้านแล้ว จะส่งเสริมให้เด็กที่อยู่ในความดูแลมีสุขภาพที่ดีขึ้นทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ซึ่งเป็นการสนับสนุนให้เด็กมีพัฒนาการตามวัย ทั้งนี้เครื่องมือวัดที่พัฒนาขึ้นนี้เป็นเครื่องมือวัดการดูแลแบบฟูมฟัก อีกทั้งองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ทั้งหมดพบนัยสำคัญทางสถิติ จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการประเมินผู้ดูแลที่มีหน้าที่ดูแลเด็กปฐมวัย เพื่อให้ทราบถึงระดับการรับรู้การดูแลแบบฟูมฟักของตนเอง ทำให้เห็นถึงจุดแข็งและจุดที่ควรพัฒนา เพื่อส่งเสริมความสามารถและทักษะในการดูแลเด็กปฐมวัยให้มีประสิทธิภาพและครอบคลุมมากขึ้น โดยมีเป้าหมายที่สำคัญคือ ดูแลให้เด็กมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โมเดลองค์ประกอบการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็ก มีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่สนใจสามารถนำองค์ประกอบนี้ไปใช้ในการสร้างแบบประเมินสำหรับวัดพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก เพื่อให้ได้สารสนเทศของการดูแลสุขภาพเด็กให้ครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อนำไปใช้ในการวางแผน ส่งเสริม หรือพัฒนาแนวทางการอบรมหรือหลักสูตรให้ผู้ดูแลให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็ก เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุที่แท้จริง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์มากขึ้นก่อนที่จะนำมาพัฒนาเป็น

แนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพเด็กให้กับผู้ดูแล

2. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลแบบฟูมฟักกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ เช่น บิดามารดาของเด็ก หรือญาติที่ดูแลเด็ก เพื่อเปรียบเทียบว่ามีองค์ประกอบการดูแลแบบฟูมฟักแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3. ควรนำผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับการศึกษาวิจัยในแบบอื่นต่อไป เช่น การวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็ก การวิจัยและพัฒนาหลักสูตรการเสริมพลังการดูแลแบบฟูมฟักของผู้ดูแลเด็ก เป็นต้น

References

Araujo, M. C., Dormal, M., & Schady, N. (2019). Childcare quality and child development. *Journal of Human Resources, 54*(3), 656-682. doi:10.3368/jhr.54.3.0217.8572R1

Chewwattana, W., & Manipantee, S. (2016). Early childhood caring in the child care centers in the hospitals of Bangkok metropolitan administration. *Kuakarun Journal of Nursing, 23*(2), 51-68. (in Thai)

Chuetatsanaprasit, S. (2016). *The problems of child development center under the management of local government in Chonburi province* (Master's thesis, Burapa University). (in Thai) Retrieved from http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/57920572.pdf.

Department of Health. (2020). *Department of health annual report 2020.* Bangkok: Aksorn Graphic and design. (in Thai)

Department of Local Administration. (2016). *The standard of child development centers of department of local administration fiscal year 2016.* Bangkok: Department of local administration. (in Thai)

Helmerhorst, K. O., Riksen-Walraven, J. M. A., Fukkink, R. G., Tavecchio, L. W., & Deynoot-Schaub, M. J. G. (2017). Effects of the caregiver interaction profile training on caregiver–child interactions in Dutch child care centers: A randomized controlled trial. *Child Youth Care Forum, 46*(3), 413-436. doi.org/10.1007/s10566-016-9383-9

International Health Policy Program Foundation. (2014). *Food management and nutrition survey project in child development centers.* Bangkok. (in Thai)

Lorpoolkijsakul, P., Limpaseni, W., & Hemachusha, O. (2018). Management guidelines for early childhood centers in Bangkok: A case study of Din Daend district. In B. Suwit et al (Ed.). *Proceeding of Navamindradhiraj University Conference, Networking in the smart city: Collaboration of smart health and smart community.* Bangphlat, Bangkok. (in Thai)

Neuman, M. J., McConnell, C., & Kholowa, F. A. (2014). From early childhood development policy to sustainability: The fragility of community-based childcare services in Malawi. *International Journal of Early Childhood, 46*(1), 81-99. doi.org/10.1007/s13158-014-0101-1

Office of the Education Council. (2019). *National standard for early childhood development centres.* Bangkok: Prikwhan Graphic. (in Thai)

Özler, B., Fernald, L. C., Kariger, P., McConnell, C., Neuman, M., & Fraga, E. (2018). Combining preschool teacher training with parenting education: A cluster-randomized controlled trial. *Journal of Development Economics, 133*(1), 448-467. doi.org/10.1016/j.jdeveco.2018.04.004

Pantongruk, P. (2018). Enhancing the safety skills for preschoolers. *Journal of Humanities and Social Sciences Surin Rajabhat University, 20*(2), 323-338.

Phromreungrit, K., Sonkongdang, W., Chaisitsanguan, K., & Sirirat, N. (2019). Caregiving for early childhood in child development center: Role of caretaker. *Christian University Journal, 25*(2), 109-118. (in Thai)

Pinthong, T., Charoenbut, P., & Songserm, N. (2020). The effect of a food and nutrition management program for preschool children at child development center in Tumbol Rai Noi, Ubon Ratchathani Province. *Journal for Public Health Research, Ubon Ratchathani Rajabhat University, 9*(2), 137-147. (in Thai)

Royal Thai Government Gazette. (2018). National strategy (2018-2037). *Royal Thai Government Gazette, 135,* 8. (in Thai)

Richter, L. M. (2018). Supporting parents to provide nurturing care to young children. *Zero To Three, 38*(1), 10-16.

Siriumpunkul, P., & Keebang, J. (2021). Temperament and related factors in early childhood. *Journal of Mental Health of Thailand, 29*(1), 80-92. (in Thai)

Soper, D. (2021). *A-priori sample size calculator for Structural Equation Models.* Retrieved from https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=89

Tangchitcharoenkhul, R., Muangmoon, S., Kijtorntham, W., & Tangjitjaroenkun, J. (2016). *Research and development for desired competencies' early childhood teachers of the child development centers under local administrative organization corresponding the change in the 21st century education.* Suan Dusit University. doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail? (in Thai)

Thanapanu, S., Lehmongkol, P., Samahiyo, C., & Sirisunhirun, S. (2021). Safety management in private kindergarten schools in Pathumthani Province. *Interdisciplinary Studies Journal, 21*(1), 62-74. (in Thai)

The Capacity of a Community Treasures for Early Childhood Development (COAT). (2015). *Management.* Retrieved from https://coact.in.th/management/. (in Thai)

The Royal College of Pediatricians of Thailand. (2017). *Handbook for parents to child care and development kindergarten 3-6 years old.* Bangkok: The Royal College of Pediatricians of Thailand.

Tinanoff, N., Baez, R. J., Diaz Guillory, C., Donly, K. J., Feldens, C. A., McGrath, C., ... Songpaisan, Y. (2019). Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *International Journal of Paediatric Dentistry, 29*(3), 238-248. doi: http://doi.org/10.1111/ipd.12484

World Health Organization, United Nations Children's Fund & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential.* Geneva: World Health Organization.

ปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์: มุมมองพ่อแม่วัยแรงงานยุคไทยแลนด์ 4.0
Health Problems of School-aged Children that Access to Online Media: The Perspective of Working-age Parents in Thailand 4.0 Era

อัจฉริยา	วงษ์อินทร์จันทร์ *	Atchariya	Wonginchan *
จุฬาภรณ์	ตั้งภักดี **	Juraporn	Tangpukdee **
ศุภศักดิ์	วงษ์อินทร์จันทร์ ***	Suphasak	Wonginchan ***
สุรีพร	เกียรติวงศ์ครู ****	Sureeporn	Kearttiwongkru ****
สุจิตรา	คงกันกง *****	Sujitra	Khonggungong *****

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ในยุคไทยแลนด์ 4.0 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น เนื่องจากทุกภาคส่วนมุ่งเน้นขับเคลื่อนกิจกรรมด้วยนวัตกรรมมากขึ้น ทำให้พ่อแม่วัยแรงงานมุ่งทำงานมากและมีเวลาดูแลลูกในช่วงวัยเรียนน้อยลง วัตถุประสงค์การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์และมุมมองของพ่อแม่วัยแรงงาน เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 36 คน และประชุมกลุ่มย่อยกับตัวแทนผ่านออนไลน์พร้อมบันทึกเพื่อจัดทำข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการถอดความจากบทสัมภาษณ์ทำการสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ บริบทของพ่อแม่ในการดูแลมีความสำคัญและท้าท้าย ลักษณะการเข้าถึงสื่อออนไลน์ของเด็กวัยเรียน และปัญหาสุขภาพที่มีความแตกต่างในแต่ละด้าน

ผลการศึกษาพบว่าบริบทของพ่อแม่วัยแรงงานมีส่วนสำคัญทำให้เด็กวัยเรียนเข้าถึงสื่อออนไลน์มากขึ้น ความเป็นเจ้าของสมาร์ทโฟน และการใช้อินเทอร์เน็ตที่ไม่มีข้อจำกัดจะเพิ่มความสะดวกและคล่องตัวในการเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ต่อเนื่องเป็นเวลานาน และมุมมองพ่อแม่ให้ความสำคัญในการดูแลและป้องกัน เนื่องจากหากเกิดผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนด้านหนึ่งจะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพด้านอื่นตามมา อย่างไรหากไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเข้าถึงสื่อออนไลน์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้น การปรับเปลี่ยนลักษณะการเข้าถึงสื่อออนไลน์มีผลต่อการดูแลปัญหาสุขภาพได้

ประโยชน์ที่ได้ถ้าส่งเสริมให้เข้าถึงอย่างเหมาะสมจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่าการควบคุม ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพควรคำถึงบริบทของพ่อแม่ ประโยชน์การเข้าถึงสื่อออนไลน์ และผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทุกด้านเป็นสำคัญ

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน พ่อแม่วัยแรงงาน การเข้าถึงสื่อออนไลน์ ไทยแลนด์ 4.0

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น e-mail: watcha@kku.ac.th

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*** นายกสมาคมเคเบิลทีวีและโทรคมนาคมแห่งประเทศไทย กรุงเทพมหานคร

**** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข

***** พยาบาลวิชาชีพ คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วันที่รับบทความ 10 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 11 พฤศจิกายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 2 ธันวาคม 2564

Abstract

Health problems of school-aged children (SAC) who access online media in the Thailand 4.0 era are likely to increase as all sectors focus on driving more innovative activities. As a result, working-age parents (WAPs) focus more on work and less time to care for their children during school age. The objective of this qualitative research was to study the health problems of SAC with access to online media and the perspectives of WAPs. Collection data through in-depth interviews with 36 target groups, and a focus group with representatives via an online program with recordings for easy data curation. Analyze data by the transcribed interviews to synthesize three issues as follows. The parental context of care is important and challenging, how to access online media of SAC, and the health problems are different in each dimension.

The study found that the context of WAPs played an important role in making SAC more accessible to online media. Next, smartphone ownership and unrestricted Internet use by SAC will increase the convenience and flexibility of accessing online media for a long time. Lastly, parents' point of view is to focus more on care and prevention because if it affects the health problems of SAC on one dimension, it will affect other health problems. However, if access to online media tends to rise cannot be avoided, changes in online media access behavior can affect health care.

The benefit, if proper access is encouraged, would be a better choice than control. Those involved in the care and prevention of health problems should refer to the context of their parents, the benefits of accessing online media, and its impact on all aspects of health problems, of which these are important.

Keywords: Health problems of school-aged children, Working-aged parents, Online media access, Thailand 4.0

* Corresponding Author, Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University; e-mail: watcha@kku.ac.th
** Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University
*** President, Thailand Cable TV and Telecommunication Association, Bangkok, Thailand
**** Registered Nurse, National Institute of Child Health, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand
***** Registered Nurse, Faculty of Dentistry, Khon Kaen University

Received 10 October 2021; Revised 11 November 2021; Accepted 2 December 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเข้าถึงสื่อออนไลน์คือ การที่มีโอกาสใช้บริการโครงข่ายอินเทอร์เน็ตได้เมื่อต้องการเพื่อเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ (Mersereau, 2021) ยุคไทยแลนด์ 4.0 ภาครัฐมีการส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงอินเทอร์เน็ตให้ได้ร้อยละ 95 (National Statistics Office, 2016) ส่งผลให้ประชาชนมีแนวโน้มใช้อินเทอร์เน็ตมากขึ้นต่อเนื่องทุกปี การใช้งานปีพุทธศักราช 2563 มีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่าของปีพุทธศักราช 2556 โดยประชาชนใช้งานอินเทอร์เน็ตเฉลี่ย 11 ชั่วโมง 25 นาทีต่อวัน และกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี ใช้มากที่สุด เฉลี่ยประมาณ 12 ชั่วโมง 8 นาทีต่อวัน (Electronic Transactions Development Agency, 2020) ประชากรไทยมีการใช้อินเทอร์เน็ตมากถึงร้อยละ 83.6 ในปีพุทธศักราช 2564 (Internetworldstats, 2015) ก่อนหน้ามีการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือนพบว่าเด็กและเยาวชนอายุอยู่ระหว่าง 6-24 ปี มีการใช้งานประมาณ 16.8 ล้านคน และใช้เพื่อเข้าใช้งานอินเทอร์เน็ตมากถึงร้อยละ 79.91 ซึ่งมีการใช้อินเทอร์เน็ตผ่านโทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน (smartphone) มากถึงร้อยละ 19.6 เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ใช้วัย 75 ปีขึ้นไป (Research and Consultancy institute, 2019) นอกจากนี้มีการสำรวจพฤติกรรมของเด็กอายุระหว่าง 8-12 ปี ในปีพุทธศักราช 2561 พบว่าเด็กไทยใช้อินเทอร์เน็ต 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยโลกถึง 3 ชั่วโมง และใช้อินเทอร์เน็ตผ่านสมาร์ทโฟนสูงที่สุดร้อยละ 73 (Thai Health Promotion Foundation, 2018) ซึ่งปัจจุบันสมาร์ทโฟนเป็นอุปกรณ์ที่มีความสะดวกและคล่องตัวสูงที่คนส่วนใหญ่ใช้เพื่อเข้าถึงสื่อออนไลน์ประเภทความบันเทิงมากที่สุด เช่น การดูหนังฟังเพลงและเล่นเกม (Bonnaire, Phan, 2017)

กลุ่มเด็กวัยเรียนที่มีอายุอยู่ระหว่าง 6-12 ปี เป็นช่วงวัยที่กำลังเจริญลังเติบโต มีพัฒนาการเร็วทั้งด้านสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา มีความรู้สึกอยากรู้อยากเห็น ชอบท้าทายและชอบเรียนรู้กับสิ่งแปลกใหม่ สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ติดต่อกันได้เป็นเวลานาน (Danylenko et al. 2021) ซึ่งพฤติกรรมเกิดจากการเรียนรู้ของเด็กวัยเรียนจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวเด็กวัยเรียนกับสิ่งแวดล้อม โดยที่สื่อออนไลน์เป็นสิ่งแวดล้อมหรือตัวแบบที่ไม่มีชีวิตที่สามารถดึงดูดความสนใจได้ สอดคล้องกับกระบวนการดึงดูดความสนใจ (attentional process) ของทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning Theory) ของแบนดูราที่บอกว่ากิจกรรมการเรียนรู้ที่เด็กสังเกตตัวแบบ แล้วตัวแบบนั้นจะดึงดูดให้เด็กสนใจเลียนแบบได้ (Almeida, 2014) แต่การเข้าถึงสื่อออนไลน์ที่มากเกินไปก็มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพได้ ข้อมูลปีพุทธศักราช 2561พบว่าเด็กไทยมีโอกาสเสี่ยงภัยจากออนไลน์มากถึงร้อยละ 60 เมื่อเปรียบเทียบกับค่าเฉลี่ยทั่วโลกอยู่ที่ร้อยละ 56 (Thai Health Promotion Foundation, 2018) ซึ่งพฤติกรรมที่สามารถบ่งชี้ได้ว่าติดออนไลน์ ได้แก่ มีความต้องการอยากใช้ออนไลน์อยู่ตลอดเวลา อยู่นิ่งเฉยได้ไม่นานทั้งที่ไม่ว่างแต่ก็พยายามเข้าใช้งาน บางครั้งไม่มีความจำเป็นต้องเข้าถึงสื่อออนไลน์แต่เมื่อรับรู้ว่าไม่มีสัญญาณการให้บริการอินเทอร์เน็ตจะเกิดอาการหงุดหงิด ซึมเศร้าหรือโมโหร้ายทันที (Tapruk et al., 2014)

ปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนอายุ 6-12 ปี จากการศึกษาในยุคสวีเดน 4.0 เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพโดยทั่วไป การเจ็บป่วยระยะยาวและคุณลักษณะทางสังคมไม่ได้มีความแตกต่างในกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุระหว่าง 7-15 ปี (Lindvall et al., 2021) แต่การศึกษาประเมินปัญหาสุขภาพภายในโรงเรียนในประเทศอังกฤษของเด็กวัยเรียนกลุ่มนี้จะเน้นให้ความสำคัญด้านการเปลี่ยนแปลงทางสังคม อารมณ์และสุขภาพจิต (McDonald et al., 2019) และในประเทศไทยมีการศึกษาการประเมินสุขภาพเด็กวัยเรียนภาวะน้ำหนักเกินพบว่าจะส่งผลต่อพัฒนาการด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และสังคม (Yodpanan et al., 2020) ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าการเข้าถึงสื่อออนไลน์ของเด็กวัยเรียนเมื่อเกิดผลกระทบต่อสุขภาพด้านหนึ่ง มีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพในด้านอื่นได้

การเข้าถึงสื่อออนไลน์สามารถส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนได้หลายด้าน ได้แก่ ด้านสังคม เด็กวัยเรียนจะชอบอยู่คนเดียวทำให้ขาดทักษะการติดต่อสื่อสารหรือขาดความมั่นใจในการพบผู้คน ไม่อยากพูดคุยกับใครแต่ให้ความสนใจหน้าจอออนไลน์มากกว่า ส่งผลให้มีโอกาสถูกแยกออกจากสังคมได้ง่าย และผลกระทบต่อสติปัญญาเริ่มจากไม่อดทนต่อการรอคอย มีพฤติกรรมรีบร้อน เบื่อง่าย ขาดความรับผิดชอบ และสุดท้ายขาดสมาธิในเรียนรู้ (Ying et al., 2021) ผลกระทบต่ออารมณ์มีโอกาสเป็นโรคซึมเศร้าได้ หงุดหงิดง่าย โมโหเร็วหรือเป็นโรควิตกกังวลได้ บางคนเกิดความกลัวจากภาพจินตนาการตามเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมกับช่วงวัยที่ได้รับรู้มา (Wonginchan et al., 2021) ซึ่งความกลัวและความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ทางด้านลบทำให้เกิดความเครียด ซึ่งประสบการณ์เช่นนี้ถือว่าเป็นภัยคุกคามที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเองได้ (Reynolds et al., 2015) และผลกระทบต่อร่างกาย เช่น มีปัญหาเรื่องดวงตาเนื่องจากการเข้าถึงสื่อออนไลน์ผ่านหน้าจอจะทำให้รู้สึกเพลิดเพลินจนเวลาผ่านไปเร็วมาก มีหลายคนลืมสังเกตว่าตนเองกระพริบตาน้อยครั้งกว่าปกติมาก ทั้งที่ดวงตามีความต้องการการกระพริบตาที่บ่อยเพื่อรักษาความชุ่มชื้นของดวงตาตลอดเวลา ผลที่ตามมาคืออาการตาแห้ง ตาอักเสบและตาเสื่อมลงเร็วกว่าปกติ ทำให้เกิดรอยคล้ำรอบดวงตา มีรอยบวมเห็นเป็นถุงใต้ตา มีอาการเมื่อยล้าของกล้ามเนื้อดวงตาส่งผลให้ปวดกระบอกตาและปวดศีรษะ (Kim et al., 2008) ส่วนอื่นส่งผลต่ออาการปวดกล้ามเนื้อใบหน้า หลัง ไหล่ แขนข้อมือ เกิดภาวะอ้วนได้ง่าย และการพักผ่อนและนอนหลับไม่มีประสิทธิภาพที่ดี (Ercan et al., 2021) หากเด็กวัยเรียนไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อาจทำให้ผลกระทบมีระดับความรุนแรงมากขึ้น การดูแลรักษาในภายหลังอาจมีความยุ่งยากซับซ้อนที่มากขึ้นได้ (Eriksen et al., 2021)

พ่อแม่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยแรงงานที่มีความจำเป็นออกทำงานนอกบ้านเพื่อการหารายได้ให้เพียงพอต่อรายจ่ายที่เพิ่มสูงขึ้นในสภาพการแข่งขันทางเศรษฐกิจยุคไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งทุกภาคส่วนมุ่งเน้นขับเคลื่อนด้วยนวัตกรรมมากขึ้น แข่งขันมากขึ้นส่งผลให้พ่อแม่วัยแรงงานทุ่มเททำงานมากขึ้น (National Science and Technology Development Agency, 2016) ทำให้มีเวลาดูแลเด็กวัยเรียนน้อยลงหรือไม่ได้ดูแลเลย ซึ่งหากเป็นเช่นนี้จะส่งผลกระทบทางลบต่อเด็กวัยเรียนมากขึ้น (Phillips et al., 2021) ขณะเดียวกันพ่อแม่สามารถใช้ประโยชน์จากสื่อออนไลน์เป็นเครื่องมือในการติดตามและสนับสนุนการดูแลเด็กวัยเรียนได้ เช่น สังคมออนไลน์เองสามารถให้บริการดูแลได้หลายด้าน ได้แก่ การให้คำปรึกษาการเรียนรู้ การมีกิจกรรมกลุ่มร่วมกับเด็กวัยเรียน โปรแกรมติดตามกิจกรรมที่เด็กวัยเรียนสนใจ เป็นต้น (Alshakhs & Alanzi, 2018) อย่างไรก็ตามพ่อแม่ถือเป็นบุคคลสำคัญที่เด็กวัยเรียนให้ความเคารพและเชื่อฟังมากที่สุด จึงควรให้คำแนะนำป้องกันและดูแลปัญหาสุขภาพจากการเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ดีที่สุด

แนวทางที่พ่อแม่ควรดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียน ได้แก่ 1) ตกลงระยะเวลาใช้งานที่เหมาะสมร่วมกัน ควรมีการหยุดพัก 5-10 นาที ในทุก 1-2 ชั่วโมง โดยการลุกขึ้นยืน หลับตาหรือมองไปที่ระยะไกลมีต้นไม้สีเขียว บริหารดวงตาด้วยการกลอกตาเป็นวงกลม 5-6 รอบ ใช้นิ้วนางแตะหัวตาแต่ละข้าง คลึง กดจุด 1-2 วินาที เพื่อการผ่อนคลายดวงตา 2) ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ ด้วยการกำมือและคลายมือ นวดไหล่และต้นคอ ยืดแขนและลุกขึ้นยืนขยับตัวเป็นระยะ ๆ และ 3) ควรทำความสะอาดอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรคที่เป็นสาเหตุของโรคภูมิแพ้ (Somdee et al., 2017) และ 4) การสร้างการมีส่วนร่วมและเพิ่มประสิทธิภาพความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว หรือการแก้ปัญหาเฉพาะบุคคลและรับคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ (Lo et al., 2021) นอกจากนี้ควรทำข้อตกลงและกำหนดระยะเวลาร่วมกันในการใช้งาน มีการกำหนดเนื้อหาในการเลือกรับชมให้เหมาะสมตามวัย หลีกเลี่ยงสื่อที่มีความเสี่ยงต่อความรุนแรงและน่ากลัว และควรแสดงความชื่นชมเมื่อเด็กควบคุมตนเอง

ได้ตามที่ตกลง หรือควรหาโอกาสร่วมรับชมไปพร้อมกัน จะได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีและใช้โอกาสในการแนะนำเนื้อหาที่ไม่เหมาะสมได้ทันที (Wonginchan, 2018) ในบางครั้งหากอธิบายด้วยเหตุผลแล้วไม่เชื่อฟังพ่อแม่ควรกำหนดมาตรการอย่างอื่นเพิ่มขึ้น เช่น ตั้งเวลาปิดเปิดบริการอินเทอร์เน็ต หรือกำหนดเวลาจัดเก็บเครื่องมือสื่อสารบางครั้งติดตั้งเครื่องมือในการติดตามและตรวจสอบพฤติกรรม เนื่องจากเทคโนโลยีและนวัตกรรมในยุคไทยแลนด์ 4.0 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว

ผลกระทบทางด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ในกลุ่มที่มีการใช้อินเทอร์เน็ตมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน เฉลี่ย 3 วันต่อสัปดาห์ สามารถเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกลุ่มที่ไม่ใช้ได้ (Cohen & Olsen, 2013) และการเข้าถึงสื่อออนไลน์ที่ไม่เหมาะสมเพียงเล็กน้อยถือเป็นการส่งสัญญาณเริ่มต้นทีมีผลกระทบรุนแรงต่อปัญหาสุขภาพได้ (Kim et al., 2008) โดยเฉพาะในยุคไทยแลนด์ 4.0 ที่พ่อแม่วัยแรงงานมีอายุอยู่ระหว่าง 20-59 ปี เป็นกลุ่มใหญ่ทีมีโอกาสใช้อินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการปฏิบัติงาน ซึ่งทำให้ลูกที่อยู่ในช่วงวัยเรียนมีความง่ายและสะดวกสำหรับการเข้าถึงสื่อออนไลน์ ผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนกลุ่มนี้จะมากและมีความซับซ้อนมากขึ้น จึงเป็นความท้าทายของพ่อแม่วัยแรงงานที่ต้องทำงานในสถานการณ์ที่มีการแข่งขันเพิ่มสูงขึ้น ขณะเดียวกันมีหน้าที่ดูแลและป้องกันภัยคุกคามจากสื่อออนไลน์ที่มากขึ้นเช่นกัน ดังนั้นมุมมองแนวทางการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนของพ่อแม่วัยแรงงานควรจะเป็นอย่างไรในขณะที่เด็กวัยเรียนกลุ่มนี้ควรจะได้รับการส่งเสริมพัฒนาการในทุกด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์

2. เพื่อศึกษามุมมองของพ่อแม่วัยแรงงานยุคไทยแลนด์ 4.0 ในการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพของเด็กเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พิจารณาจาก 2 แนวคิด ประกอบด้วยแนวคิดการเข้าถึงสื่อออนไลน์ที่เน้นการเข้าถึงคือการที่เด็กวัยเรียนมีโอกาสใช้บริการโครงข่ายอินเทอร์เน็ตเมื่อมีความต้องการใช้เพื่อเข้าถึงสื่อออนไลน์ (Mersereau, 2021) และแนวคิดการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic health) ที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยในทุกมิติที่มีผลกระทบต่อการเจ็บป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสติปัญญา (Michaelson et al., 2019) เป็นแนวทางในการศึกษาเพราะเชื่อว่าผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเข้าถึงสื่อออนไลน์ในด้านหนึ่ง จะส่งสามารถส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพด้านอื่นหรือหลายด้านพร้อมกันได้ แต่ถ้าหากได้รับการดูแลและป้องกันอย่างเหมาะสมตามช่วงเวลาที่พอเหมาะจะช่วยให้เด็กวัยเรียนมีความเข้มแข็งของสุขภาพองค์รวมได้ (George et al., 2020)

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยในเชิงคุณภาพ ซึ่งถือเป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ของพ่อแม่วัยแรงงานในยุคไทยแลนด์ 4.0 ช่วงระยะเวลาทำการศึกษา 3 เดือน เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) ได้แก่ พ่อแม่วัยแรงงานหรือบุคคลอื่นที่ทำหน้าที่พ่อแม่วัยแรงงานของเด็กวัยเรียนในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ 1) เป็นพ่อแม่วัยแรงงานของเด็กวัยเรียน อายุระหว่าง 6 - 12 ปี และกำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นประถมศึกษาที่ 1 - 6 ที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา โดยใช้งานมากกว่า 1 ชั่วโมงต่อวัน และเฉลี่ย 3 วันต่อสัปดาห์ 2) พ่อแม่วัยแรงงานมีอายุอยู่ระหว่าง 20 -59 ปี และ 3) สามารถสื่อสารโดยใช้ภาษาไทยหรือท้องถิ่นได้ ซึ่งการ

สัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายครั้งนี้ ดำเนินจนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัวเป็นจำนวน 36 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลครอบคลุมมากที่สุด เนื่องจากไม่ได้กำหนดโครงสร้างข้อมูลไว้แบบแน่นอนตายตัว จึงใช้ตัวผู้วิจัยที่มีความรู้ความเข้าใจในรายละเอียดของงานเป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ และได้กำหนดประเด็นเป็นแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีเนื้อหาประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลบริบทของผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ พ่อแม่วัยแรงงานของเด็กวัยเรียน 2) แบบบันทึกลักษณะการเข้าถึงสื่อออนไลน์ของเด็กวัยเรียน 2) แบบบันทึกปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ตามมุมมองของพ่อแม่วัยแรงงาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็น 1 วัตถุประสงค์ในโครงการวิจัยเรื่องการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ของพ่อแม่วัยแรงงานในยุคไทยแลนด์ 4.0 ซึ่งได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่จริยธรรมหมายเลข HE632159 ลงวันที่ 18 กันยายน 2563 ภายหลังได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้ทำการนัดหมายและเข้าพบกลุ่มเป้าหมายที่เป็นไปตามเกณฑ์ ทำการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์โดยตรงที่กลุ่มเป้าหมายจะได้รับในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ เบื้องต้นดำเนินการขอให้ลงชื่อเข้าร่วมโครงการตามแบบยินยอมอาสาสมัคร หลังจากนั้นแจ้งขั้นตอนการปฏิบัติตัว และขออนุญาตในการจดบันทึกพร้อมทั้งบันทึกภาพและเสียงด้วยโทรศัพท์มือถือขณะสัมภาษณ์ ระยะเวลาโดยประมาณที่ใช้ แจ้งการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รวมถึงการทำลายไฟล์ภาพและเสียงหลังสิ้นสุดการวิจัย ในการรายงานผลจะไม่มีการระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัยเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น และกลุ่มเป้าหมายสามารถถอนตัวจากการศึกษาครั้งนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าหากไม่สบายใจหรือมีเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บข้อมูลการวิจัยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. หลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยทำการเลือกติดต่อประสานงานกลุ่มเป้าหมายตามที่สะดวกผ่านทางโทรศัพท์หรือแอพพลิเคชั่นไลน์ (line) เพื่อขออนุญาตให้เข้าร่วมโครงการวิจัยโดยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล เมื่อได้รับอนุญาตจากกลุ่มเป้าหมายแล้ว ผู้วิจัยทำการนัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัยให้ได้ตามวัน เวลา และสถานที่ตามที่กำหนดเพื่อทำการสัมภาษณ์

2. ทีมผู้วิจัยซักซ้อมความเข้าใจระหว่างกันเองในการเก็บข้อมูล วิธีการจดบันทึกข้อมูล แบ่งบทบาทหน้าที่ของแต่ละคนเพื่อไม่เกิดความซ้ำซ้อนในการดำเนินการ เตรียมแนวข้อคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ เตรียมขั้นตอนและวิธีการรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบวัสดุอุปกรณ์และสถานที่สำหรับการสัมภาษณ์ให้มีความพร้อม

3. ก่อนเริ่มการสัมภาษณ์ มีการแนะนำตัวทีมผู้วิจัยจำนวน 2-3 คน เพื่อแบ่งหน้าที่ในการช่วยกันสัมภาษณ์และจดบันทึกข้อมูลหรือบันทึกเสียง แจ้งวัตถุประสงค์พร้อมรายละเอียดการวิจัย อธิบายประโยชน์สำหรับผู้เข้าร่วมพร้อมการพิทักษ์สิทธิ์

4. บันทึกเสียงระหว่างการดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาเฉลี่ย 40-60 นาทีต่อคน ขณะสัมภาษณ์ได้ทำการสังเกตและจดบันทึกสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้อง ลักษณะท่าทาง การแสดงออกทางสีหน้าและน้ำเสียง รวมถึงพฤติกรรมของผู้ให้ข้อมูลขณะตอบคำถามจากการสัมภาษณ์

5. เลือกและเชิญตัวแทนบางคนจำนวน 6 คน เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยผ่านออนไลน์ เพื่อเสนอแนะและหาข้อสรุปในแต่ละประเด็นเพิ่มเติม และขออนุญาตบันทึกภาพและเสียงสำหรับนำไปวิเคราะห์ผลต่อไป

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

เพื่อความถูกต้องและเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของข้อมูลทำการตรวจสอบข้อมูลจากหลายวิธีการเก็บข้อมูล

(methodological triangulation) เปรียบเทียบข้อมูลระหว่างการถอดความจากบทสัมภาษณ์เชิงลึกกับข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อยตัวแทนพ่อแม่ผ่านออนไลน์ และจากแหล่งข้อมูลอื่นที่ได้รับอนุญาตจากพ่อแม่ของเด็กวัยเรียน ได้แก่ จากสมุดหรือเอกสารจดบันทึกรายงานผลการเรียน สมุดการบ้าน หรือผลงานอื่นๆ เพื่อประกอบพิจารณาตรวจสอบความตรงของข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ นอกจากนี้ยังเปรียบเทียบข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์และสังเกตระหว่างทีมวิจัยกันเอง (researcher triangulation) เพื่อหาข้อสรุปความน่าเชื่อถือของข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการประชุมกลุ่มย่อยถูกนำมาถอดความเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นเนื้อหาเน้นสรุปตามความหมาย ตีความตามมุมมองของพ่อแม่วัยแรงงาน เพิ่มการอธิบายขยายความให้ชัดเจนตามบริบทของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Creswell et al., 2007) เช่น เปรียบเทียบข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลกับข้อมูลที่ได้จากการประชุมกลุ่มย่อยของตัวแทนพ่อแม่เด็กวัยเรียน หรือเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ระหว่างทีมนักวิจัยด้วยกันเพื่อหาข้อสรุปที่ดีที่สุด ทำการวิเคราะห์แต่ละประเด็นตามกรอบแนวคิดการวิจัย เช่น การเข้าถึงสื่อออนไลน์คือโอกาสที่ช่วยให้สามารถใช้บริการสื่อออนไลน์ได้เมื่อต้องการและเปรียบเทียบโอกาสของเด็กวัยเรียนแต่ละคนในการเข้าถึงสื่อออนไลน์มีมากน้อยต่างกันอย่างไร หรือเปรียบเทียบเหตุการณ์ผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจากการเข้าถึงสื่อออนไลน์ของเด็กวัยเรียนแต่ละคนเหมือนหรือแตกต่างอย่างไรเพื่อหาข้อสรุป เป็นต้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่วัยแรงงาน

ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่วัยแรงงานที่เป็นกลุ่มเป้าหมายจำนวน 36 คน พบว่าบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับเด็กวัยเรียนส่วนมากเป็นแม่ถึงร้อยละ 55.56 มีอายุส่วนมากอยู่ระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพของครอบครัวในการเลี้ยงดูเป็นพ่อแม่อยู่ด้วยกันกันมากถึงร้อยละ 66.67 และพ่อแม่แยกกันอยู่หรือไม่มีพ่อแม่ดูแลมีร้อยละ 33.33 ระดับการศึกษาของพ่อแม่ตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีร้อยละ 52.78 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพที่มีรายได้ประจำ ได้แก่ รับราชการและรับจ้างโดยแต่ละอาชีพพบร้อยละ 33.33 และครอบครัวส่วนมากมีลูกวัยเรียนจำนวน 1 คนคิดเป็นร้อยละ 91.67 ดังแสดงรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของพ่อแม่วัยแรงงาน (n = 36)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ความสัมพันธ์กับเด็กวัยเรียน		
แม่	20	55.56
พ่อ	8	22.22
บุคคลอื่นทำหน้าที่พ่อแม่	8	22.22
อายุผู้ดูแล		
20-40 ปี	14	38.89
41-50 ปี	18	50.00
51-60 ปี	4	11.11

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพสมรส		
พ่อแม่อยู่ด้วยกัน	24	66.67
พ่อแม่แยกกันอยู่	8	22.22
อื่น ๆ	4	11.11
ระดับการศึกษาของบิดามารดา		
ไม่เกินมัธยมศึกษาตอนต้น	10	27.78
มัธยมศึกษาปลายถึงอนุปริญญา	7	19.44
ปริญญาตรีขึ้นไป	19	52.78
อาชีพ		
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	12	33.33
รับจ้าง	12	33.33
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	7	19.45
เกษตรกรและอื่น ๆ	5	13.89
จำนวนเด็กวัยเรียนในครอบครัว		
1 คน	33	91.67
2 คน ขึ้นไป	3	8.33

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะของเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ พบว่า เด็กวัยเรียนมีความเป็นเจ้าของโทรศัพท์มือเองมากถึงร้อยละ 61.11 ประเภทอินเทอร์เน็ตที่เด็กนิยมใช้มากที่สุดเป็นแบบประจำที่บ้าน มีร้อยละ 44.44 ระยะเวลาใช้สื่อออนไลน์เฉลี่ยต่อวันมากกว่า 1 ชั่วโมง มีมากถึงร้อยละ 88.89 และใช้สำหรับกิจกรรมความบันเทิงมากที่สุด เช่น ดูหนังฟังเพลง เล่นเกม ร้อยละ 66.67 รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละลักษณะการเข้าถึงสื่อออนไลน์ของเด็กวัยเรียน (n = 36)

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ความเป็นเจ้าของโทรศัพท์มือถือ		
เป็นเจ้าของ	22	61.11
ไม่ใช่เจ้าของ	14	38.89
ประเภทอินเทอร์เน็ตที่ใช้		
โทรศัพท์เติมเงิน	7	19.45
โทรศัพท์รายเดือน	13	36.11
อินเทอร์เน็ตประจำที่บ้าน (broadband)	16	44.44
ระยะเวลาใช้สื่อออนไลน์ (ต่อวัน)		
ไม่เกิน 1 ชั่วโมง	4	11.11
1-3 ชั่วโมง	19	52.78
มากกว่า 3 ชั่วโมง	13	36.11

พฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
กิจกรรมมากที่สุดสำหรับใช้สื่อออนไลน์		
ดูหนังฟังเพลง ความบันเทิง	15	41.67
เล่นเกม	9	25.00
เพื่อค้นคว้าข้อมูลเกี่ยวกับการเรียน	9	25.00
เพื่อการสื่อสาร (Social network)	3	8.33

ส่วนที่ 3 มุมมองของพ่อแม่วัยแรงงานต่อปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์

การสะท้อนมุมมองของพ่อแม่วัยแรงงานยุคไทยแลนด์ 4.0 กับปัญหาของสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ ยกตัวอย่างคุณแม่อายุ 56 ปี มีลูกชายอายุ 12 ปี เรียนชั้นประถมศึกษา 6 ให้สัมภาษณ์การดูแลลูกขณะที่ต้องไปปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการป้องกันโรคระบาดโควิด-19 ในวันหยุดราชการว่า

"...ไม่ได้หยุดต้องไปทำงานฉีดวัคซีนโควิด-19... เลยให้พ่อดูแลลูก พ่อปวดหัวเข้าสู่วัยทองลูกเข้าสู่วัยรุ่น เอาแต่ลูกไปฝากเล่นบ้านเพื่อน ถูกใจมันมากเล่นเกมทั้งวันจนปวดตา..."

ตามที่กล่าวมามีความเกี่ยวข้องหลากหลายเงื่อนไข ได้แก่

1. การเข้าถึงสื่อออนไลน์ของเด็กวัยเรียนคือโอกาสที่สามารถทำให้สามารถเข้าถึงบริการสื่อออนไลน์ได้ในเกณฑ์ปกติ เช่น พ่อแม่ที่มีอุปกรณ์การสื่อสารที่ทันสมัยและฟังก์ชั่นการทำงานที่หลากหลาย พ่อแม่ที่ไม่มีเวลาดูแลลูก มีที่พักอาศัยในเขตเทศบาล และมีความจำเป็นต้องทำงานผ่านออนไลน์ จะสร้างโอกาสให้เด็กวัยเรียนกลุ่มนี้เข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ง่ายและสะดวกขึ้น

2. ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีปัญหาต่อสุขภาพในด้านใดด้านหนึ่งหรือในทุกด้าน ถือเป็นปัญหาที่ได้รับผลกระทบจากการเริ่มต้นของการเข้าถึงสื่อออนไลน์ที่ควรได้รับการแก้ปัญหา

3. มุมมองการดูแลสุขภาพคือการให้ความสนใจกับปัญหาสุขภาพในทุกด้านหรือด้านใดด้านหนึ่งที่ได้รับผลกระทบ หรือคาดว่าจะได้รับผลกระทบหากไม่มีการดูแลและป้องกันอย่างเหมาะสม

รายละเอียดเพิ่มเติมสามารถสรุปได้ตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 สรุปมุมมองของพ่อแม่วัยแรงงานต่อปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์

ประเด็น	สรุปมุมมอง
1. การเข้าถึงสื่อออนไลน์	1. พ่อแม่ที่มีการศึกษาดี รายได้สูง จะมีอุปกรณ์การสื่อสารที่ทันสมัยและฟังก์ชั่นการทำงานที่หลากหลายส่งผลให้ ลูกมีความคล่องตัวในการเข้าถึงออนไลน์ได้ 2. พ่อแม่ทำงาน ไม่ค่อยมีเวลาร่วมกิจกรรมกับลูก มีโอกาสที่ลูกเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้มากกว่า 3. เด็กที่อยู่ในเขตเทศบาลที่โครงสร้างพื้นฐานการให้บริการสัญญาณอินเทอร์เน็ตดีกว่าจะมีความคล่องตัวในการเข้าถึงออนไลน์ได้มากกว่า 4. สมาชิกในบ้านทำงานผ่านออนไลน์มาก เด็กวัยเรียนมีโอกาสเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้มากกว่า
2. ความจำเป็นของการใช้ออนไลน์	1. ยุคไทยแลนด์ 4.0 หลายคนทำงานผ่านออนไลน์แข่งกับเวลามากขึ้น 2. สังคมการสื่อสารเปลี่ยนเป็นสังคมออนไลน์มากขึ้น

ประเด็น	สรุปมุมมอง
	3. ในช่วงที่มีโรคระบาด เช่น โควิด-19 คนส่วนใหญ่จำเป็นต้องทำงานผ่านออนไลน์ (work from home) 4. ค่านิยมของสังคมมีผลต่อความจำเป็นของการเข้าถึงออนไลน์มากขึ้น
3. ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น	1. ด้านร่างกาย ได้แก่ เจ็บแสบสายตา ตาเริ่มพล่ามัวอยากใส่แว่น คล้ายมีปัญหาเรื่องสายตา ปวดท้องเพราะกินข้าวน้อยและไม่ตรงเวลา ในบางครั้งอดข้าวเพราะไม่อยากหยุดเล่น บางคนมีอาการภูมิแพ้อากาศในระดับรุนแรงมากขึ้น เพราะให้ความใส่ใจดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องน้อยกว่าสนใจดูออนไลน์ 2. ด้านจิตใจ เป็นเด็กอารมณ์ร้อนหงุดหงิดง่าย โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง มีบุคลิกลุกลี้ลุกลน ทำอะไรก็รีบร้อน บางคนหวาดกลัวสิ่งรอบข้างที่คนส่วนใหญ่ไม่กลัวได้ง่าย 3. ด้านสังคม ไม่ค่อยอยากออกนอกบ้าน หลีกเลี่ยงการพูดคุยกับบุคคลอื่น พูดคุยเร็ว สื่อสารเข้าใจได้ยากขึ้น ยุ่งอยู่กับการใช้อินเทอร์เน็ต 4. ด้านการเรียนรู้ ใส่ใจการเรียนน้อยลง ไม่ค่อยมีสมาธิในการเรียนรู้ ไปรับรู้เนื้อหาที่ไม่เหมาะสมกับวัย เกิดการลอกเลียนแบบและแสดงออกไม่เหมาะสม
4. การแก้ปัญหาในการเข้าถึงออนไลน์	1. ตกลงกติกาการใช้ออนไลน์กัน พูดคุยและตกลงระยะเวลาในการใช้งาน ให้ขออนุญาตในการเข้าถึงสื่อที่ห้ามหรือไม่เหมาะสม เพื่อร่วมติดตามอย่างใกล้ชิด 2. ตรวจสอบเนื้อหาให้เหมาะสมสำหรับเด็ก ให้เวลาใกล้ชิดมากขึ้น มีวิธีสอนโดยไม่เกิดการต่อต้านจากเด็ก 3. พูดคุย ขอความร่วมมือ พาไปทำกิจกรรมนอกบ้าน หรือกระตุ้นให้ลูกได้เล่า ได้บอกกล่าวถึงผลกระทบที่คุกคามต่อสุขภาพ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจอย่างทันท่วงที 4. ติดตั้งโปรแกรมประยุกต์ (Application) ในการติดตามและตรวจสอบ 5. บางครั้งพ่อแม่ก็เก็บเครื่องมือสื่อสารไว้ที่ทำงาน เพื่อตัดปัญหาไม่มีใช้งานที่บ้านหรือตั้งเวลาปิดเปิดบริการอินเทอร์เน็ตหากอธิบายด้วยเหตุผลแล้วไม่เชื่อฟัง
5. การดูแลปัญหาสุขภาพ	1. ด้านร่างกาย ควรป้องกันด้วยการแนะนำ หรือทำข้อตกลงในการใช้ และใส่ใจความเรียบร้อยของอุปกรณ์อย่างสม่ำเสมอ หากเกิดผลกระทบต่อร่างกายควรรีบดูแลและฟื้นฟูทันที และประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง 2. ด้านจิตใจ ให้การเอาใจใส่ ตรวจสอบทั้งเนื้อหาและระยะเวลาการใช้งาน หากได้รับผลกระทบควรรีบเยียวยามากกว่ากล่าวโทษ และประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง 3. ด้านสังคม ส่งเสริมให้รักตัวเอง ให้เห็นความสำคัญของตนเอง บอกกล่าวสมาชิกในครอบครัวให้ช่วยกันดูแลและให้กำลังใจ ให้การสนับสนุนมากกว่าตำหนิ ส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนจากสังคมเพื่อน สังคมที่โรงเรียนและชุมชน 4. ด้านสติปัญญา ส่งเสริมให้มีกิจกรรมมากขึ้น ลดเวลาการใช้สื่อออนไลน์ หากิจกรรมที่สนุกทำเน้นเรื่องสมาธิและน่าสนใจมากขึ้น ติดตาม ตรวจสอบ ประเมินผลพัฒนาการเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอเพื่อแก้ไขและป้องกันได้ทันท่วงที

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า พ่อแม่วัยแรงงานที่มีลูกในวัยเรียนส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 31-50 ปี (Generation X) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่อยู่ระหว่างกลุ่มกลางของวัยแรงงานทั้งประเทศมากถึงร้อยละ 67 ที่มีอายุระหว่าง 15-59 ปี เมื่อพิจารณาจากช่วงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีความรับผิดชอบสูงทั้งต่อหน้าที่การงานและความรับผิดชอบต่อการเลี้ยงดูลูก เป็นกลุ่มที่กำลังสร้างเนื้อสร้างตัวแต่ต้องปรับตัวเรียนรู้การเปลี่ยนแปลงเทคโนโลยีและนวัตกรรมเป็นอย่างมาก ซึ่งขณะเดียวกันก็มีหน้าที่ต้องรับผิดชอบและดูแลลูกในช่วงวัยเรียน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสได้รับผลกระทบจากการเข้าถึงสื่อออนไลน์มากที่สุด (Dick, 2019) แต่จากการศึกษาพบว่าพ่อแม่วัยแรงงานกลุ่มนี้มีเวลาน้อยหรือแทบไม่มีเวลาในการร่วมกิจกรรมกับลูกในช่วงวัยเรียน หากพ่อแม่ต้องปฏิบัติงานวันหยุดราชการเด็กวัยเรียนกลุ่มนี้จะไปเรียนพิเศษหรือบางส่วนอยู่บ้านตามลำพัง ทั้งที่เด็กวัยนี้มีการเปลี่ยนแปลงและความต้องการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมเป็นอย่างมาก หากเป็นเช่นนี้โอกาสที่เด็กวัยเรียนจะหันไปพึ่งพาสิ่งที่สามารถชดเชยความเหงาได้คือการเข้าถึงสื่อออนไลน์จึงมากตามไปด้วย เมื่อขาดการดูแลที่เหมาะสมความซับซ้อนในการดูแลของพ่อแม่วัยแรงงานกลุ่มนี้จะซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้น (Lopez-Fernandez, 2021)

ผลการวิจัยพิจารณาตามตารางที่ 2 จึงมีความจำเป็นที่พ่อแม่วัยแรงงานควรให้ความใส่ใจในการควบคุมปริมาณการใช้สื่อออนไลน์ให้เหมาะสมแต่ละรายบุคคล การที่เด็กมีความเป็นเจ้าของโทรศัพท์มือถือและใช้อินเทอร์เน็ตประเภทประจำที่ (broadband internet) ซึ่งจะมีความคล่องตัวสูง ใช้งานได้ไม่จำกัดปริมาณ จะเพิ่มโอกาสให้สามารถเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ง่ายและตลอดเวลา ยากที่จะควบคุมเนื้อหาและปริมาณการใช้งานได้ ด้วยคุณลักษณะของเด็กวัยนี้ที่ชอบเรียนรู้สิ่งแปลกใหม่ ชอบท้าทายจะสามารถนั่งอยู่หน้าจอได้นาน สื่อออนไลน์ทำให้รู้สึกเพลิดเพลิน ทำให้อยากใช้ได้ติดต่อกันเป็นระยะเวลานานอย่างต่อเนื่อง โอกาสส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ เช่น ทำให้ปวดตา ปวดกล้ามเนื้อ พักผ่อนน้อยหรือกินอาหารไม่ตรงเวลาทำให้สุขภาพร่างกายถดถอยได้ (Ercan et al., 2021) นอกจากนี้จะมีปัญหาในการควบคุมตนเอง มีพฤติกรรมรีบร้อน หงุดหงิดง่าย โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเองเมื่อมีอะไรมารบกวน มีบุคลิกลุกลี้ลุกลน หวาดกลัวง่าย ทำให้เกิดความบกพร่องในการทำงานได้ ขาดความรับผิดชอบ เสียสมาธิและใส่ใจการเรียนน้อยลง สุดท้ายจะถูกกีดกันและแยกออกจากสังคมได้ง่าย (Aydemir et al., 2021)

มุมมองพ่อแม่ในการดูแลปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนผลการวิจัยพบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นใกล้เคียงกันว่าควรต้องมีข้อตกลง กำหนดกติกาในการใช้ร่วมกัน ให้คำแนะนำอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากพ่อแม่ถือเป็นบุคคลที่เด็กให้ความไว้วางใจและเชื่อฟังมากที่สุด (Wakimizu et al., 2017) การดูแลสุขภาพควรต้องดูแลให้ครอบคลุมในทุกมิติ เพราะผลกระทบที่เกิดจากด้านหนึ่งอาจส่งผลกระทบต่อด้านอื่นตามมา เช่น มีปัญหาด้านร่างกายแล้วอาจส่งกระทบต่อจิตใจ ขาดสมาธิในการเรียนรู้ ขาดความรับผิดชอบในการช่วยเหลืองานกลุ่มสุดท้ายเกิดอาการเครียดได้ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมตามช่วงเวลาอาจมีระดับความรุนแรงของปัญหามากขึ้นจนเจ็บป่วยเป็นโรควิตกกังวลได้ เป็นต้น (Cordier et al., 2021)

การสร้างเสริมสุขภาพเด็กเป็นบทบาทที่สำคัญสำหรับพยาบาลเด็ก หากทราบถึงสาเหตุและปัญหาของสุขภาพเด็กวัยเรียนจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลสามารถป้องกันภาวะความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ และสามารถนำสู่แนวทางในการแก้ปัญหาภาวะสุขภาพเด็กโดยการจัดการกับสาเหตุของปัญหาได้ ซึ่งความรู้นี้เป็นศาสตร์ทางการพยาบาลที่สามารถอธิบายความเชื่อมโยงบุคคลที่เป็นเด็กวัยเรียนกับสิ่งแวดล้อมที่สัมผัสในยุคปัจจุบัน คือ สื่อออนไลน์ที่แพร่หลายนำไปสู่ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นได้ทั้งด้านสุขภาพร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา ดังนั้นพยาบาลเด็กซึ่งเป็นผู้ที่เข้าใจถึงความเชื่อมโยงนี้จะสามารถนำความรู้ใหม่นี้สำหรับการวิเคราะห์เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสมให้มีความ

สอดคล้องกับยุคปัจจุบัน (Yoo et al., 2020) ซึ่งผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงคือพ่อแม่วัยแรงงานเพราะเป็นกลุ่มที่มีหน้าที่ในการทำงานมาก เกิดระยะห่างความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่และเด็กวัยเรียน มีผลทำให้เข้าถึงสื่อออนไลน์ที่มีไม่เหมาะสมได้ ส่งผลเสียต่อปัญหาสุขภาพเด็กวัยเรียนและอาจมีผลต่อความผาสุกในครอบครัวได้

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการส่งเสริมให้พ่อแม่วัยแรงงานโดยทั่วไปได้รับรู้และเข้าใจถึงปัญหาและการดูแลสุขภาพเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ ใช้เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและส่งเสริมให้มีความเหมาะสมเป็นรายบุคคล เพื่อป้องกันผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อสุขภาพของเด็กวัยเรียนหรือปัญหาอื่น ๆ ภายในครอบครัวและสังคมได้

2. บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น พยาบาลผู้ดูแลสุขภาพเด็กที่เจ็บป่วยจากการเข้าถึงสื่อออนไลน์ได้ ควรพิจารณาถึงสาเหตุการเข้าถึงสื่อออนไลน์และมุมมองในการดูแลของพ่อแม่ประกอบด้วย

3. ควรส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนได้รับรู้และเข้าใจถึงผลกระทบและความรุนแรงที่เกิดจากการเข้าถึงสื่อออนไลน์ที่ไม่เหมาะสมส่งผลต่อปัญหาสุขภาพในทุกมิติ และส่งเสริมแนวทางการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพให้กับตนเองให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำผลการศึกษาที่ได้ไปศึกษาเชิงปริมาณเพิ่มเติม เพื่ออธิบายขยายความให้ชัดเจนมากขึ้นจากเงื่อนไขที่ได้จากมุมมองการดูแลของพ่อแม่วัยแรงงานต่อปัญหาสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์

2. ควรศึกษาแนวทางการดูแลและป้องกันปัญหาสุขภาพองค์รวมของเด็กวัยเรียนที่เข้าถึงสื่อออนไลน์ของพ่อแม่วัยแรงงานในยุคไทยแลนด์ 4.0 ประกอบด้วย ร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา เพื่อประโยชน์ต่อส่วนรวมมากขึ้นทั้งในเชิงวิชาการและเชิงปฏิบัติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทีมงานวิจัย กลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูลทุกคน และขอคุณคณะกรรมการพิจารณาให้ทุนอุดหนุนจากศูนย์วิจัยและฝึกอบรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนวัยแรงงาน และฝ่ายวิจัยและบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น

References

Almeida, F. (2014). Thorstein veblen and albert bandura: A modern psychological reading of the conspicuous consumer. *Journal of Economic, 48*(1), 109-122. doi.org/10.2753/JEI0021-3624480105

Alshakhs, F., & Alanzi, T. (2018). The evolving role of social media in health-care delivery: Measuring the perception of health-care professionals in Eastern Saudi Arabia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 11,* 473-479. doi.org/10.2147/JMDH.S171538

Aydemir, H., Cinar, M., & Karali, Y. (2021). Analysis of internet addiction levels of primary school, secondary school and high school senior students. *International Online Journal of Educational Sciences, 13*(4), 1152-1178. doi.org/10.15345/iojes.2021.04.014

Bonnaire, C, & Phan, O. (2017). Relationships between parental attitudes, family functioning and internet gaming disorder in adolescents attending school. *Psychiatry Research, 255*(1), 104-10.

Cohen, J. F. & Olsen, K. (2013). The impacts of complementary information technology resources on the service-profit chain and competitive performance of South African hospitality firms. *International Journal of Hospitality Management, 34,* 245-254.

Cordier, R., Speyer, R., Mahoney, N., Arnesen, A., Heidi Mjelve, L., & Nyborg, G. (2021). Effects of interventions for social anxiety and shyness in school-aged children: A systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science, 16*(7), 1-42. doi.org/10.1371/journal.pone.0254117

Creswell, J. W., Hanson, W. E., Plano Clark, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *Counseling Psychologist, 35*(2), 236-264. doi.org/10.1177/0011000006287390

Danylenko, M., Cherniakova, M., Merkulova, V., & Avdiievska, H. (2021). The impact of summer holidays on the physical development of school-age children. *Medicni perspektivi, 26*(2), 147-52. doi.org/10.26641/2307-0404.2021.2.234661

Dick, S. D. (2019). Generational similarities in work values of generations X, Y and Z. *Journal of Human Resource Management, 221*(2), 10-27. Retrieved from https://lopes.idm.oclc.org/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.3948df29a866494cbdd5a5b0d2ab3695&site=eds-live&scope=site

Electronic Transactions Development Agency. (2020). *Thailand Internet user behavior 2020.* Retrieved from http://www.etda.or.th/th/newsevents/pr-news/ETDA-released-IUB-2020.aspx

Ercan, S., Acar, H. T., Arslan, E., Canbulut, A., Oğul, A., & Çetin, C. (2021). Effect of internet addiction on sleep quality, physical activity and cognitive status among university students. *Journal of Turkish Sleep Medicine, 8*(1), 49-56. doi.org/10.4274/jtsm.galenos.2021.96158

Eriksen, C. M., Kujabi, M. L., Kanu, A. S., & Gulis, G. (2021). Health perceptions in relation to child health and mortality in a rural context, Sierra Leone: A mixed method study. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(1), 1-14. doi.org/10.3390/ijerph18010308

George, R. J., Menon, S. A., Sahu, C., Patel, H., Thakur, N., & Sam, S. T. (2020). Level of holistic health & wellness and its percieved influencing factors among baccalaureate nursing students: A mixed approach. *International Journal of Nursing Education, 12*(3), 35-42. doi.org/10.37506/ijone.v12i3.9718

Kim, E. J., Namkoong, K., Ku, T., & Kim, S. J. (2008). The relationship between online game addiction and aggression, self- control and narcissistic personality traits. *European Psychiatry, 23*(3), 212-18.

Lindvall, K., Vaezghasemi, M., Feldman, I., Ivarsson, A., Stevens, K. J., & Petersen, S. (2021). Feasibility, reliability and validity of the health-related quality of life instrument child health utility 9D (CHU9D) among school-aged children and adolescents in Sweden. *Health and Quality of Life Outcomes, 19*(1), 1-13. doi.org/10.1186/s12955-021-01830-9

Lo, C. K. M., Yu, L., Cho, Y. W., & Chan, K. L. (2021). A qualitative study of practitioners' views on family involvement in treatment process of adolescent internet addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(1), 1-12. doi.org/10.3390/ijerph18010086

Lopez-Fernandez, O. (2021). Emerging health and education issues related to internet technologies and addictive problems. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(1), 1-19. doi.org/10.3390/ijerph18010321

McDonald, A., Holttum, S., & Drey, N. S. J. (2019). Primary-school-based art therapy: Exploratory study of changes in children's social, emotional and mental health. *International Journal of Art Therapy: Inscape, 24*(3), 125-138. doi.org/10.1080/17454832.2019.1634115

Mersereau, M. (2021). Universal and non-excludable broadband internet access: A modest proposal for municipal provisioning of broadband as a basic service. *Canadian Journal of Urban Research, 30*(1), 30-39.

Michaelson, V., Pickett, W., & Davison, C. (2019). The history and promise of holism in health promotion. *Health Promotion International, 34*(4), 824-832. doi.org/10.1093/heapro/day039

National Science and Technology Development Agency. (2016). *Thailand 4.0 blueprints to drive Thailand to sustainable and sustainable wealth.* Retrieved from https://www.nstda.or.th/th/aboutus-nstda

National Statistics Office. (2016). The 2016 *household survey on the use of information and communication technology.* Economic and Social Statistics Bureau, National Statistical Office. Bangkok: Thailand. (in Thai)

Phillips, B. E., Theeke, L. A., & Sarosi, K. M. (2021). Relationship between negative emotions and perceived support among parents of hospitalized, critically ill children. *International Journal of Nursing Sciences, 8*(1), 15–21. doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.10.001

Research and Consultancy institute. (2019). *A complete study report: Project to explore behavior and trends of thai media consumption.* Bangkok: Thammasat university. (in Thai)

Reynolds, G., Field, A. P., Askew, C. (2015). Preventing the development of observationally learnt fears in children by devaluing the model's negative response. *Journal of Abnormal Child Psychology, 43*(7), 1355-67. doi: 10.1007/s10802-015-0004-0

Somdee, P., Pongjaturawi, Y., Chaimongkol, N. (2017). Factors related to preventive behavior of rhinitis symptom among school-age children. *The Public Health Journal of Burapha University, 12*(1), 43-53. (in Thai).

Tapruk, K., Ho, P., Sawadsutha, P. (2014). *Interesting topic: Internet gaming disorder. Department of Psychiatry Ramathibodi Hospital.* Retrieved from http://www.med.mahidol. ac.th. (in Thai)

Thai Health Promotion Foundation. (2018). *The survey found that Thai children are addicted to the internet higher than the world average.* Retrieved from https://www.thaihealth.or.th/Content/41463

Wakimizu, R., Yamaguchi, K., & Fujioka, H. (2017). Family empowerment and quality of life of parents raising children with developmental disabilities in 78 Japanese families. *International Journal of Nursing Sciences, 4*(1), 38-45. doi.org/10.1016/j.ijnss.2016.12.004

Wonginchan, A. (2018). Fear of school-age children with online media in Thailand 4.0. *Journal of Nursing Science & Health, 41*(4), 145-54. (in Thai)

Wonginchan, A., Thanatteerakul, C., Suearam, K., Thepha, T., Sungworawongpana, T. (2021). The school-age children with fears and phobias. *Journal of Nursing Science & Health, 44*(2), 11-23. (in Thai)

Ying, C. Y., Maria Awaluddin, S., Kuay, L. K., Man, C. S., Baharudin, A., Yn, L. M., ...& Ibrahim, N. (2021). Association of internet addiction with adolescents' lifestyle: A national school-based survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(1), 1-13. doi.org/10.3390/ijerph18010168

Yodpanan, C., Buddhirakkul, P., Aungwattana, S. (2020). Effects of a community participatory health promotion program on food consumption and exercise behaviors among overweight students. *Nursing journal, 47*(2), 75-84. (in Thai)

Yoo, S. Y., Cho, H., Kim, Y. Y., & Park, J. H. (2020). Levels of partnership between nurses and parents of hospitalized children and the quality of pediatric nursing care as perceived by nurses. *Child Health Nursing Research, 26*(1), 64-71. doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.64

ผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก*
Effect of Social Support on Stress Among First-time Fathers*

กาญจนา	ไชยตีฆะ **	Karnjana	Chaiteeka **
พรรณพิไล	ศรีอาภรณ์ ***	Punpilai	Sriarporn ***
จิราวรรณ	ดีเหลือ ****	Jirawan	Deeluea ****

บทคัดย่อ

บิดาที่มีบุตรคนแรกต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น มีการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในการทำบทบาทหน้าที่การเป็นบิดา การช่วยเหลือดูแลภรรยา และบุตร ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรกระหว่างกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาที่มีบุตรคนแรก จำนวน 52 ราย ที่ภรรยาและบุตรเข้ารับบริการในแผนกสูติกรรมหลังคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2564 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 26 ราย ซึ่งกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรก คู่มือการสนับสนุนทางสังคม แบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ และแบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10: PSS-10) ฉบับภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติทดสอบฟิชเชอร์เอ็กแซค สถิติแมนวิทนีย์ยู และสถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรกที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติต่ำกว่าบิดาที่มีบุตรคนแรกที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่า พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมไปประยุกต์ใช้ในการให้การพยาบาลบิดาที่มีบุตรคนแรกเพื่อป้องกันและบรรเทาความเครียดในระยะหลังภรรยาคลอด

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม ความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก บิดาที่มีบุตรคนแรก

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: karnjana.nimarangkul@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 25 สิงหาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 17 กันยายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 กันยายน 2564

Abstract

First-time fathers may be confronted with new situations, such as adaptation to paternal roles and taking care of their wives and babies, which may result in stress. This quasi-experimental research aimed to compare stress in first-time fathers between a control group and an experimental group. The samples consisted of 52 first-time fathers whose wives and children received services at the obstetrics postpartum ward, Health Promotion Center Region 1, Chiang Mai from March to July 2021. They were selected according to inclusion criteria and divided into control and experimental groups, with twenty-six in each group. The control group received routine postpartum care, whereas the experimental group received both a Social Support Program and routine postpartum care. The research instruments included the Social Support Program for first-time fathers, the Social Support Manual, the Telephone Collaboration with Line Application Follow-up Recording Form and the Perceived Stress Scale-10 (PSS-10) Thai Version (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010). Data were analyzed by descriptive statistics, Chi-square test, Fisher's exact test, Mann–Whitney U test and independent t-test.

The research findings revealed that stress in first-time fathers who received the Social Support Program and routine postpartum care were significantly lower than those first-time fathers who received routine postpartum care ($p < .001$).

Results from this study suggest that nurse-midwives can apply the Social Support Program for first-time fathers to prevent and relieve stress during the postpartum period of their wives.

Keywords: Social Support, Stress in first-time fathers, First-time fathers

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: karnjana.nimarangkul@gmail.com
*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
**** Assistance Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 25 August 2021; Revised 17 September 2021; Accepted 27 September 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในช่วงเวลาภายหลังภรรยาคลอดบุตร บิดาที่มีบุตรคนแรกต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญของชีวิต (Palkovitz, 2007) ผู้เป็นบิดาพบกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ (Bartlett, 2004; Cooper, 2005) โดยเฉพาะบิดาที่มีบุตรคนแรกที่ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน ต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงจากการปรับตัวต่อบทบาทหน้าที่ของสามีสู่การเป็นบิดา การทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือดูแลภรรยา และบุตร รวมถึงบทบาทหน้าที่ตามความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว และบุคคลอื่นๆ ในสังคม (Ganapathy, 2016) ส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดความวิตกกังวล ความรู้สึกไม่แน่นอน และความเครียด (Sansiriphun, Baosuang, Klunklin, Kantaruksa, & Liamtrirat, 2014)

ภายหลังบุตรเกิด ความเครียดที่เกิดขึ้นในบิดาที่มีบุตรคนแรกส่งผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านครอบครัว ผลกระทบด้านร่างกายพบว่าบิดามีอาการอ่อนเพลีย ปัญหาการนอนหลับ อาการปวดศีรษะ เหงื่อออกง่ายกว่าปกติ น้ำหนักลด คลื่นไส้อาเจียน และปัญหาด้านการขับถ่าย (Genesoni & Tallandini, 2009) อีกทั้งยังส่งผลกระทบด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ขาดสมาธิ ตัดสินใจไม่ได้ หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย คับข้องใจ ขาดความภาคภูมิใจ และนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (Mao, Zhu, & Su, 2011) ในขณะเดียวกันหากบิดามีความเครียดจะส่งผลกระทบต่อครอบครัวทางลบ ได้แก่ ความสัมพันธ์และความพึงพอใจของคู่สมรสลดน้อยลง (Lu, 2006; Kamalifard, Hasanpoor, Kheiroddin, Panahi, & Payan, 2014)

ผู้เป็นบิดาที่มีความเครียดเกิดขึ้นมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย โดยปัจจัยส่วนบุคคลของบิดาพบว่า บิดาที่มีอายุน้อย หรือบิดาวัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดในระยะหลังภรรยาคลอดได้มากกว่าผู้เป็นบิดาในวัยผู้ใหญ่เนื่องจากบิดาวัยรุ่นขาดความพร้อมทางด้านวุฒิภาวะทางอารมณ์ เมื่อต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงหลังคลอด (Lu, 2006) นอกจากนี้การเป็นบิดาเลี้ยงเดี่ยวหรือหย่าร้างส่งผลให้มีความเครียดในระดับที่สูงกว่าเนื่องจากขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด (DeGarmo, Patras, & Eap, 2008) หากบิดามีปัญหาสุขภาพร่างกาย และสุขภาพจิตส่งผลให้ไม่สามารถจัดการความเครียดได้ ยิ่งส่งผลต่อระดับความเครียดที่เพิ่มมากขึ้น (Johnson & Baker, 2004) รวมทั้งปัญหาด้านภาระค่าใช้จ่าย และเศรษฐกิจของครอบครัว ทำให้ผู้เป็นบิดาต้องรับภาระ และความกดดันมากยิ่งขึ้น (Pollock, Amankwaa, & Amankwaa, 2005) ผู้เป็นบิดาที่มีระดับการศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษาจะขาดความรู้ในการดูแลตนเอง และไม่ทราบวิธีการในการปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาหรือสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้บิดาเกิดการรับรู้ภาวะเครียดจากความไม่พร้อมทางด้านการศึกษา (Widarsson et al., 2013) ส่วนปัจจัยด้านครอบครัวพบว่า หากสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์ที่ไม่ดี มีการทะเลาะเบาะแว้งกันเกิดขึ้น จะส่งผลต่อความเครียดของบิดาได้ (Yu, McElory, Bullock, & Everett, 2011)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความเครียดของบิดา (Gao, Chan, & Mao, 2009) หากผู้เป็นบิดาได้รับการสนับสนุนจากภรรยา บุคคลในครอบครัว รวมถึงบุคลากรทีมสุขภาพจะส่งผลทำให้เกิดความเครียดลดลง (Prompeng, 2018) นอกจากนี้หากผู้เป็นบิดามีความขัดแย้งเกิดขึ้นในการดำรงบทบาทของตนจะส่งผลให้ผู้เป็นบิดาเกิดความเครียดได้ (Yu et al., 2011) และปัจจัยด้านบุตร พบว่าในระยะหลังจากภรรยาคลอดบุตร หากบุตรมีความผิดปกติ หรือมีภาวะเจ็บป่วยเกิดขึ้น จะยิ่งส่งผลให้บิดาต้องเผชิญกับความกดดัน รู้สึกขาดความสามารถ และความมั่นใจในการดูแลบุตร ส่งผลให้เกิดความเครียดได้ (Yu et al., 2011)

จากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเครียดของบิดาดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะของพยาบาลผดุงครรภ์ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและสนับสนุนบิดาที่มีบุตรคนแรก จึงมีความสนใจปัจจัยการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็น

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ทำให้บิดาสามารถปรับเปลี่ยนบทบาทตนเอง ให้มีความพร้อมในการเป็นบิดาได้ดีขึ้น (Prompeng, 2018) จากการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจเกี่ยวกับการรับรู้ประสบการณ์ของบิดาที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังบุตรเกิดของกานาพาธี (Ganapathy, 2016) พบว่าบิดาที่มีบุตรคนแรกต้องการการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จากภรรยาและครอบครัว รวมถึงบุคคลในสังคม อีกทั้งยังต้องการการสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลผดุงครรภ์ ในการดูแลและความช่วยเหลือการสนับสนุนทางด้านข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่การเป็นบิดา ช่วยให้ก้าวผ่านสู่การเป็นบิดาได้อย่างมั่นใจ (Premberg, Carlsson, Hellström, & Berg, 2011)

การสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) หมายถึงการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ทำให้เกิดความรักใคร่ผูกพัน ความห่วงใย การดูแลและคอยให้ความช่วยเหลือเพื่อให้บุคคลผู้นั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรม หรือกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้ตามความต้องการ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งองค์ประกอบออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร รวมถึงการชี้แนะ การให้คำปรึกษา 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนทางสังคมถือเป็นการช่วยเหลือที่ผู้เป็นบิดาได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม การสนับสนุนที่ได้รับนี้มาจากแหล่งสนับสนุนที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น ๆ โดยเฉพาะบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด และมีความสำคัญในสถานการณ์ต่าง ๆ เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้บุคคลนั้นมีการรับรู้เหตุการณ์ การปรับตัว และมีกลไกการเผชิญปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ทั้งนี้การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดของบิดายังไม่พบการศึกษาในประเทศไทย มีเพียงการศึกษาในต่างประเทศ และพบว่ายังมีการศึกษาค่อนข้างน้อย จากการศึกษาของเดการ์โมและคณะ (DeGarmo et al., 2008) ที่ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มบิดาเลี้ยงเดี่ยว หรือหย่าร้าง ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีผลในการบรรเทาความเครียดจากเปลี่ยนแปลงบทบาทสู่การเป็นบิดา และความขัดแย้งในการเลี้ยงดูบุตร ซึ่งในงานวิจัยดังกล่าวมุ่งเน้นเฉพาะการเลี้ยงดูบุตร โดยให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเพียงอย่างเดียว ยังไม่ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ และมีข้อจำกัดในบริบทที่ทำการศึกษาเฉพาะกลุ่มบิดาเลี้ยงเดี่ยวเท่านั้น นอกจากนี้ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดบุตรต่อความเครียดจากการเลี้ยงดูบุตรในผู้เป็นบิดาครั้งแรก โดยให้การสนับสนุนเฉพาะทางด้านข้อมูลโดยพยาบาลผดุงครรภ์ ผลการวิจัยพบว่าระดับความเครียดของบิดาที่ระยะ 3 เดือนหลังภรรยาคลอดในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเตรียมความพร้อมสำหรับการคลอดบุตรร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของบิดาในด้านอารมณ์ความรู้สึก รวมไปถึงข้อมูลที่บิดาได้รับไม่ครอบคลุมถึงช่วงระยะหลังภรรยาคลอด (Bergström, Kieler, & Waldenström, 2009)

ปัจจุบันมีการพัฒนาทางด้านเทคโนโลยี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการสื่อสารที่มีความทันสมัย และตอบสนองความต้องการในการติดต่อระหว่างกันผ่านสื่อสังคมออนไลน์ โดยกระทำผ่านโปรแกรมในโทรศัพท์มือถือที่เรียกว่า แอปพลิเคชัน (mobile application) จากการที่เทคโนโลยีสารสนเทศได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการใช้ชีวิตของประชาชน และช่วยในการดูแลสุขภาพ (Paoin, 2017) ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการสื่อสารเพื่อดูแลรักษาระหว่างประชาชน และบุคลากรทีมสุขภาพ ส่งผลให้เกิดการสร้างความรู้ ความเข้าใจ และเปิดช่องทางสื่อสารได้มากขึ้น รวมทั้งเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลได้มากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงใช้แอปพลิเคชันไลน์ เป็นสื่อ

กลางในการให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้เป็นบิดาในด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านการประเมินค่า และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ทำให้สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้เป็นบิดาได้สะดวก รวดเร็ว และต่อเนื่องโดยไม่จำกัดเฉพาะการดูแลขณะที่อยู่โรงพยาบาล และระยะเวลาในการสื่อสาร (Aiyakorn, 2015) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก โดยนำแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่ครอบคลุมต่อความต้องการของบิดา และเหมาะสมกับบริบทบิดาที่มีบุตรคนแรก โดยคาดว่าผลจากการศึกษานี้จะทำให้ผู้เป็นบิดามีความรู้และทักษะในการดูแลภรรยาและบุตรภายหลังภรรยาคลอด สามารถบรรเทาและจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น มีความมั่นใจในบทบาทการเป็นบิดา มีความรู้สึก และอารมณ์ที่มั่นคง มีการรับรู้ถึงแหล่งประโยชน์ที่ตนจะใช้ในการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ สามารถเผชิญ และปรับตัวกับบทบาทหน้าที่การเป็นบิดาได้อย่างสมบูรณ์ และทำให้ผู้เป็นบิดามีสุขภาพจิตที่ดี ช่วยป้องกันและบรรเทาความเครียดในระยะหลังภรรยาคลอดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองเพื่อศึกษาผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรก โดยใช้กรอบแนวคิดความเครียดของลาซาลัส และโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยบิดาที่มีบุตรคนแรกต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่การเป็นบิดา การช่วยเหลือดูแลภรรยาและบุตร ส่งผลให้เกิดความเครียด ส่วนการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรก เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ความรู้สึก โดยการสร้างสัมพันธภาพ การใช้คำพูดปลอบโยน ให้กำลังใจ 2) การสนับสนุนด้านการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทบิดา การดูแลมารดาหลังคลอด และบุตร 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร โดยจัดทำคู่มือการสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้เป็นบิดา และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการกล่าวชมเชยให้การรับรองเห็นพ้อง ทั้งนี้กิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่พัฒนาขึ้นมีบทบาทช่วยให้บิดาที่มีบุตรคนแรกเกิดการรับรู้ว่าเป็นผู้ที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือสนับสนุน และลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความสบายใจ อบอุ่นใจ และมีกำลังใจ รวมถึงการประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงลดลง ทำให้บิดาสามารถเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นบิดาได้อย่างเข้มแข็ง มีสภาวะอารมณ์ที่มั่นคง มีความมั่นใจในการทำหน้าที่บิดา อาจส่งผลให้ความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรกลดลง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลหลังการทดลอง (two-group posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดาที่มีบุตรคนแรก ที่ภรรยาและบุตรอยู่ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ถึง 4 สัปดาห์หลังคลอด กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาที่มีบุตรคนแรกที่ภรรยาและบุตรเข้ารับบริการในแผนกสูติกรรมหลังคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และอยู่ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ถึง 4 สัปดาห์หลังคลอด ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ.2564 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุ 20 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ร่วมกับภรรยา 2) สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว 3) สื่อสารภาษาไทยได้ 4) เข้าร่วมกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมได้ 5) มีโทรศัพท์ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 6) ไม่ได้มีภาวะมีบุตรยาก 7) ภรรยาคลอดปกติทางช่องคลอดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด 8) บุตรปกติคลอดครบกำหนดและไม่มีภาวะแทรกซ้อนภายหลังคลอด 9) สามารถมาเยี่ยมและดูแลภรรยาได้ในเวลาที่โรงพยาบาลกำหนด 10) มีคะแนนตามแบบวัดความรู้สึกเครียด PSS-10 ในระดับปานกลางขึ้นไป (มากกว่าและเท่ากับ 14 คะแนน) โดยวัดหลังจากภรรยาคลอดไม่เกิน 24 ชั่วโมง 11) ยินดีและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์ในการคัดออกจากการวิจัยได้แก่ 1) บิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ครบตามแผนการวิจัย 2) ผู้วิจัยไม่สามารถโทรศัพท์หรือติดต่อแจ้งบิดา และบิดาไม่มีการติดต่อกลับหรือแสดงว่าตนได้รับ/ไม่ได้รับโทรศัพท์เป็นจำนวน 3 ครั้ง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการเปิดตารางอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) .80 และขนาดอิทธิพลระดับกลาง (medium effect size) ที่ .50 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองกลุ่มละ 22 ราย (Burns & Grove, 2009) และเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการศึกษาร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 ราย รวมทั้งหมด 52 ราย ทั้งนี้เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลวิจัยได้มีการคัดเลือกเข้ากลุ่มโดยทำการศึกษาในกลุ่มควบคุมให้ครบก่อนแล้วจึงศึกษาในกลุ่มทดลอง และในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจะมีการแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการตัดสินใจ โดยผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการจับคู่ให้กลุ่มตัวอย่างมีลักษณะเหมือนหรือใกล้เคียงกัน (paired matching) ดังนี้ 1) ระดับคะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและสูง 2) ลักษณะครอบครัวเดี่ยวและขยาย 3) ความเพียงพอของรายได้อยู่ในระดับเพียงพอและไม่เพียงพอ 4) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา และ 5) อายุอยู่ในช่วง 20-30 ปี อายุมากกว่า 30 ปี และอายุมากกว่า 35 ปี เพื่อให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยครบทุกระยะกลุ่มละ 26 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ประกอบการวิจัยครั้งนี้มี 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรก ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) และจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อให้มีความเหมาะสมกับผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังภรรยาคลอด ประกอบไปด้วย การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ 2) การสนับสนุนด้านทรัพยากร 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และ 4) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า สำหรับคู่มือการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรก ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากเนื้อหาความรู้จากเอกสารต่างๆ เพื่อใช้ประกอบการให้ความรู้ตามการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรก และมอบให้บิดาไปศึกษาเพิ่มเติมด้วยตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ทั้งเป็นรูปเล่มที่จัดทำขึ้น และ ไฟล์เอกสารออนไลน์จากคิวอาร์โค้ด และแบบบันทึกการติดตามทางโทรศัพท์

ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการติดตามประเมินผล และกำหนดแนวทางคำถามติดตามบิดาในวันที่ 7, 14, 21 และ 28 วันหลังจากภรรยาคลอดบุตร ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามแต่ละครั้งประมาณ 15 ถึง 30 นาที โดยมีลักษณะเป็นตารางบันทึกการนัดหมายของบิดา แนวคำถามในการติดตามบิดา ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยในด้านความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรกและคู่มือการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรก โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้กับบิดาที่มีบุตรคนแรกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย และปรับปรุงให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปในการวิจัย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาที่มีบุตรคนแรก มีข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว การวางแผนการมีบุตร อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน และความเพียงพอของรายได้ และเบอร์โทรศัพท์ และแบบวัดความรู้สึกเครียด (Perceived Stress Scale-10: PSS-10) ของ โคเฮน, คามาร์ก, และ เมอเมลสตีน (Cohen, Karmarck, & Mermelstein, 1983) ฉบับภาษาไทยโดย ณหทัย วงศ์ปการันย์ และ ทินกร วงศ์ปการันย์ (Wongpakaran & Wongpakaran, 2010) ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความรู้สึกใน 1 เดือนที่ผ่านมา มีจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 (ไม่เคย) ถึง 4 (บ่อยมาก) คะแนน ผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับบิดาที่มีบุตรคนแรกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย ที่ภรรยาและบุตรเข้ารับบริการในแผนกสูติกรรมหลังคลอดของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 005/2021) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ (เลขที่ 7/2564) ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของข้อมูลวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มควบคุม ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังภรรยาคลอด ช่วงเวลาที่บิดามาดูแลมารดาได้ตามที่โรงพยาบาลกำหนด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มควบคุมจากแฟ้มประวัติ และการสัมภาษณ์ แนะนำการใช้แอปพลิเคชันไลน์ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติตลอดระยะเวลาที่มาดูแลมารดาที่แผนกสูติกรรมหลังคลอด และติดตามประเมินความเครียดของบิดาที่ระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด โดยส่งแบบประเมินให้กลุ่มควบคุมผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งภายหลังจากการสิ้นสุดการศึกษาในระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอด ผู้วิจัยดำเนินการมอบคู่มือการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรกให้กับบิดาในกลุ่มควบคุมเพื่อเป็นประโยชน์พร้อมทั้งอธิบายถึงรายละเอียดการใช้คู่มือ

กลุ่มทดลอง ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังภรรยาคลอด ช่วงเวลาที่บิดามาดูแลมารดาได้ตามที่โรงพยาบาลกำหนด ผู้วิจัยบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลเช่นเดียวกับกลุ่มควบคุม และดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลองทั้งหมด 6 ครั้ง โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมขณะที่บิดามาดูแลมารดาที่โรงพยาบาล กิจกรรมครั้งที่ 3 ถึง 6 เป็นกิจกรรมเมื่อกลุ่มทดลองกลับไปอยู่ที่บ้าน รายละเอียดกิจกรรมมีดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังภรรยาคลอด ผู้วิจัยดำเนินการสอนทั้งรายบุคคลและ/

หรือรายกลุ่ม ใช้เวลาประมาณ 60 นาที โดยให้การสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับบิดา และครอบครัว เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และความไว้วางใจจากบิดา รวมถึงเปิดโอกาสให้บิดาได้พูดคุยระบายความรู้สึก และความต้องการการช่วยเหลือ 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และจิตใจของบิดา ความเครียดของบิดา การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจของมารดาหลังคลอด การดูแลมารดาหลังคลอดในด้านการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การมีเพศสัมพันธ์ การวางแผนครอบครัว และอาการผิดปกติที่มารดาหลังคลอดควรมาพบแพทย์ การเลี้ยงดูบุตรด้วยนมมารดา และการจัดท่าให้บุตรดูดนมมารดา โดยการสอน และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้บิดาซักถาม 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า ผู้วิจัยกล่าวชมเชยเมื่อบิดาสามารถบอก หรือปฏิบัติได้ถูกต้อง ให้กำลังใจหรือเสริมแรงทางบวก ปรับเปลี่ยนมุมมอง หรือวิธีคิดของบิดา ทั้งนี้เพื่อให้บิดาเข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น รู้สึกเข้าใจ และมั่นใจในการแสดงบทบาทบิดา

กิจกรรมครั้งที่ 2 ในระยะ 48 ชั่วโมงหลังภรรยาคลอด ใช้เวลาประมาณ 45 - 60 นาที โดยให้การสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยพูดคุยทักทายบิดาเพื่อทำการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บิดากลุ่มทดลองเกิดความไว้วางใจ และซักถามถึงการดูแล และบทบาทการเป็นบิดาที่ได้แสดงออก รวมทั้งปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้โดยการสอน สาธิต และสาธิตย้อนกลับ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้บิดาซักถามในเรื่องของการดูแลบริบาลทารกในด้านการอาบน้ำบุตร การห่อตัว การอุ้มบุตร การเปลี่ยนผ้าอ้อม การสังเกตอาการผิดปกติของบุตร และวิธีการช่วยเหลือเบื้องต้น วิธีการจัดการ และผ่อนคลายความเครียดที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง รวมทั้งทบทวนความรู้เกี่ยวกับบทบาทการเป็นบิดา และแนะนำแหล่งแสวงหาข้อมูลอื่น ๆ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ และกล่าวชมเชยเมื่อบิดาสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้วิจัยดำเนินการมอบคู่มือการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรกให้กับบิดา โดยทำการอธิบายรายละเอียดของคู่มือ และการใช้คู่มือ (ใช้ระยะเวลา 5 นาที) เพื่อเตรียมความพร้อมในการให้การดูแลช่วยเหลือบิดาเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน และเปิดโอกาสให้บิดาได้พูดคุย ซักถาม และบอกถึงความต้องการการช่วยเหลืออื่น ๆ เมื่อต้องกลับไปอยู่ที่บ้าน

กิจกรรมครั้งที่ 3 - ครั้งที่ 5 ดำเนินกิจกรรมกับกลุ่มทดลอง โดยการติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เมื่อบิดากลับไปอยู่ที่บ้านในช่วงวันที่ 7, 14 และ 21 วันหลังคลอด ใช้เวลาครั้งละประมาณ 15 - 30 นาที และทำการจดบันทึกลงในแบบบันทึก โดยให้การสนับสนุนทางสังคม ดังนี้ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ผู้วิจัยพูดคุยทักทายบิดาเพื่อทำการสร้างสัมพันธภาพอย่างต่อเนื่อง สอบถามถึงความรู้สึกของบิดา และปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น รวมทั้งพูดให้กำลังใจ 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้วิจัยติดตามประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น และดำเนินการให้ข้อมูลความรู้ และคำปรึกษาเกี่ยวกับปัญหา และอุปสรรค รวมทั้งแหล่งแสวงหาข้อมูลตามที่ผู้เป็นบิดาต้องการ 3) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ และกล่าวชมเชยเมื่อบิดาสามารถปฏิบัติ หรือตอบคำถามได้ถูกต้อง 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร ผู้วิจัยดำเนินการติดตามการศึกษาคู่มืออย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้บิดาที่มีบุตรคนแรกศึกษาคู่มืออย่างสม่ำเสมอ

กิจกรรมครั้งที่ 6 ระยะหลังคลอด 4 สัปดาห์ โดยให้การสนับสนุนทางสังคมเช่นเดียวกับกิจกรรมครั้งที่ 3 ถึง ครั้งที่ 5 หลังจากนั้นทำการประเมินความเครียดของบิดาด้วยแบบประเมินผ่านแอปพลิเคชันไลน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยข้อมูลอายุ รายได้ครอบครัว และคะแนนความเครียดของบิดาก่อนการทดลอง ทำการทดสอบด้วยสถิติชาพิโร-วิลค์ พบว่าข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติแมนวิทนีย์ยู ข้อมูลระดับการศึกษา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบฟิชเชอร์เอ็กแซค ข้อมูลลักษณะครอบครัว และการวางแผนการมีบุตร เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบไคสแควร์ และเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรกระยะ 4 สัปดาห์หลังภรรยาคลอดบุตร โดยทำการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติชาพิโร-วิลค์ พบว่าข้อมูลมีการกระจายปกติ เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานอายุ 27 ปี (IQR = 6) จบการศึกษาระดับมัธยม/อาชีวศึกษา ร้อยละ 57.70 ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 30.90 มีค่ามัธยฐานรายได้ครอบครัว 21,000 บาทต่อเดือน (IQR = 12,750) และมีคะแนนความเครียดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (median = 18, IQR = 5) กลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานอายุ 28.50 ปี (IQR = 7) จบการศึกษาระดับมัธยม/อาชีวศึกษา ร้อยละ 61.60 ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 38.50 มีค่ามัธยฐานรายได้ครอบครัว 26,500 บาทต่อเดือน (IQR = 17,000 และมีคะแนนความเครียดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (median = 18, IQR = 5) เปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีอายุ ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว การวางแผนการมีบุตร อาชีพ รายได้ครอบครัวต่อเดือน ความเพียงพอของรายได้ และคะแนนความเครียดก่อนการทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n = 52)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อายุ (ปี)					.96[ก]
Median (IQR)	27.0 (6.0)		28.50 (7.0)		
Min-Max	23.0-46.0		23.0-43.0		
ระดับการศึกษา					.95[ค]
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	11.50	2		
ประถมศึกษา	2	7.70	3		
มัธยมศึกษา/อาชีวศึกษา	15	57.70	16		
ปริญญาตรีขึ้นไป	6	23.10	5		
ลักษณะครอบครัว					1.00[ข]
ครอบครัวเดี่ยว	11	42.30	11		
ครอบครัวขยาย	15	57.70	15		

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
การวางแผนการมีบุตร					.55ข
มีการวางแผน	17	65.40	19	73.10	
ไม่ได้วางแผน	9	34.60	7	26.90	
อาชีพ					.84ค
พนักงาน/ลูกจ้างของรัฐ	3	11.50	5	19.20	
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	8	30.90	10	38.50	
ค้าขาย/เกษตรกร	3	11.50	2	7.70	
ธุรกิจส่วนตัว	5	19.20	3	11.50	
รับจ้างทั่วไป	7	26.90	6	23.10	
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)					.49ก
Median (IQR)	26,500 (17,000)		21,000 (12,750)		
Min-Max	9,000-100,000		5,000-100,000		
ความเพียงพอของรายได้					.58ค
เพียงพอ	24	92.30	23	88.45	
ไม่เพียงพอ	2	7.70	3	11.55	
คะแนนความเครียดก่อนการทดลอง*					.72ก
Median (IQR)	18.0 (5.0)		18.0 (5.0)		
Min-Max	14.0-25.0		14.0-23.0		

หมายเหตุ. *คะแนนความเครียดก่อนการทดลอง = คะแนนความเครียดบิดาใน 24 ชั่วโมงแรกหลังภรรยาคลอดบุตร
ก= สถิติแมนวิทนีย์ยู; ข=สถิติทดสอบไคสแควร์; ค= สถิติทดสอบฟิชเชอร์เอ็กแซค

คะแนนเฉลี่ยความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรกระยะ 4 สัปดาห์หลังภรรยาคลอดบุตรของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และคะแนนเฉลี่ยความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรกระยะ 4 สัปดาห์หลังภรรยาคลอดบุตรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 52)

คะแนนความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 26)		กลุ่มควบคุม (n = 26)		t	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
Mean (SD)	11.62 (5.49)		19.19 (4.11)		5.62	< .001*
0-13 คะแนน (น้อย)	17	65.40	1	3.84		
14-26 คะแนน (ปานกลาง)	9	34.60	24	92.32		
27-40 คะแนน (มาก)	-		1	3.84		

* $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการพยาบาลตามปกติมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดระยะ 4 สัปดาห์หลังคลอดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังตารางที่ 2 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีแบบแผนและเพียงพอ จะสามารถลดความรู้สึกโดดเดี่ยว เกิดความสบายใจ มีกำลังใจสามารถเผชิญสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านสู่การเป็นบิดาได้อย่างเข้มแข็ง มีสภาวะอารมณ์มั่นคง มีความมั่นใจในการทำหน้าที่บิดา ส่งผลให้ความเครียดลดลง ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคมต่อความเครียดในบิดาที่มีบุตรคนแรกในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) มีขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้ง โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ผู้วิจัยเริ่มให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพกับบิดา และครอบครัว เปิดโอกาสให้ได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่างๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความไว้วางใจ คุ้นเคย รู้สึกผ่อนคลาย (Ganapathy, 2016) จากนั้นผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางด้านข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ และจิตใจของบิดาที่เกิดความเครียดขึ้น รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และจิตใจของมารดาหลังคลอด การดูแลมารดาหลังคลอดในด้านต่าง ๆ กลุ่มตัวอย่างตั้งใจรับฟัง ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะกิจกรรมการสอนแบบรายกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสซักถามข้อสงสัยหรือสิ่งที่บิดาสนใจได้อย่างละเอียด ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะจิตใจและอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้กับตนเองในช่วงระยะหลังภรรยาคลอดตามความเป็นจริง ช่วยลดความรู้สึกสงสัย ไม่แน่ใจ (Cohen, Gottlieb, & Underwood, 2000) รวมถึงได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์และตรงกับความต้องการ เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง และมีความพร้อมสำหรับการทำหน้าที่บิดาในการดูแลตนเอง และภรรยามากยิ่งขึ้น (Ganapathy, 2016) ขณะเดียวกันผู้วิจัยให้การสนับสนุนด้านการประเมินค่าในระหว่างที่ให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยกล่าวชมเชย ให้กำลังใจในสิ่งที่บิดาปฏิบัติได้ถูกต้อง ชี้ให้เห็นถึงข้อดีของตนเอง อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจว่า กลุ่มตัวอย่างสามารถเรียนรู้ และพัฒนาการปฏิบัติหน้าที่บิดาได้ ทำให้เข้าใจในเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และนำเอาข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการประเมินเหตุการณ์หรือเรียนรู้ตนเอง ช่วยให้สามารถปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Etheridge & Slade, 2017)

กิจกรรมครั้งที่ 2 ภายในระยะ 48 ชั่วโมงหลังภรรยาคลอด ผู้วิจัยยังคงให้การช่วยเหลือและดูแลบิดาให้รู้สึกผ่อนคลาย มีความคุ้นเคยมากยิ่งขึ้น และผู้วิจัยมีการทบทวนความรู้ที่ได้สอนไปในกิจกรรมครั้งที่ 1 พร้อมทั้งแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลภรรยา ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความพึงพอใจ มีความเชื่อมั่นมากขึ้น ในครั้งนี้มีการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลอาบน้ำ การห่อตัว การอุ้ม การเปลี่ยนผ้าอ้อมให้บุตร การสังเกตอาการผิดปกติของบุตรและการช่วยเหลือเบื้องต้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถดูแลบุตรได้อย่างมั่นใจ โดยการสอนพร้อมภาพประกอบการบรรยาย การสาธิต และสาธิตย้อนกลับ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะในการดูแลบุตรจากการเห็นภาพและได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกัน และบรรเทาความเครียด การฝึกทำสมาธิ เทคนิคผ่อนคลาย และได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่า โดยการได้รับข้อมูลย้อนกลับในสิ่งที่บิดาได้ปฏิบัติ และคำกล่าวให้กำลังใจ ความชื่นชมจากผู้วิจัย การส่งเสริมให้สามีได้มีส่วนร่วมในการดูแลบุตร และได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ กำลังใจ ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่รู้สึกว่าตนเองโดดเดี่ยว ช่วยให้เกิดความมั่นใจมากขึ้น มีความภาคภูมิใจ และรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า (Kongmanee, Sansiriphun, & Baosoung,

2017) ทำให้ความกดดันและความเครียดที่เกิดจากการดูแลภรรยาและบุตรลดลง (Premberg et al., 2011)

กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางด้านทรัพยากรโดยการจัดเตรียมสถานที่ในการฝึกปฏิบัติและอุปกรณ์ต่างๆ รวมถึงได้รับการดูแล การช่วยเหลือ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ทำหน้าที่ในการดูแลบุตร ทำให้บิดาเกิดความรู้สึกว่ามีผู้ที่พร้อมจะให้ความช่วยเหลือ และให้การสนับสนุนตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ รู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่เกิดขึ้นหรือสิ่งที่ตนเองกำลังปฏิบัติอยู่ รับรู้ว่าตนเองมีแหล่งประโยชน์จึงประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงลดลง ช่วยบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นได้ (Lazarus & Folkman, 1984) นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการมอบคู่มือการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลความรู้สำคัญที่สามารถนำไปศึกษาทบทวน และนำวิธีการต่าง ๆ ไปปฏิบัติเพื่อผ่อนคลายและบรรเทาความเครียดได้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นำคู่มือมาศึกษาเพิ่มเติม และกลับมาซักถามในประเด็นที่ตนเองสงสัยหรือสนใจ ส่งผลให้บิดาเกิดความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับมากยิ่งขึ้น ได้รับแหล่งประโยชน์ในการแสวงหาข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย ทบทวนความรู้ได้ตลอดเวลา ทำให้เกิดความเข้าใจเพิ่มมากขึ้น ลดความวิตกกังวล ความรู้สึกคับข้องใจ มีการรับรู้และเกิดทัศนคติที่ดี (Li et al., 2009)

กิจกรรมครั้งที่ 3 ถึง ครั้งที่ 6 เมื่อกลุ่มตัวอย่างกลับไปอยู่ที่บ้านในช่วงวันที่ 7, 14, 21 และ 28 วันหลังจากภรรยาคลอดบุตร ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมการสนับสนุนและติดตามทางโทรศัพท์ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์เพื่อติดตามเยี่ยมให้กำลังใจ ซักถามถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างรู้สึกมั่นใจ ภาคภูมิใจในตนเอง และมีวิธีการที่เหมาะสมกับตนเองในการบรรเทาความเครียดที่เกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ทั้งทางแอปพลิเคชันไลน์ และโทรศัพท์ได้ตลอดเวลา ซึ่งเป็นแนวคิดใหม่ที่นำมาประยุกต์ใช้สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงการสื่อสารระหว่างพยาบาลผดุงครรภ์กับผู้เป็นบิดาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Aiyakorn, 2015) อีกทั้งเป็นสื่อกลางในการให้การสนับสนุนทางสังคมได้อย่างต่อเนื่อง จากการติดตามพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายมีความวิตกกังวล และกดดันเนื่องจากภาระหน้าที่การงานอาชีพ และต้องแบ่งเวลาเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลภรรยา บุตร และครอบครัว นอกจากนี้ยังมีปัญหาในการดูแลบุตร รวมถึงช่วยเหลือภรรยาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งเมื่อเกิดปัญหาขึ้นกลุ่มตัวอย่างจะแก้ไขปัญหาโดยการขอความช่วยเหลือ สอบถามทางข้อความผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และโทรศัพท์ปรึกษาผู้วิจัย ทำให้ได้รับคำแนะนำ และความช่วยเหลือทันทีเมื่อประสบกับปัญหาที่เกิดขึ้นในสถานการณ์จริง ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่ามีบุคคลคอยให้ความช่วยเหลือ เกิดความเข้าใจในสิ่งที่กำลังเผชิญ และมีความมั่นใจในการแก้ไขสถานการณ์ที่เกิดขึ้น (Ganapathy, 2016) ซึ่งการที่กลุ่มตัวอย่างแสวงหาข้อมูลความรู้ วิธีการในการแก้ปัญหาและขอความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้บิดามีการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม (Lazarus & Folkman, 1984)

ผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมส่งผลให้ความเครียดลดลงในระยะหลังจากภรรยาคลอดบุตร ซึ่งเป็นระยะที่สำคัญในการเปลี่ยนผ่านช่วงชีวิต กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการดูแลช่วยเหลือ เอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างมากที่สุด ในขณะเดียวกันหากกลุ่มตัวอย่างต้องเผชิญกับสถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคที่เกิดขึ้นนั้นเพียงลำพัง จะส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้า และความเครียดได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับคู่มือความรู้ ทรัพยากร แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ รวมถึงคำชมเชย กำลังใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากพยาบาลผดุงครรภ์ ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยป้องกันผลกระทบของความเครียดที่จะเกิดขึ้นกับบิดา การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมนี้จะเป็นตัวบรรเทาหรือตัวกันชน (buffering effect) ที่ช่วยลดผลกระทบที่เกิดจากความเครียดได้ (House,

1981) อีกทั้งข้อมูล ทรัพยากร และแหล่งความช่วยเหลือที่บิดาได้รับ ทำให้บิดามีการประเมินสถานการณ์ซ้ำ และเกิดการรับรู้ว่ามีความรุนแรงลดลง ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถปรับตัว พร้อมเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมั่นใจ เกิดทัศนคติที่ดี และมีสภาวะอารมณ์ที่มั่นคง จึงช่วยป้องกันและบรรเทาความเครียดในระยะหลังจากภรรยาคลอดบุตรได้ ทั้งนี้เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาโดยตรงที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่บิดาที่มีบุตรคนแรกที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน มีเพียงแต่การศึกษาของเดการ์โม และคณะ (DeGarmo et al., 2008) ที่ทำการศึกษาเฉพาะในกลุ่มบิดาเลี้ยงเดี่ยว หรือสถานภาพสมรสหย่าร้าง ผลการวิจัยพบว่าผู้เป็นบิดาเลี้ยงเดี่ยว หรือบิดาที่มีสถานภาพหย่าร้างมีความเครียดในระดับมาก เนื่องจากขาดการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งบุคคลสำคัญ และการที่บิดาได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการบริบาลบุตรแรกเกิด การสังเกตอาการผิดปกติของบุตร และการปรับตัวต่อบทบาทการเป็นบิดา ช่วยให้บิดาเข้าใจในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รู้จักวิธีในการแก้ไขปัญหา ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง และบรรเทาความเครียดที่บิดากำลังเผชิญได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการพยาบาล ควรจัดอบรมให้ความรู้พยาบาลผดุงครรภ์ในการนำโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมในบิดาที่มีบุตรคนแรกไปใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันและบรรเทาความเครียดของบิดาที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังจากภรรยาคลอดบุตร

2. ด้านการศึกษา เป็นแนวทางจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลทั้งในระดับปริญญาตรีและปริญญาโท ให้เกิดความตระหนักถึงความเครียดของผู้เป็นบิดาที่มีบุตรคนแรกในระยะหลังจากภรรยาคลอดบุตร และการสนับสนุนทางสังคมแก่บิดาเพื่อป้องกันและบรรเทาความเครียด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษา และพัฒนาการสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันและลดความเครียดของบิดาในกลุ่มอื่น เช่น บิดาวัยรุ่น บิดาที่ภรรยาและบุตรมีภาวะแทรกซ้อน และภรรยาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด เป็นต้น

References

Aiyakorn, S. (2015). Line programing and inter-organization communication. *Journal of Nakhonratchasima College, 9*(1), 102-107. (in Thai)

Bartlett, E. E. (2004). The effects of fatherhood on the health of men: A review of the literature. *Journal of Men's Health and Gender, 1*(2-3), 159-169. doi.org/10.1016/j.jmhg.2004.06.004

Bergström, M., Kieler, H., & Waldenström, U. (2009). Effects of natural childbirth preparation versus standard antenatal education on epidural rates, experience of childbirth and parental stress in mothers and fathers: A randomized controlled multicentre trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 116*(9), 1167-1176. doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02144.x

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, & generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Saunders Elsevier.

Cohen, S. Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (pp. 3-25). Oxford: Oxford University Press.

Cohen, S., Karmarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(1), 385-396. doi.org/10.2307/2136404

Cooper, S. (2005). A rite of involvement: Men's transition to fatherhood. *Durham Anthropology Journal, 13*(2), 1-24.

DeGarmo, D. S., Patras, J., & Eap, S. (2008). Social support for divorced fathers' parenting: Testing a stress buffering model. *Family Relations, 57*(1), 35-48. doi.org/10.1111/j.1741-3729.2007.00481.x

Etheridge, J., & Slade, P. (2017). "Nothing's actually happened to me.": The experiences of fathers who found childbirth traumatic. *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*(1), 1-15.

Ganapathy, T. (2016). Exploration of first-time fathers' experiences during the child's first year. *Muller Journal of Medical Sciences and Research, 7*(1), 23-23.

Gao, L. L., Chan, S. W. C., & Mao, Q. (2009). Depression, perceived stress, and social support among first-time Chinese mothers and fathers in the postpartum period. *Research in Nursing & Health, 32*(1), 50-58. doi.org/10.1002/nur.20306

Genesoni, L., & Tallandini, M. A. (2009). Men's psychological transition to fatherhood: An analysis of the literature, 1989-2008. *Birth, 36*(4), 305-318. doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00358.x

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Mass: Addison-Wesley.

Johnson, M. P., & Baker, S. R. (2004). Implications of coping repertoire as predictors of men's stress, anxiety and depression following pregnancy, childbirth, and miscarriage: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25*(2), 87-98. doi.org/10.1080/01674820412331282240

Kamalifard, M., Hasanpoor, S., Kheiroddin, J. B., Panahi, S., & Payan, S. B. (2014). Relationship between fathers' depression and perceived social support and stress in postpartum period. *Journal of Caring Sciences, 3*(1), 57. doi.org/10.5681/jcs.2014.007

Kongmanee, N., Sansiriphun, N., & Baosoung, C. (2017). Stress, social support, and fathers' functional status. *Nursing Journal, 44*(1), 83-95. (in Thai)

Lazarus, R. S., & Flokman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping.* New York: Springer.

Li, H. T., Lin, K. C., Chang, S. C., Kao, C. H., Liu, C. Y., & Kuo, S. C. (2009). A birth education program for expectant fathers in Taiwan: Effects on their anxiety. *Birth, 36*(4), 289-296. doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00356.x

Lu, L. (2006). The transition to parenthood: Stress, resources, and gender differences in a Chinese society. *Journal of Community Psychology, 34*(4), 471-488.

Mao, Q., Zhu, L. X., & Su, X. Y. (2011). A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing, 20*(6), 645-652. doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03542.x

Palkovitz, R. (2007). Transitions to fatherhood. Why fathers count, 25-41. Review of the literature on postpartum care: Methodology and literature search results. *Birth, 31*(3), 196-202. doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00305.x

Paoin, W. (2017). Thailand health 4.0 challenges and opportunities. *Journal of The Thai Medical Informatics Association, 1,* 31-36.

Pollock, M. A., Amankwaa, L. C., & Amankwaa, A. A. (2005). First-time fathers and stressors in the postpartum period. *The Journal of Perinatal Education, 14*(2), 19-25. doi.org/10.1624/105812405X44682

Premberg, Å., Carlsson, G., Hellström, A. L., & Berg, M. (2011). First-time fathers' experiences of childbirth: A phenomenological study. *Midwifery, 27*(6), 848-853. doi.org/10.1016/j.midw.2010.09.002

Prompeng, N. (2018). The role of nurse-midwife on supporting paternal role development in a first-time father. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(2), 63-69. (in Thai)

Sansiriphun, N., Baosuang, C., Klunklin, A., Kantaruksa, K., & Liamtrirat, S. (2014). Experience of first time father during labor and delivery period. *Nursing Journal, 41*(1), 143-157. (in Thai)

Widarsson, M., Engström, G., Rosenblad, A., Kerstis, B., Edlund, B., & Lundberg, P. (2013). Parental stress in early parenthood among mothers and fathers in Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 27*(4), 839-847. doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01088.x

Wongpakaran, N., & Wongpakaran, T. (2010). The Thai version of the PSS-10: An investigation of its psychometric properties. *BioPsychoSocial Medicine, 4*(1), 1-6.

Yu, M., McElory, J. A., Bullock, L. F., & Everett, K. D. (2011). Unique perspectives of women and their partners using the Prenatal Psychosocial Profile Scale. *Journal of Advanced Nursing, 67*(8), 1767-1778. doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05628.x

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา*
Factors Related to Paternal Health Literacy Among Expectant Fathers*

ศิริรัตน์	สอนเทศ **	Sirirat	Sonted *
นันทพร	แสนศิริพันธ์ ***	Nantaporn	Sansiriphun ***
จิราวรรณ	ดีเหลือ ****	Jirawan	Deeluea ****

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดามีความสำคัญมากต่อภาวะสุขภาพของผู้จะเป็นบิดา ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา กลุ่มตัวอย่าง คือ ชายที่ภรรยากำลังตั้งครรภ์ และพาภรรยามาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2564 จำนวน 105 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (STAI form Y-1) และแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ร้อยละ 94.29 ของกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนน 407.14 (SD = 37.58)

2. ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.387$, $p < .001$) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .464$, $p < .001$)

3. ระดับการศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา โดยให้การสนับสนุนทางสังคมและลดความวิตกกังวลของผู้จะเป็นบิดา ทั้งนี้เพื่อธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม ความวิตกกังวล ความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดา ผู้จะเป็นบิดา

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: sirirat.sonted@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 25 สิงหาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 17 กันยายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 กันยายน 2564

Abstract

Paternal health literacy among expectant fathers is essential for the wellness of the expectant father, the pregnant wife, and the fetus. The purpose of this descriptive correlational research study was to explore education, income, anxiety, social support, and paternal health literacy among expectant fathers. The subjects consisted of 105 expectant fathers who took their pregnant wives to the antenatal care unit at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital and Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai from March 2021 to June 2021. The research instruments were the Paternal Health Literacy Questionnaire, the State Anxiety Inventory [STAI] form Y-1, and the Social Support Questionnaire. Descriptive statistics, Eta correlation, Pearson's product moment correlation and Spearman rank correlation coefficient were used to analyze the data.

The results of the study revealed that

1. Most participants (94.29%) had high paternal health literacy. The mean score was 407.14 (SD = 37.58).

2. Anxiety had a negative correlation with paternal health literacy ($r = -.387$, $p < .001$), while social support had a positive correlation with paternal health literacy ($r = .464$, $p < .001$).

3. Education and income were not correlated with paternal health literacy.

The findings from this study can be used as baseline data to promote paternal health literacy among expectant fathers by providing social support and reducing the anxiety of expectant fathers to maintain wellness for them, their pregnant wife, and the fetus.

Keywords: Social support, Anxiety, Paternal health literacy, Expectant fathers

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: sirirat.sonted@gmail.com

*** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

**** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 25 August 2021; Revised 17 September 2021; Accepted 27 September 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้จะเป็นบิดาหรือชายที่กำลังจะมีบุตร ถือได้ว่าเป็นผู้มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของภรรยาขณะตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Lu et al., 2010) เนื่องจากเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญของภรรยา โดยเป็นผู้ที่คอยช่วยเหลือ และประคับประคองภรรยาตลอดระยะของการตั้งครรภ์ (Davidson, London, & Ladewig, 2019) ขณะตั้งครรภ์ ภรรยามีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงช่วงใกล้คลอด ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจัดเป็นการเปลี่ยนแปลงตามระยะพัฒนาการ (developmental stage) ซึ่งอาจเปลี่ยนไปเป็นภาวะวิกฤติ (developmental crisis) ได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดกว่าปกติ โดยสตรีตั้งครรภ์ควรได้รับสารอาหารที่เหมาะสมทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ปฏิบัติตนให้เหมาะสมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ขณะตั้งครรภ์การได้รับการดูแล ช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้จะเป็นบิดา จะทำให้สตรีตั้งครรภ์มีกำลังใจ และสามารถดูแลตนเองและทารกในครรภ์ได้ดียิ่งขึ้น (Plantin, Olukoya, & Ny, 2011) ดังนั้น เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ ผู้จะเป็นบิดาต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ รวมถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดความสามารถเฉพาะในการทำหน้าที่ของตน (Prompeng, 2018) และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดำเนินชีวิตของตนเอง มีความพร้อมในการดูแลช่วยเหลือภรรยาตลอดระยะเวลาที่ภรรยาตั้งครรภ์ เพื่อธำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ (Sansiriphun, Kantaruksa, Klunklin, Baosuang, & Jordan, 2010)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นประเด็นที่หลายประเทศทั่วโลกให้ความสนใจเป็นอย่างมาก เนื่องจากการศึกษาอย่างเดียวไม่สามารถทำให้คนรอบรู้พอที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อปฏิบัติตนและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดี (World Health Organization, 1998) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าวได้ถูกพัฒนาเพื่อปรับให้เหมาะสมกับบริบทต่างๆ โซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ได้ให้แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล (access) 2) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล (understand) 3) ด้านการประเมินค่าข้อมูล (appraise) และ 4) ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล (apply) ผู้จะเป็นบิดาเป็นบุคคลสำคัญของครอบครัว ดังนั้นผู้จะเป็นบิดาจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดา (paternal health literacy) เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีของตนเองและทุกคนในครอบครัว ผู้จะเป็นบิดาที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นผลมาจากการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่พฤติกรรมการปฏิบัติตนจนเป็นผู้มีสุขภาพดีนั้น ย่อมจะดูแลบุคคลในครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งภรรยาและบุตรให้มีสุขภาพที่ดีด้วย จากแนวคิดดังกล่าวร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการเป็นบิดา ความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดา จึงเป็นความสามารถเฉพาะตัวของผู้จะเป็นบิดา ในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมินค่า และการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและธำรงการมีสุขภาพดีของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาจึงประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล หมายถึง การที่ผู้จะเป็นบิดาสามารถแสวงหาค้นหา และได้รับข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ 2) ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล หมายถึง การที่ผู้จะเป็นบิดาสามารถเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ 3) ด้านการประเมินค่าข้อมูล หมายถึง การที่ผู้จะเป็นบิดาสามารถอธิบาย กลั่นกรอง และประเมินค่าข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ และ 4) ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล หมายถึง ผู้จะเป็นบิดาสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพที่ได้รับ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์

ตั้งแต่รับรู้ว่าภรรยาตั้งครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาเกิดกระบวนการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่การเป็นบิดา ซึ่งเป็น

กระบวนการที่ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ พบว่า ผู้จะเป็นบิดาจะเกิดความรู้สึกตื่นเต้น สับสน วิตกกังวล ห่วงใยถึงความปลอดภัยของภรรยาและทารกในครรภ์ (Sansiriphun, 2009) ผู้จะเป็นบิดาจึงควรได้รับการดูแล ช่วยเหลือ และสนับสนุนเพื่อให้ผู้จะเป็นบิดาเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดา เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Ratzan & Parker, 2000) เมื่อผู้จะเป็นบิดามีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาย่อมส่งผลให้มีความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมินค่า และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติหน้าที่ของตนเอง ส่งผลให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี มีความพร้อมในการช่วยเหลือ สนับสนุนและดูแลภรรยาและทารกในครรภ์ และเมื่อภรรยาได้รับการดูแลอย่างดีตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ โดยมีผู้จะเป็นบิดาเป็นแรงผลักดัน จะส่งเสริมให้ภรรยาขณะตั้งครรภ์มีการปฏิบัติตนและการดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตได้ดี (Sutiruk, 2000) และการที่บุคคลจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากน้อยเพียงใด อาจมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมาจากปัจจัยใกล้ตัว (proximal factors) และปัจจัยไกลตัว (distal factors) ซึ่งปัจจัยใกล้ตัวสามารถแบ่งได้เป็นปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความวิตกกังวล เป็นต้น และปัจจัยสถานการณ์ เช่น การสนับสนุนทางสังคม อิทธิพลจากครอบครัวและเพื่อน เป็นต้น ส่วนปัจจัยไกลตัว เป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น ภาษา วัฒนธรรม ระบบสังคม เป็นต้น สำหรับการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกปัจจัยส่วนบุคคล คือ ระดับการศึกษา รายได้ และความวิตกกังวล ส่วนปัจจัยสถานการณ์ คือ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา โดยปัจจัยดังกล่าวนำไปสู่การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้จะเป็นบิดามีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในระดับสูง ส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดามีสุขภาวะที่ดี สามารถปฏิบัติหน้าที่ ดูแล สนับสนุนและช่วยเหลือภรรยาขณะตั้งครรภ์ เพื่อให้การตั้งครรภ์ดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ

ความวิตกกังวล (anxiety) เป็นภาวะอารมณ์ของบุคคลที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตราย หรือคุกคามต่อชีวิต ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง จึงเกิดเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น อึดอัด กระวนกระวายใจ โดยแตกต่างกันออกไปในแต่ละบุคคลตามการรับรู้และกระบวนการทางความคิด (Spielberger, 1976) ในขณะที่ภรรยาตั้งครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญกับแรงกดดันต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่การเป็นบิดา การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของภรรยาที่ตั้งครรภ์ และจากภาระความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ผู้จะเป็นบิดาจึงเกิดความวิตกกังวล และไม่มั่นใจในการดำรงบทบาทบิดา (Sansiriphun, 2009) ความวิตกกังวลในระดับต่ำถึงปานกลาง ทำให้บุคคลมีการรับรู้มากขึ้น มีความตื่นตัว กระตือรือร้นและเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี (Peplau, 1989) ในทางตรงกันข้ามความวิตกกังวลรุนแรงถึงรุนแรงที่สุดจะส่งผลให้บุคคลมีระดับความสามารถในการรับรู้ลดลง ขาดความสามารถในการแยกแยะสิ่งต่างๆ และไม่สามารถตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหาได้ (Shives, 2008) หากผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลในระดับรุนแรงขึ้นไป อาจทำให้ผู้จะเป็นบิดามีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาต่ำ จากการสูญเสียความสามารถในการเข้าถึง การทำความเข้าใจ การประเมินค่า และการประยุกต์ใช้ข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับได้อย่างเหมาะสม

การสนับสนุนทางสังคม (social support) คือ การที่บุคคลได้รับความรัก ความห่วงใย และความช่วยเหลือ สนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิด โดยได้รับการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์

(emotion support) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (appraisal support) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (information support) และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ (instrumental support) ทำให้บุคคลมีความพร้อมในการกระทำสิ่งต่างๆ (House, 1981) ทั้งนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะเป็นแหล่งส่งเสริมเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (Manganello, 2008) ดังนั้นในระยะตั้งครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะมีความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ (Sansiriphun et al., 2010) จึงสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และปรับใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้การสนับสนุนทางสังคมจึงมีส่วนช่วยให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถปรับตัวเข้าสู่การเป็นบิดาได้ดี (Hoffman, 2011) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงเป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่น่าจะสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา

สำหรับปัจจัยส่วนบุคคลที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดา ได้แก่ ระดับการศึกษาและรายได้ แม้จะยังไม่มีการศึกษาถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาโดยตรง แต่มีรายงานการศึกษาที่แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาและรายได้ กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยพบว่าบุคคลมีระดับการศึกษาสูงขึ้น และมีรายได้เพิ่มขึ้นมักจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่สูงกว่าคนที่มีระดับการศึกษาและรายได้ที่ต่ำกว่า (Wu et al., 2017) ดังนั้นทั้งระดับการศึกษาและรายได้ของผู้จะเป็นบิดาอาจมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาเช่นกัน

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาโดยตรงเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ที่พบเป็นการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์ (Waraphok, Ratinthorn,& Limruangrong, 2020) ผลการศึกษาจึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาของผู้จะเป็นบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้ เนื่องจากมีความแตกต่างกันทางบริบท นอกจากนั้นมีการศึกษาเกี่ยวกับผู้จะเป็นบิดาในประเด็นต่างๆ แต่ไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบิดารวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่ควรให้ความสนใจและทำการศึกษา (Sørensen, 2019) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาและศึกษาปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อพยาบาลผดุงครรภ์และบุคคลากรทางสุขภาพในการวางแผนเพื่อพัฒนาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา รวมทั้งเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการศึกษาวิจัยลำดับต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาเป็นอย่างไร
2. ระดับการศึกษา รายได้ ความวิตกกังวลและการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้กรอบแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) รวมทั้งการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจ

ข้อมูล การประเมินค่าข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูล ปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาที่ศึกษาครั้งนี้คือ ระดับการศึกษา รายได้ ความวิตกกังวลตามแนวคิดของสปิลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1976) และการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านวัสดุสิ่งของ โดยคาดว่า ระดับการศึกษา รายได้ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม น่าจะมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ คือ ชายที่ภรรยากำลังตั้งครรภ์และพาภรรยามาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ชายที่ภรรยากำลังตั้งครรภ์ และพาภรรยามาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนมิถุนายน 2564 ผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power 3.1 (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009) กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 ให้อำนาจการทดสอบ (level of power) .80 และประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างและความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 105 ราย แบ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 28 ราย และจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จำนวน 77 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติคือ 1) ชายที่ภรรยากำลังตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุ 20 ปีขึ้นไป 2) ภรรยาตั้งครรภ์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ 3) สามารถพูด ฟัง อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะครอบครัว รายได้ ความเพียงพอของรายได้ อายุครรภ์ของภรรยา และลำดับของการมีบุตร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา ที่พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัยจากแนวคิดของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al., 2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวกทั้งหมดจำนวน 96 ข้อ ลักษณะข้อคำถามครอบคลุม 3 มิติด้านสุขภาพ คือ การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล จำนวน 25 ข้อ การทำความเข้าใจข้อมูล จำนวน 25 ข้อ การประเมินค่าข้อมูล จำนวน 22 ข้อ และการประยุกต์ใช้ข้อมูล จำนวน 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ท 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity index) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 จากนั้นนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Chronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญ (The State Anxiety Inventory [STAI] form Y1) ของสปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger et al.,1983) ฉบับแปลเป็นภาษาไทยโดย ธาตรี นนทศักดิ์ สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต และดาราวรรณ ต๊ะปินตา (Thapinta, 1991) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ มีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ท 4 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของผู้จะเป็นบิดาสร้างโดย ปิยวรรณ นันทะพงษ์,

นันทพร แสนศิริพันธ์ และฉวี เบาทรวง (Nuntapong, Sansiriphun & Baosoung, 2017) ตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งข้อคำถามประกอบด้วยคำถามด้านบวกทั้งหมดจำนวน 20 ข้อ ลักษณะข้อคำถามครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านการประเมินค่า จำนวน 5 ข้อ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 5 ข้อ และการสนับสนุนด้านทรัพยากร จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัดชนิดลิเคิร์ท 5 ระดับ

แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยไม่ได้ดัดแปลงใดๆ จึงไม่ได้หาค่าความตรงเชิงเนื้อหา ทำการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร Chronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะกรรมการจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงการเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจโดยไม่มีการบังคับ ในขณะเข้าร่วมโครงการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ ให้ผู้วิจัยทราบ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในสถานที่จัดไว้เฉพาะ และมีความเป็นส่วนตัวในแผนกฝากครรภ์ และนำแบบสอบถามที่ครบสมบูรณ์มาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับคะแนนความรอบรู้สุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาด้วยสถิติสหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation)

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างรายได้และการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาด้วยสถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ภายหลังทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูล ด้วยสถิติโคลโมโครอฟ-สเมียรนอฟ (Komogorov-Smirnov test) พบว่า ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความวิตกกังวลกับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดาด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียสสัน (Pearson's product moment correlation) ภายหลังทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโครอฟ-สเมียรนอฟ พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 48 ปี มีค่ามัธยฐานของอายุ 30 ปี กลุ่มที่พบมากที่สุดคือ อายุระหว่าง 20 - 30 ปี ร้อยละ 52.38 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา ร้อยละ 39.05 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 50.48 อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยว ร้อยละ 58.10 มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 - 57,000 บาท ค่ามัธยฐานของรายได้ 15,000 บาท มีความเพียงพอของรายได้ ร้อยละ 85.71 อายุครรภ์ของภรรยาอยู่ในไตรมาส 2 ร้อยละ 45.71 ไตรมาส 3 ร้อยละ 45.71 และมีบุตรครั้งแรก ร้อยละ 66.67

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาอยู่ระหว่าง 302-480 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 407.14 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 37.58 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาโดยรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.29 และระดับปานกลาง ร้อยละ 5.71 เมื่อพิจารณาคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า คะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.48 คะแนนด้านการทำความ

เข้าใจข้อมูลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.33 คะแนนด้านการประเมินค่าข้อมูลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 92.38 และคะแนนด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.33 (ตารางที่ 2)

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลอยู่ระหว่าง 20-58 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ย 39.36 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.71 คะแนน กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 58.10 และระดับปานกลาง ร้อยละ 41.90

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมอยู่ระหว่าง 42-100 คะแนน มีค่ามัธยฐาน 81.00 คะแนน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ 19.00 คะแนน โดยระบุว่าภรรยาคือ แหล่งให้การสนับสนุนมากที่สุด ร้อยละ 90.48 กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก ร้อยละ 69.52 ได้รับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง ร้อยละ 28.67 และได้รับการสนับสนุนทางสังคมเล็กน้อย ร้อยละ 1.90

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.387$, $p < .001$) ในขณะที่การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .464$, $p < .001$) ส่วนระดับการศึกษาและรายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่ามัธยฐาน และพิสัยระหว่างควอไทล์ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาและรายได้ (n = 105)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	6	5.71
มัธยมศึกษา	41	39.05
ประกาศนียบัตรขั้นสูง (ปวส.)	25	23.81
ปริญญาตรีขึ้นไป	33	31.43
รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่าง (บาท) (median = 15,000, IQR = 8,250)		
< 15,000	47	44.76
15,000 - 29,999	50	47.62
≥ 30,000	8	7.62

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำนวน ร้อยละ ของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา (n = 105)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา	คะแนน		ระดับปานกลาง		ระดับสูง	
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านการเข้าถึงข้อมูล	104.67	11.06	10	9.52	95	90.48
ด้านการทำความเข้าใจข้อมูล	107.28	10.67	7	6.67	98	93.33
ด้านการประเมินค่าข้อมูล	92.28	9.73	8	7.62	97	92.38
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล	102.91	10.01	7	6.67	98	93.33
โดยรวม	407.14	37.58	6	5.71	99	94.29

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา รายได้ คะแนนความวิตกกังวล คะแนนการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา (n = 105)

ตัวแปร	คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา	
	ค่าสถิติ	p - value
ระดับการศึกษา	η = .131	11.06
รายได้	r_s = .160	10.67
คะแนนความวิตกกังวล	r = -.387	9.73
คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	r_s = .464	10.01
โดยรวม	407.14	37.58

หมายเหตุ η = eta, r_s = Spearman

การอภิปรายผล

ความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 94.29 และระดับปานกลาง ร้อยละ 5.71 (ตารางที่2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดา เป็นความสามารถเฉพาะตัวของผู้จะเป็นบิดา ในการเข้าถึงข้อมูล การทำความเข้าใจข้อมูล การประเมินค่าข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมและธำรงการมีสุขภาพดีของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20-30 ปี ร้อยละ 52.38 ซึ่งเป็นวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ที่มีการเรียนรู้ตลอดเวลา (Intarakamhang, 2017) มีความสามารถในการสืบค้นข้อมูล เข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายช่องทาง (Knapp, Madden, Wang, Sloyer & Shenkman, 2011) จึงสามารถค้นคว้าหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์ได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการศึกษา โดยจบการศึกษาระดับชั้นระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 31.43 ประกาศนียบัตรชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 23.81 มัธยมศึกษา ร้อยละ 39.05 และประถมศึกษา ร้อยละ 5.71 (ตารางที่ 1) บุคคลจึงมีการรับรู้ที่ดี สามารถแสวงหาความรู้ จากแหล่งข้อมูลได้ด้วยตนเอง สามารถไตร่ตรอง ใช้เหตุผลในการตัดสินใจได้ดี สามารถนำความรู้มาดูแลสุขภาพ

ของตนเองได้ (Nutbeam, 2008) มีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ดี ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีตามมา (Suramaitee, 2013) นอกจากนี้พบว่า ภรรยาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในไตรมาส 2 ร้อยละ 45.71 ไตรมาส 3 ร้อยละ 45.71 ซึ่งการเคยรับการดูแลจากแหล่งบริการสุขภาพ อาจส่งผลให้ผู้จะเป็นบิดาได้รับข้อมูลมากพอ และใช้ความรู้ที่มีเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีบุตรเป็นครั้งแรก ร้อยละ 66.67 จึงมีความรู้สึกยินดีต่อการตั้งครรภ์ของภรรยา และมีความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูล และใช้ข้อมูลที่ได้รับเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือภรรยาตลอดระยะของการตั้งครรภ์ (Sansiriphun et al., 2010)

ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.387$, $p < .001$) (ตารางที่ 3) หมายความว่า ผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลน้อย จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในระดับสูง ตรงกันข้ามถ้าผู้จะเป็นบิดามีความวิตกกังวลมาก จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในระดับต่ำ ความวิตกกังวล เป็นภาวะอารมณ์ที่เกิดจากการประเมินสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และคาดการณ์ว่าเหตุการณ์นั้นอาจเป็นอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิต (Spielberger, 1976) จากสถานการณ์ที่ภรรยาตั้งครรภ์ ผู้จะเป็นบิดาต้องเผชิญกับแรงกดดันต่างๆ จากการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ และจากภาระความรับผิดชอบที่เพิ่มขึ้น ผู้จะเป็นบิดาจึงเกิดความวิตกกังวลขึ้นได้ (Sansiriphun, 2009) การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลในระดับต่ำถึงระดับปานกลาง ซึ่งการที่บุคคลมีความวิตกกังวลระดับต่ำ ส่งผลให้บุคคลมีความตื่นตัว พร้อมที่จะเรียนรู้ และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เผชิญได้ดี สำหรับความวิตกกังวลระดับปานกลางนั้น บุคคลยังคงมีความตื่นตัวอยู่ แต่ความสามารถในการรับรู้จะแคบลง และเมื่อได้รับการช่วยเหลือ จะทำให้มีระดับความวิตกกังวลลดลง และส่งผลให้บุคคลกลับมามีความสามารถที่ดีขึ้น (Shives, 2008) ดังนั้น ความวิตกกังวลระดับต่ำถึงปานกลางจึงส่งผลทำให้ผู้จะเป็นบิดามีความกระตือรือร้นในการแสวงหาข้อมูล อีกทั้งยังช่วยเพิ่มขีดความสามารถในการเรียนรู้และรับรู้ของผู้จะเป็นบิดา ทำให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อให้การดูแลช่วยเหลือภรรยาตลอดระยะของการตั้งครรภ์ และคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีของตนเอง ภรรยา และทารกในครรภ์ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในระดับสูงถึงร้อยละ 94.29

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .464$, $p < .001$) (ตารางที่ 3) หมายความว่า ผู้จะเป็นบิดาที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมาก จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในระดับสูง ตรงกันข้าม ถ้าผู้จะเป็นบิดาได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในระดับต่ำ การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลได้รับความห่วงใย ช่วยเหลือ และดูแลเอาใจใส่จากบุคคลใกล้ชิด ส่งผลให้บุคคลมีความพร้อมที่จะกระทำสิ่งต่างๆ (House, 1981) การศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับมาก ซึ่งแหล่งที่ให้การสนับสนุนทางสังคมแก่กลุ่มตัวอย่างมากที่สุดคือ ภรรยา ร้อยละ 90.48 รองลงมา คือ มารดาของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 81.90 ทั้งนี้การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวจะเป็นแหล่งส่งเสริมเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพ ส่งผลให้บุคคลสนใจดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น (Manganello, 2008) ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงมีส่วนช่วยให้ผู้จะเป็นบิดาสามารถปรับตัวเข้าสู่การเป็นบิดา (Hoffman, 2011) และมีความพร้อมในการเผชิญเหตุการณ์ต่างๆ (Sansiriphun et al., 2010) จึงสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และปรับใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อดูแลสุขของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ได้ คล้ายคลึงกับการศึกษาของสินีนาท วราโภค และคณะ (Waraphok et al., 2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์ ผลการวิจัยพบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้ด้าน

สุขภาพมารดา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (β = .534, p < .0001)

ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการศึกษาโดยจบการศึกษาระดับชั้นระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 31.43 ประกาศนียบัตรขั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 23.81 มัธยมศึกษา ร้อยละ 39.05 และประถมศึกษา ร้อยละ 5.71 (ตารางที่ 1) ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีการศึกษาที่แตกต่างกัน แต่เนื่องจากลักษณะของสังคมในปัจจุบันมีแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมากมาย จึงทำให้ผู้จะเป็นบิดาที่มีการศึกษาแตกต่างกัน สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้ง่ายขึ้น ดังนั้นระดับการศึกษาจึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้จะเป็นบิดา

รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา (ตารางที่ 3) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างมีรายได้น้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 44.76 มีรายได้ 15,000-29,999 บาท ร้อยละ 47.62 และมีรายได้มากกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 7.62 (ตารางที่ 1) ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างจะมีรายได้ที่แตกต่างกัน แต่ทุกคนมีสมาร์ทโฟน ทำให้สามารถสืบค้นข้อมูลด้านสุขภาพได้ตลอดเวลาที่ต้องการ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลทางด้านสุขภาพจากการมาฝากครรภ์ของภรรยาซึ่งอยู่ในไตรมาสที่ 2 และ 3 ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้รายได้จึงไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลผดุงครรภ์ควรนำผลที่ได้จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงกิจกรรมการพยาบาล เพื่อช่วยให้ผู้จะเป็นบิดามีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง อันนำไปสู่การส่งเสริมและธำรงการมีสุขภาพดีของตนเอง ภรรยาที่ตั้งครรภ์ และทารกในครรภ์

ด้านการศึกษาพยาบาล

นำข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความวิตกกังวล และการสนับสนุนทางสังคม ไปเป็นแนวทางเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนด้านการผดุงครรภ์ เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ เกิดความตระหนักเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา นำไปสู่การปฏิบัติหน้าที่ ดูแล สนับสนุนและช่วยเหลือภรรยาขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในบิดากลุ่มอื่นๆ เพิ่มเติม เพื่อศึกษาความแตกต่างและลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในแต่ละกลุ่ม เช่น บิดาวัยรุ่น บิดาที่ภรรยามีภาวะแทรกซ้อนระหว่างการตั้งครรภ์ เป็นต้น

2. ควรทำการศึกษาปัจจัยทำนาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพบิดาในผู้จะเป็นบิดา

References

Davidson, M. R., London, M., & Ladewig, P. A. (2019). *Old' s maternal - newborn nursing & Women' s Health across the lifespan* (11th ed.). New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods, 41*(4), 1149-1160. doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149

Hoffman, J. (2011). *Father factors: What social science research tells us about fathers and how to work with them.* Retrieved from https://www.fatherhood.gov/research-and-resources/father-factors-what-social-science-research-tells-us-about-fathe rs-and-how-work

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Mass: Addison - Wesley.

Intarakamhang, U. (2017). *Health literacy: Scale and development.* Bangkok: Sukhumvit Printing. (in Thai)

Knapp, C., Madden, V., Wang, H., Sloyer, P., & Shenkman, E. (2011). Internet use and Health literacy of low-income parents whose children have special health care needs. *Journal of Medical Internet Research, 13*(3), e1697. doi.org/10.2196/jmir.1697

Lu, M. C., Jones, L., Bond, M. J., Wright, K., Pumpuang, M., Maidenberg, M., . . . Rowley, D. L. (2010). Where is the F in MCH? Father involvement in African American families. *Ethnicity & Disease, 20,* S2-49-S2-61.

Manganello, J. A. (2008). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research, 23*(5), 840-847. doi.org/10.1080/10810730.2010.499987

Nuntapong, P., Sansiriphun, N., & Baosoung, C. (2017). Factors related to father involvement among first time expectant fathers. *Nursing Journal, 44*(Supplement (1)), 96-106. (in Thai)

Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine, 67*(12), 2072-2078. doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050

Peplau, H. E. (1989). *Interpersonal theory in nursing practice: Selected works of Hildegard E. Peplau:* Philadelphia: Springer Publishing.

Plantin, L., Olykoya, A., & Ny, P. (2011). Positive health outcomes of fathers' involvement in pregnancy and childbirth paternal support: A scope study literature review. *Fathering, 9*(1), 87-102. doi:10.3149/fth.0901.87

Prompeng, N. (2018). The role of nurse-midwife on supporting paternal role development in a first-time father. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 19*(2), 63-69. (in Thai)

Ratzan, S. C., & Parker, R. M. (2000). *Health literacy. USA: Department of Health and Human Services.* Retrieved from https://webharvest.gov/peth04/20041105213541/http://www.nlm.nih.gov/pubs/cbm/hliteracy.pdf

Sansiriphun, N. (2009). *Becoming a first-time father among Thais* (Doctoral dissertation). Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand. University, Thailand.

Sansiriphun, N., Kantaruksa, K., Klunklin, A., Baosuang, C., & Jordan, P. (2010). Thai men becoming a first time father. *Nursing & Health Sciences, 12*(4), 403-409. doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00549.x

Shives, L. R. (2008). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing* (7th ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Sørensen, K. (2019). *Paternal health literacy.* Retrieved from https://www.linkedin.com/pulse/paternal-health-literacy-kristine- sørensen/

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health, 12*(1), 1-13.

Spielberger, C.D. (1976). The nature and measurement of anxiety. In C.D. Spielberger, & R. Diaz-Guerrero (Eds.), *Cross-cultural anxiety* (pp. 3-12). Washington: Hemisphere.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory (from Y).* New York: Consulting Psychologists.

Suramaitee, B., (2013). *Individual study: Health literacy and situation of operation to enhance the health literacy of Thai people in order to support the ASEAN community.* Bangkok: Institute of Foreign Affairs. (in Thai)

Sutiruk, K. (2000). Effects of educational program on spouses' perceived self-efficacy, and outcome expectancy in caring for their pregnant. *Songklanagarind Journal of Nursing, 20*(2), 110-122. (in Thai)

Thapinta, D. (1991). *Reduction of anxiety of staff nurses working with AIDS patients through cognitive reconstructing and mindfulness training* (Doctoral Dissertation). Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand.

Waraphok, S., Ratinthorn, A., & Limruangrong, P. (2020). Factors influencing maternal health literacy in pregnant women. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 35*(1), 86-98. (in Thai)

World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary.* Switzerland: Health education and health promotion unit. Retrieved from https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf

Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. (2017). Prevalence and risk factors of low health literacy: A community-based study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 14*(6), 628.

ผลของการจัดท่าและการใช้หมอนหนุนต่อระดับความดันโลหิตของมารดาและอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ในสตรีที่ได้รับการตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์

Effect of Position and Pillow Support on Maternal Blood Pressure and Fetal Heart Rate Among Pregnant Women During Continuous Monitor Cardiotocography

จิราณี	ปัญญาปิน *	Jiranee	Panyapin *
ปรางวลี	อนุภาพวิเศษกุล **	Prangwalee	Anupapvisedkul **
ศรัญญา	โสภาณะ ***	Saranya	Sophana ***

บทคัดย่อ

การตรวจติดตามการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง มีโอกาสทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงายซึ่งมีผลทำให้การไหลเวียนโลหิตไปยังมดลูกลดลง และเป็นความเสี่ยงของความผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ การวิจัยนี้เป็นแบบกึ่งทดลอง ชนิด 2 กลุ่มแบบวัดผลซ้ำ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดท่า และการใช้หมอนหนุนต่อระดับความดันโลหิตของสตรีตั้งครรภ์ อัตราการเต้นของหัวใจของทารกในครรภ์ และความสุขสบายของสตรีที่ได้รับการตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ กลุ่มตัวอย่างคือ สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ มารับบริการตรวจด้วยเครื่องตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ ในโรงพยาบาลระดับอำเภอสองแห่งในจังหวัดเชียงราย สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 35 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน กลุ่มทดลองได้รับการปฏิบัติรูปแบบใหม่ด้วยการจัดท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย ร่วมกับการใช้หมอนหนุนในขณะตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ ส่วนกลุ่มควบคุมให้การดูแลตามปกติโดยการจัดท่านอนตามปกติไม่ได้ใช้หมอนหนุนในขณะตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ เก็บรวบรวมข้อมูล ค่าความดันโลหิต ชีพจร อัตราการเต้นของหัวใจทารก และแบบประเมินความสุขสบายของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบทีอิสระ และสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า เมื่อเสร็จสิ้นการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต และอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ เพิ่มขึ้นจากก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสุขสบายโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะว่า การจัดท่านอนร่วมกับการใช้หมอนหนุนในขณะตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ ช่วยป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงาย ลดความเสี่ยงของความผิดปกติของอัตราการเต้นหัวใจทารกในครรภ์ และเพิ่มการรับรู้ความสุขสบายขณะตรวจได้ จึงสามารถนำวิธีปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในการให้บริการได้

คำสำคัญ: การตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ท่านอนศีรษะสูงเล็กน้อย การใช้หมอนหนุน การตั้งครรภ์

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
e-mail: jiranee.pan@mfu.ac.th
** อาจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเชียงแสน

วันที่รับบทความ 5 กันยายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 29 กันยายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2564

Abstract

During continuous monitor cardiotocography pregnant woman have risk for supine hypotension that effect for utero placenta blood flow and risk for abnormal fetal heart rate pattern. This quasi-experimental research with two groups and repeated measurement design, aimed to determine the effect of position and pillow support on blood pressure level and fetal heart rate among pregnant women during continuous monitor cardiotocography, Chiang Rai Province. In this study, purposive sampling technique was used, seventy pregnant women with gestational age more than 36 weeks without complications during continuous monitor cardiotocography in two community hospitals, Chiang Rai Province were recruited. The samples were equally divided into an experimental group and control group, with 35 subjects in each group. The experimental group participated in the new intervention, semi-fowler's position and pillow support, while the control group received routine care by adopting the normal position without pillow support during continuous monitor cardiotocography. Data were collected using a questionnaire to assess blood pressure level, pulse rate, fetal heart rate, and perception of comfort during continuous monitor cardiotocography. Data analysis was performed using descriptive statistics, independent t-test and one-way ANOVA.

The results showed that after the intervention, the experimental group had higher mean blood pressure, and fetal heart rate than the pre-test and a higher value than the control group ($p < .01$). According to the continuous monitor cardiotocography, the experimental group had greater perceived comfortable than that of the control group ($p < .05$).

The results of this study suggest that the change of new position and the pillow support during continuous monitor cardiotocography may prevent supine hypotension reduce the risk of abnormal fetal heart rate and increase perceived comfortable. Therefore, this intervention could promote during prenatal care.

Keywords: Continuous monitor cardiotocography, Semi-fowler's position, Pillow support, Pregnancy

* Corresponding Author, Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University; e-mail: jiranee.pan@mfu.ac.th
** Lecturer, School of Nursing, Mae Fah Luang University
*** Registered Nurse, Chiang Sean Hospital.

Received 5 September 2021; Revised 29 September 2021; Accepted 27 October 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การดำเนินการตามแนวปฏิบัติการดูแลสตรีตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ทารกในครรภ์ทั้งในระยะตั้งครรภ์ และการคลอดนั้น สตรีตั้งครรภ์จะได้รับการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ทุกราย ตั้งแต่อายุครรภ์มากกว่า 32 สัปดาห์ ขึ้นไป และในระยะคลอดจะมีการเฝ้าระวังสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่อง โดยการนำเครื่องมือติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง (continuous cardiotocography: CTG) หรือการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (electronic fetal monitoring: EFM) สตรีตั้งครรภ์เหล่านี้จะได้รับการเตรียมโดยจัดให้อยู่ในท่านอนหงายเป็นระยะเวลา 20-40 นาที เมื่อสตรีตั้งครรภ์นอนหงายเป็นเวลานานๆ จึงมักมีอาการหน้ามืด วิงเวียนศีรษะ จะเป็นลม ในที่สุดอาจพบมีความดันเลือดต่ำจากการนอนหงาย (supine hypotension) เนื่องจากมดลูกที่มีขนาดใหญ่มากขึ้นกดหลอดเลือดดำใหญ่ (inferior vena cava) ในช่องท้อง จนทำให้ปริมาณเลือดไหลกลับสู่หัวใจได้ลดลง และทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกายลดลง (Cunningham et al., 2018) นอกจากนั้นผลการศึกษาพบว่า สตรีตั้งครรภ์ที่นอนตะแคงขวา หรือนอนหงายในช่วงก่อนคลอด มีแนวโน้มที่จะทำให้ทารกเสียชีวิตในครรภ์ เนื่องจากท่านอนดังกล่าวกดทับเส้นเลือดดำส่วนล่าง ส่งผลให้ร่างกายลำเลียงออกซิเจนไปยังทารกในครรภ์ได้จำกัด ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกลดต่ำลงด้วย (Ibrahim, Elgzar, & Saied, 2021) ผลของภาวะความดันโลหิตต่ำที่รุนแรงอาจส่งผลให้มารดาเสียชีวิตและทารกเกิดภาวะขาดออกซิเจน (Thongsong, 2021)

การป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในระยะตั้งครรภ์ หรือระยะรอคลอด เมื่อสตรีตั้งครรภ์ได้รับการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์จึงเป็นบทบาทของพยาบาลในการจัดการปัญหาดังกล่าว จากการศึกษาพบว่ามีหลากหลายวิธี เช่น การจัดท่านอนศีรษะสูง หรือการจัดท่านอนตะแคง (Monga, & Mastrobattista, 2014) การจัดท่านอนตะแคงซ้าย ท่าศีรษะสูงเล็กน้อย (semi-fowler's position) ช่วยป้องกันความดันโลหิตต่ำ และส่งผลให้อัตราการเต้นของหัวใจทารกเพิ่มสูงขึ้น ขณะตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (Ibrahim et al., 2021) ดังผลการศึกษาของ ผ่องพิศ มุกดาสกุลภิบาล และ บุบผา ธรรมานุภาพ (Mukdasakunpiban, & Thammanupab, 2019) ที่มีการจัดท่านอนผู้คลอดขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยจัดท่านอนหงาย และหนุนบริเวณสะโพกขวา สามารถช่วยป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำได้ งานวิจัยที่มีการทดลองใช้ฟองน้ำหนุนบริเวณด้านหลังส่วนล่างด้านขวาของสตรีตั้งครรภ์ ร่วมกับการจัดท่าศีรษะสูง หนุนข้อสะโพกซ้ายยกสูงขึ้นเล็กน้อย ส่งผลให้สามารถลดภาวะความดันต่ำในท่านอนหงายได้ (Kim et al., 2011) วิธีการหนุนบริเวณใต้เชิงกรานด้านขวาของสตรีตั้งครรภ์หรือผู้คลอด ในการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง สามารถป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำที่รุนแรงขณะนอนหงายได้อย่างมีนัยสำคัญ (Khalifa, 2019) เมื่อมีการจัดท่าโดยหนุนสะโพกขวาให้ท้องเอียงไปทางซ้าย พบว่าอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลง (Anusorntanawat, 2015)

ถึงแม้ว่าการจัดท่านอนให้สตรีตั้งครรภ์นอนหงายศีรษะสูงหรือนอนตะแคงขณะรับการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์จะช่วยป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำได้ แต่จากประสบการณ์ของผู้วิจัยในการปฏิบัติ พบว่าการนอนหงายศีรษะสูงหรือนอนตะแคงเป็นเวลานาน ทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความเมื่อยล้า ไม่สุขสบาย และเมื่ออยู่ในท่านอนตะแคง ขณะทำหัตถการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ต้องติดเครื่องมือเป็นระยะเวลาที่นานขึ้น เนื่องจากสัญญาณอาจขาดหายไปเมื่อสตรีตั้งครรภ์ขยับตัว การอ่านค่ากราฟขาดหายเป็นช่วงๆ ขณะตรวจ ส่งผลให้การจัดท่าดังกล่าวไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ (Kunsiripunyo, 2019) แม้ว่าการนอนตะแคงซ้ายจะช่วยทำให้สุขสบายมากขึ้น ช่วยลดอาการหน้ามืด ตาลาย วิงเวียนศีรษะ หรือภาวะความดันโลหิตต่ำในท่านอนหงาย แต่ท่านอนตะแคงหากนำมาใช้ในการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ส่งผลให้ประสิทธิภาพของผลการตรวจคลื่นหัวใจทารกในครรภ์ ตำแหน่งของการตรวจอัตราการเต้นหัวใจทารกเลื่อนหรือหลุดได้ง่าย (Thanafai et al., 2019) ดังนั้น

การจัดท่านอนของสตรีตั้งครรภ์ขณะรับการตรวจสุขภาพของทารกในครรภ์โดยใช้เครื่องมือต่าง ๆ ดังกล่าวจึงควรคำนึงถึงการป้องกันความดันโลหิตต่ำ ประสิทธิภาพของการตรวจ และความสุขสบายของสตรีตั้งครรภ์ด้วย

คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบ การจัดท่านอนนอนตะแคงหรือการจัดท่าปกติทั่วไป กับวิธีการรูปแบบใหม่โดยจัดท่านอนหงายศีรษะสูงเล็กน้อยร่วมกับการใช้หมอนหนุนบริเวณสะโพกหรือใต้เข่าขวา ซึ่งคณะผู้วิจัยได้ประดิษฐ์ “หมอนหนุน” ขึ้นมาเพื่อลดอาการกดทับของมดลูกต่อเส้นเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงทารกในครรภ์ ในขณะตรวจติดตามการเต้นของหัวใจและการหดรัดตัวของมดลูก และเพื่อให้การตรวจมีประสิทธิภาพ รวมถึงสตรีตั้งครรภ์เกิดความสุขสบายขณะตรวจสุขภาพทารกในครรภ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของสตรีตั้งครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์

2. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์

3. เพื่อเปรียบเทียบความสุขสบาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์

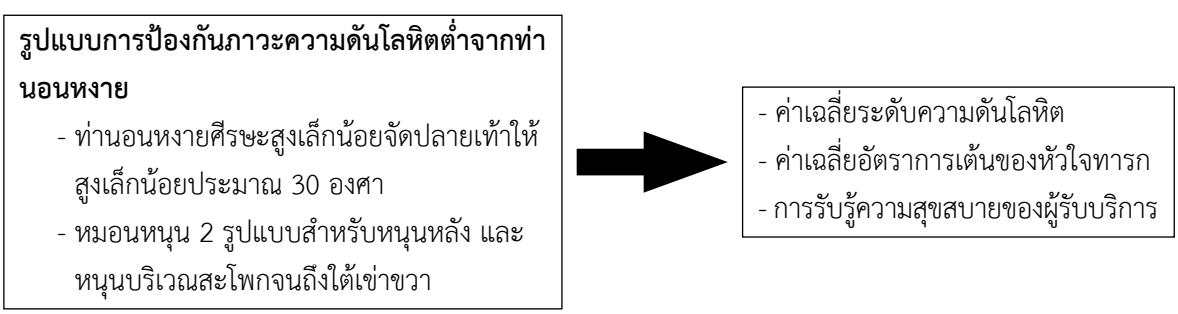
สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตของสตรีตั้งครรภ์ ภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

2. ค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

3. การรับรู้ความสุขสบายภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย



กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเป็นแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มอิสระ (two group independent) วัดผลซ้ำ ระหว่างตรวจ และหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ที่มารับบริการฝากครรภ์ โรงพยาบาลเชียงแสน และโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์ขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ จำนวน 70 คน ได้มาโดยการสุ่มจับสลากเข้ากลุ่ม ชนิดการสุ่มจำแนกกลุ่ม (Random Assignment) การสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ โดยกำหนดขนาดอำนาจของการทดสอบ (power) ที่ .80 ความคลาดเคลื่อน ประเภทที่ 1 (alpha) ที่ .05 และประมาณการขนาดอิทธิพล (effect size) เป็น 0.3 (medium) คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โปรแกรม G*power ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยแบบทดลองชนิดสองกลุ่ม กลุ่มละ 28 คน (Faul, 2014) เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและเพื่อความครบถ้วนของข้อมูลจึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 25 ซึ่งจะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 35 คน โดยการสุ่มแบ่งกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 35 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 35 คน โดยทำการศึกษาในโรงพยาบาลเชียงแสน และโรงพยาบาลแม่จัน ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ สตรีตั้งครรภ์ที่มารับบริการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (Non-stress test [NST]) ทุกกรณี (ทั้งครรภ์แรกและครรภ์หลัง) มีอายุระหว่าง 20-35 ปี อายุครรภ์ตั้งแต่ 36 สัปดาห์เป็นต้นไป และเป็นการตั้งครรภ์เดี่ยว

เกณฑ์การคัดออก คือ มีภาวะแทรกซ้อน มีภาวะอ้วน (Obesity) (BMI > 30 kg/m2) ทารกในครรภ์มีความผิดปกติ (Fetal anomalies) และปฏิเสธเข้าร่วมโครงการ

โดยการวิจัยครั้งนี้ไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่ออกจากการวิจัยก่อนการทดลองเสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน ส่วนสูง น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และระดับยอดมดลูก

1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการดูแลขณะตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ ด้วยเครื่องมือ NST ประกอบด้วย การได้รับรูปแบบการจัดท่าใหม่ร่วมกับการใช้หมอนหนุน (ได้รับ, ไม่ได้รับ) ค่าความดันโลหิต และอัตราการเต้นของหัวใจทารก โดยบันทึก 3 ช่วงเวลา ก่อนตรวจ ขณะตรวจ (10 นาที) และหลังตรวจ NST และรวมระยะเวลาที่ทำการตรวจ NST

1.3 แบบประเมินความสุขสบายของผู้รับบริการ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนา ตามแนวคิดของ Kolcaba (2003) จำนวน 10 ข้อคำถาม มีลักษณะเป็นมาตรวัดแบบลิเกิร์ต (Likert scale) จำนวน 5 ระดับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงความคิดเห็นว่ามีความรู้สึกสุขสบายที่เกิดขึ้นขณะตรวจ ตั้งแต่ มากที่สุด (5) มาก (4) ปานกลาง (3) น้อย (2) และไม่พึงพอใจ (1) ในระหว่างการตรวจและภายหลังการตรวจติดตาม NST

2. เครื่องมือในการดำเนินการวิจัยประกอบด้วย หมอนหนุน (pillow support) ซึ่งประดิษฐ์ขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ลักษณะของหมอนหนุนที่ใช้ในการทดลอง มีการออกแบบรูปร่างของหมอนจากการทบทวนวรรณกรรมและรูปทรงที่เหมาะสมกับการใช้งาน จำนวน 2 ใบ

ใบที่ 1 หมอนหนุนหลัง ประดิษฐ์โดยใช้หมอนฟองน้ำอัดแน่นห่อด้วยผ้า cotton รูปร่างคล้ายตัวไอ (I) หนุนแนวยาวตามกระดูกสันหลัง

ใบที่ 2 หมอนหนุนสะโพกจนถึงใต้เข่าขวา ประดิษฐ์โดยใช้หมอนฟองน้ำอัดแน่นห่อด้วยผ้า cotton รูปร่างคล้ายขวดน้ำ เพื่อควบคุมองศาคงที่ ให้เอียงทำมุม 30 องศา

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ผ่านการพิจารณาด้าน ความชัดเจน ความครอบคลุมของเนื้อหา และความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สูติแพทย์ 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านมารดา ทารก และการผดุงครรภ์ และระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงด้านการผดุงครรภ์ (APN) 1 ท่าน ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content

validity index) เท่ากับ 0.90

จากนั้นนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการวิจัย ทดลองใช้ในสตรีตั้งครรภ์จำนวน 10 ราย โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกลักษณะเช่นเดียวกับการวิจัยจริง ในโรงพยาบาลที่มีลักษณะการให้บริการใกล้เคียงกันกับสถานที่ที่ทำการทดลองปฏิบัติจริงในการวิจัย และประเมินรูปแบบสิ่งประดิษฐ์เกี่ยวกับความเป็นไปได้ ความยากง่ายในการใช้งาน ความปลอดภัยและประโยชน์ของสิ่งประดิษฐ์ โดยพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ ซึ่งรับผิดชอบให้บริการตรวจ NST จำนวน 5 ราย ผู้วิจัยใช้เครื่องวัดองศาดิจิตอล โดยวัดมุมองศาของเตียงและหมอนหนุนสะโพกเพื่อให้ได้องศาที่ตรงตามการประดิษฐ์หมอน หลังการทดลองใช้เสร็จสิ้นมีการประเมินประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการใช้หมอนหนุนและการจัดท่านอนโดยใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยวิธีวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ความสุขสบายเท่ากับ 0.87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เอกสารรับรองเลขที่ EC 20208-19 เมื่อวันที่ 24 ธันวาคม 2563 โดยก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจงตามเอกสารการชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วม และสามารถถอนตัวได้ตลอดการวิจัยโดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรับบริการและการตรวจรักษา กลุ่มตัวอย่างรับทราบและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยลงนามเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลจะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับและนำมาใช้ ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสุ่มจับสลากเข้ากลุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple Random Sampling) แต่เนื่องจากประชากรมีจำนวนไม่มากนัก กลุ่มตัวอย่างจึงมีโอกาสอย่างเท่าเทียมกันในการสุ่ม โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมให้เสร็จสิ้นตามจำนวนที่กำหนด จากนั้นจึงทำการศึกษาในกลุ่มทดลอง โดยกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่าตนเองอยู่ในกลุ่มใด การดำเนินการวิจัยระหว่างกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจัดกระทำในคนละช่วงเวลา

กลุ่มทดลอง ได้รับการจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา (semi-fowler's position) และใช้หมอนหนุนจำนวน 2 ใบ ใบแรกวางหนุนบริเวณแนวกระดูกสันหลัง (Lumbar 4-lumbar 5) ตามแนวยาวของลำตัว หมอนใบที่สอง หนุนสะโพกจนถึงใต้เข่าด้านขวาเอียง 30 องศา เพื่อลดการกดทับของมดลูกต่อหลอดเลือดดำ ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการเต้นหัวใจทารกในท่านอนหงาย ก่อนเริ่มทำการตรวจ NST ขณะทำการตรวจ NST ไปแล้ว 10 นาที (เป็นการตรวจประเมินครั้งที่ 2) และหลังตรวจ NST เสร็จสิ้น ประเมินความสุขสบายโดยใช้แบบสอบถามหลังกิจกรรมเสร็จสิ้น

กลุ่มควบคุม ให้การดูแลตามปกติโดยการจัดท่าตามปกติทั่วไป (ท่านอนตะแคง หรือท่านอนหงายศีรษะสูง >45 องศา) ไม่มีการหนุนหมอน เป็นระยะเวลา ไม่น้อยกว่า 20 นาที ตรวจวัดความดันโลหิต ชีพจร และอัตราการเต้นหัวใจทารกในท่านอนหงาย ก่อนเริ่มทำการตรวจ NST ขณะทำการตรวจ NST ไปแล้ว 10 นาที และหลังตรวจ NST เสร็จสิ้น ประเมินความสุขสบายโดยใช้แบบสอบถามหลังกิจกรรมเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และสถิติ chi square ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ independent t-test และทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test ข้อมูลมีการกระจายเป็นโค้งปกติ ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทำการตรวจติดตาม

สภาวะทารกในครรภ์ ด้วยสถิติ Independent t-test และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA)

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจทารก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังทำการตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ ด้วยสถิติ Independent t - test และวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มด้วยสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA)

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสุขสบายของการรับบริการ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ ด้วยสถิติ Independent t-test

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 70 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการจัดท่าและการใช้หมอนหนุนขณะตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ จำนวน 35 ราย และกลุ่มควบคุม คือกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติขณะตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ จำนวน 35 ราย จากการเปรียบเทียบโดยใช้สถิติไค-สแคว์ (Chi-square) และสถิติทีอิสระ (independent t-test) เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณสมบัติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีความแตกต่างกันในด้านลักษณะประชากร ดังนี้ กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 26.66 ปี (SD = 7.80) กลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 26.49 ปี (SD = 5.92) ทั้งสองกลุ่มประกอบอาชีพแม่บ้านมากที่สุด กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 37.17 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 34.29 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก กลุ่มทดลองมีอายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 37.46 สัปดาห์ (S.D = 1.40) กลุ่มควบคุมมีอายุครรภ์ปัจจุบันเฉลี่ย 38.14 สัปดาห์ (S.D = 1.14) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคุณลักษณะทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ independent t-test ไม่มีความแตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=70)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ
ช่วงอายุ (ปี)			3.863^{ns}
16-20	9 (25.71)	4 (11.43)	
21-25	8 (22.86)	15 (42.85)	
26-30	7 (20.00)	7 (20.00)	
31-35	5 (14.29)	5 (14.29)	
36-40	4 (11.43)	4 (11.43)	
> 41	2 (5.71)	0	
อาชีพ			2.341^{ns}
แม่บ้าน/ไม่ได้ประกอบอาชีพ	17 (48.58)	17 (48.58)	
เกษตรกร	7 (20.00)	5 (14.28)	
ค้าขาย	3 (8.57)	4 (11.43)	
รับจ้าง/พนักงานบริษัท	6 (17.14)	8 (22.86)	
ข้าราชการ	2 (5.71)	1 (2.85)	

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง จำนวน (ร้อยละ)	กลุ่มควบคุม จำนวน (ร้อยละ)	ค่าสถิติ
ระดับการศึกษา			.089^{ns}
ไม่ได้เรียน	5 (14.29)	5 (14.29)	
ประถมศึกษา	4 (11.43)	12 (34.29)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	13 (37.15)	8 (22.86)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	9 (25.71)	7 (20.00)	
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	2 (5.71)	2 (5.71)	
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	2 (5.71)	1 (2.85)	
จำนวนการตั้งครรภ์			3.516^{ns}
ครรภ์แรก	19 (54.29)	12 (34.29)	
ครั้งที่ 2	9 (25.71)	14 (40.00)	
ครั้งที่ 3	4 (11.43)	6 (17.14)	
ครั้งที่ 4	2 (5.71)	3 (8.57)	
มากกว่า 5 ครั้ง	1 (2.86)	0	
อายุครรภ์ ปัจจุบัน	M = 37.46 (S.D = 1.40)	M = 38.14 (S.D = 1.14)	3.516^{ns}
BMI ปัจจุบัน (M = 28.64, S.D = .45)	M = 28.11 (S.D = 3.81)	M = 29.17 (S.D = 3.72)	.105^{ns}

ns=not significant, chi-square, t-test for independent sample

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดัน systolic, diastolic ชีพจร และอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ในช่วงก่อนทำการตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวิเคราะห์สถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p > .05$) เพื่อให้มั่นใจว่าความแตกต่างที่เกิดขึ้นภายหลังการทดลองเป็นผลจากการจัดท่านอนและใช้หมอนหนุน ไม่ใช่เพราะความแตกต่างกันของตัวแปรก่อนทำการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับความดัน systolic, diastolic ชีพจร และอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ก่อนและหลังตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ independent t-test (n = 70)

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*t*	*p*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Systolic						
ก่อนตรวจ	118.69	13.16	120.60	12.52	-.623	.535^{ns}
หลังตรวจ	120.11	9.75	112.31	8.19	-96.198	.001

กลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		*t*	*p*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
Diastolic						
ก่อนตรวจ	69.00	8.73	77.09	7.13	-4.244	.537[ns]
หลังตรวจ	74.46	7.33	68.66	6.69	-75.490	.001
Fetal heart rate						
ก่อนตรวจ	146.60	8.01	147.63	8.26	-.529	.599[ns]
หลังตรวจ	148.09	6.94	135.00	8.24	10.351	.000

ns = non-significant

เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับค่าความดัน systolic ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ โดยใช้สถิติทดสอบ one way ANOVA พบว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดัน systolic ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3 โดยกลุ่มทดลองมีค่าความดัน systolic สูงขึ้นกว่าก่อนทำการตรวจ NST และสูงกว่ากลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมที่มีค่าเฉลี่ยความดัน systolic ลดลงกว่าก่อนทำการตรวจ NST ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบระดับค่าความดัน diastolic ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังตรวจติดตามสภาวะทารกในครรภ์ โดยใช้สถิติทดสอบ one way ANOVA พบว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดัน diastolic ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3 หลังทำการตรวจ NST กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดัน diastolic สูงขึ้นกว่าก่อนทำการตรวจ NST และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ (fetal heart rate) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ โดยใช้สถิติทดสอบ one way ANOVA พบว่า มีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 3 หลังการตรวจ NST ของกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ สูงกว่าก่อนการตรวจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย systolic, diastolic, Fetal heart rate ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (n = 70)

แหล่งความแปรปรวน	df	Mean Square	F	*p*
Systolic				
ระหว่างกลุ่ม	1	1064.700	13.132	.001**
ภายในกลุ่ม	68	81.075		
Diastolic				
ระหว่างกลุ่ม	1	588.700	11.948	.001**
ภายในกลุ่ม	68	49.273		

แหล่งความแปรปรวน	df	Mean Square	F	*p*
Fetal heart rate				
ระหว่างกลุ่ม	1	2996.629	51.656	.000**
ภายในกลุ่ม	68	58.011		

** p< .01

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย การรับรู้ความรู้สึกความสุขสบายโดยรวม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติทดสอบค่าทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขสบายโดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุม การรับรู้ความสุขสบายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p <.05) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความสุขสบาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังตรวจตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ (n = 70)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (35 คน)		กลุ่มควบคุม (35 คน)		*t*	*p*
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
ความสุขสบายโดยรวม	33.00	2.11	29.37	1.42	3.89	0.05*

* p < .05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า การจัดท่าและการใช้หมอนหนุนมีผลต่อค่าเฉลี่ยความดัน systolic และ diastolic ภายหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p < .01) อธิบายได้ว่า การจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา (semi-fowler's position) จัดปลายเท้าให้สูงเล็กน้อยประมาณ 30 องศา ร่วมกับสอดหมอนหนุนใบแรกบริเวณแนวกระดูกสันหลัง (Lumbar 4-lumbar 5) ตามแนวยาวของลำตัว หมอนใบที่สองหนุนสะโพกจนถึงใต้เข่าด้านขวาเอียง 30 องศา ลดการกดทับของมดลูกต่อหลอดเลือดดำใหญ่ (inferior vena cava) จนทำให้ปริมาณเลือดไปเลี้ยงร่างกาย ลดลง (Cunningham et al., 2018) สอดคล้องกับการศึกษาของ ผ่องพิศ มุกดาสกุลภิบาล และ บุบผา ธรรมานุภาพ (Mukdasakunpiban & Thammanupab, 2019) ที่มีการจัดท่านอนผู้คลอดขณะผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องโดยจัดท่านอนหงาย โดยใช้หมอนฟองน้ำหนุนบริเวณสะโพกขวา เพื่อป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และงานวิจัยของ คิม และคณะ (Kim et al., 2011) ที่มีการทดลองใช้ฟองน้ำหนุนบริเวณด้านหลังส่วนล่างด้านขวา ของสตรีตั้งครรภ์ ร่วมกับการจัดท่าศีรษะสูงหนุนข้อสะโพกซ้ายยกสูงขึ้นเล็กน้อย ส่งผลให้สามารถลดภาวะความดันต่ำในท่านอนหงายได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ รติกร อนุสรธนาวัฒน์ (Anusorntanawat, 2015) ที่พบว่าการจัดท่าขณะนอนหงายในสตรีตั้งครรภ์และมีการหนุนสะโพกขวาให้ท้องเอียงไปทางซ้าย มีอุบัติการณ์ภาวะความดันโลหิตลดต่ำลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ คาร์ลิฟา (Khalifa, 2019) อธิบายว่าวิธีการหนุนบริเวณใต้เชิงกรานด้านขวาของสตรีตั้งครรภ์หรือผู้คลอดในการการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง สามารถป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำที่รุนแรงขณะนอนหงายได้อย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยอัตราการเต้นของ

หัวใจทารกในครรภ์ หลังการตรวจ NST ของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงกว่าก่อนการตรวจ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ทั้งนี้เพราะการใช้หมอนหนุนไว้ใต้เข่าและหนุนหลังของสตรีตั้งครรภ์ ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์สามารถนอนตะแคงซ้ายได้สุขสบายมากขึ้น ช่วยลดอาการหน้ามืด ตาลาย วิงเวียนศีรษะและจะเป็นลม เลือดจะไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย รวมทั้งกล้ามเนื้อมดลูกได้ตามปกติ (Lee, Khaw, Ngan Kee, Leung, & Critchley 2012) ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดไปยังมดลูกได้ดี อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์ในกลุ่มทดลองจึงสูงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญา แถวนาฝาย และคณะ (Thanafay et al., 2019) และ การศึกษาของ ชลาล์เลียไล และคณะ (Shahriari et al., 2014) ที่พบว่า ไม่มี fetal distress และ supine hypotension เพราะการจัดท่านอนดังกล่าว เพิ่มปริมาตรเลือดไหลคืนกลับสู่หัวใจได้ดีขึ้น ทำให้สามารถป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำจากการนอนหงาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ อัปบราฮิม และคณะ (Ibrahim et al., 2021) ที่พบว่าการจัดท่านอนตะแคงซ้ายของสตรีตั้งครรภ์ในขณะติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความดันโลหิตของผู้คลอดไม่ลดต่ำลง อัตราการเต้นของหัวใจทารกในครรภ์จึงไม่ผิดปกติ ดังนั้นการหนุนใต้เข่าผู้คลอดหรือสตรีตั้งครรภ์ให้สูงขึ้นหรือการเอียงเตียงไปด้านซ้าย ขณะเข้ารับการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์อย่างต่อเนื่องนั้น สามารถป้องกันภาวะความดันโลหิตต่ำในสตรีตั้งครรภ์ ช่วยลดการกดของมดลูกต่อเส้นเลือดดำที่ไหลกลับเข้าสู่หัวใจ (inferior vena cava) ส่งเสริมการไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงทารกในครรภ์ (Lee et al., 2012)

เมื่อเปรียบเทียบความสุขสบาย ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังการตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความสุขสบายโดยรวม สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การจัดท่านอนหงายศีรษะสูง 30 องศา (semi-flower position) จัดปลายเท้าให้สูงเล็กน้อยประมาณ 30 องศา ร่วมกับสอดหมอนหนุนบริเวณแนวกระดูกสันหลังและหนุนใต้เข่าขวา ทำให้สตรีตั้งครรภ์ ไม่เกิดการกดทับต่อแนวกระดูกสันหลัง ทำให้ไม่เกิดอาการปวดหลัง เอว หมอนที่ใช้ในการหนุน วัสดุทำมาจากฟองน้ำอัดแน่นร่วมกับห่อหุ้มด้วยผ้า cotton ญี่ปุ่น ที่มีความนิ่มเวลาสัมผัส จึงทำให้สตรีตั้งครรภ์รู้สึกนุ่มสบายไม่เกิดการกดทับของมดลูกกับเตียงตรวจ รู้สึกสุขสบายมากขึ้นนั่นเอง การปฏิบัติดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ของอภิญญา แถวนาฝาย และคณะ (Thanafay et al., 2019) ที่ใช้ท่านอนตะแคงซ้ายและใช้หมอนหนุนรูปพระจันทร์เสี้ยวหนุนด้านหลังสตรีตั้งครรภ์ ส่งผลให้เกิดความสุขสบายเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ลดอาการปวดหลังได้ ซึ่งเป็นการประเมินในขณะรอคลอด ไม่ได้ติดเครื่องมือตรวจ NST แตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่ไม่ใช้การจัดท่านอนตะแคง เพราะจะทำให้การตรวจสุขภาพทารกในครรภ์ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอ และใช้ระยะเวลาการตรวจนานขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการนำวิธีการจัดท่าและหมอนหนุนไปใช้ในการตรวจหรือหัตถการอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสตรีตั้งครรภ์ เช่น ขณะตรวจอัลตร้าซาวน์ การเจาะน้ำคร่ำ การเจาะเลือดจากสายสะดือทารกในครรภ์ หรือผู้คลอดขณะรอคลอดที่ต้องได้รับการตรวจติดตามอัตราการเต้นของหัวใจและการหดรัดตัวของมดลูกอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยป้องกันการเกิดภาวะความดันโลหิตต่ำขณะทำหัตถการต่างๆ เพิ่มประสิทธิภาพการไหลเวียนโลหิตไปยังทารกในครรภ์ และเพิ่มประสิทธิภาพการตรวจและเกิดความสุขสบาย ในขณะทำหัตถการในสตรีตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT)
2. ควรศึกษาถึงประสิทธิภาพการจัดท่านอน

หงายศีรษะสูงเล็กน้อยร่วมกับการใช้หมอนหนุน ขณะทำหัตถการที่ใช้ระยะเวลานาน ในสตรีตั้งครรภ์ หรือผู้คลอดขณะรอคลอด เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของการปฏิบัติต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ประจำปี 2564 ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

References

Anusorntanawat, R. (2015). Incidence and risk factors associated with spinal anesthesia induced pre-delivery hypotension for cesarean section. *Region 4-5 Medical Journal, 34*(4), 267-279.

Cunningham, F., Leveno, K. J., Bloom, S. L., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Casey, B. M., Spong, C. Y. (Eds.). (2018). *Williams Obstetrics.* (25th ed.). New York: McGraw-Hill.

Faul, F. (2014). *G*Power version 3.1.9.2* [Internet]. Retrieved from https://www.poycho.uni-duessldorf.de/abteilungen/aap/gpower3/

Ibrahim, H. A., Elgzar, W. T., & Saied, E. A. R. (2021). The effect of different positions during non-stress test on maternal hemodynamic parameters, satisfaction, and fetal cardiotocographic patterns. *African Journal of Reproductive Health, 25*(1), 81-89.

Khalifa, O. Y. A. (2019). Comparison of efficacy of different physical methods in preventing severe hypotension in cesarean deliveries in supine hypotension syndrome. *Research and Opinion in Anesthesia & Intensive Care, 6,* 108-111.

Kim, D. R, Sockol, L., Barber, J. P, Moseley, M., Lamprou, L., Rickels, K., O'Reardon, J. P, & Epperson, C.N. (2011). A survey of patient acceptability of repetitive transcranial magnetic stimulation (TMS) during pregnancy. *Journal of Affective Disorders, 129*(1-3), 385-390.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice.* New York: Springer Publishing.

Kunsiripunyo, J. (2019). Nurse's roles in intrapartum fetal surveillance using the continuous cardiotocography. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 30*(1), 226-238.

Lee, S., Khaw, K., Ngan Kee, W., Leung, T., & Critchley, L. (2012). Haemodynamic effects from aortocaval compression at different angles of lateral tilt in non labouring term pregnant women. *British Journal Anesthesia, 10*(1)9, 950-956.

Monga, M., & Mastrobattista, J. M. (2014). Maternal cardiovascular, respiratory, and renal adaptation to pregnancy. In R. K. Creasy, R. Resnik, J. D. Iams, C. J. Lockwood, T. R. Moore, & M. F. Greene (Eds.), *Creasy and Resnik's maternal-fetal medicine principles and practice* (7th ed). Philadelphia: Elsevier

Mukdasakunpiban, P., & Thammanupab, B. (2019). Effects of a program for prevention of hypotension in patients undergoing caesarean section under spinal anesthesia. *Region11 Medical Journal, 33*(1), 115-130.

Shahriari, A., Khooshideh, M., & Heidary, M. (2014). Prevention of hypotension during spinal anesthesia for caesarean section: Preload with crystalloids or hydroxyethyl starch. *Med Hypothesis Discovery Innovation Interdisciplinary, 1*(1), 1-20.

Thanafay, A., Suporn, C., Munchareng, S., Thongyod, P., Saithong, S., Prarom, S., & Onevicha, R. (2019). *CHAN CHOA KHA pillows help comfortable and safety before baby delivery.* 6th National Research Conference "Smart Society Development. Retrieved from http://61.19.238.50/PTU/images/journal/data/8-2-2019/4.pdf

Thongsong, T. (ed.). (2021). *Obstetrics* (6th ed.). Bangkok: Laxmirung.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2

Effects of a Self-efficacy Enhancement Program on Preventive Behaviors and Body Mass Index in People at risk of diabetes

ทิพย์สุมน	จิตตวงศพันธุ์ *	Tipsumon	Jittwongpan *
ปิ่นหทัย	ศุภเมธาพร **	Pinhatai	Supametaporn **
รุ้งนภา	ชัยรัตน์ **	Rungnapa	Chairat **

บทคัดย่อ

กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีโอกาสกลายเป็นผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ได้ หากไม่มีแนวทางป้องกันโรคเบาหวาน การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละเบ้ายา ตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน มีระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร อายุตั้งแต่ 35-59 ปี มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 50 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งพัฒนาขึ้นตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และ 2) แบบสอบถามทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งมีค่าประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .93 ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย 12 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเปรียบเทียบ ได้แก่ สถิติทีคู่ (paired t-test) และสถิติทีอิสระ (independent t-test)

ผลการวิจัย พบว่า

1. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ภายหลังสิ้นสุดการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากผลการวิจัย แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคและลดดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในการดูแลป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงได้

คำสำคัญ: กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน การรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการป้องกันโรค ดัชนีมวลกาย

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละเบ้ายา e-mail: tipsumon_j@hotmail.com

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับบทความ 4 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่แก้ไขบทความ 25 กุมภาพันธ์ 2562 วันที่ตอบรับบทความ 11 มีนาคม 2562

Abstract

People at risk of diabetes have a chance of becoming a new diabetic if they don't have a diabetes-preventing approach. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a self-efficacy enhancement program on preventive behaviors and body mass index in people at risk of type 2 diabetes. The study samples were 50 people who were screened for diabetes at Labaoya Health Promoting Hospitals in Amphoe Muang Nan, Nan Province. Participants blood glucose levels were at 100-125 mg./dL, and they were 35-59 years old. The subjects were assigned, by a simple random sampling method, to either an experimental or comparison group, with 25 in each. The comparison group received usual nursing care. The experimental group received the Self-Efficacy Enhancement Program which was developed based on Bandura's self-efficacy theory. The research instruments included 1) The Self-Efficacy Enhancement Program, and 2) General Information Questionnaires and Preventive Behaviors Questionnaires for people at risk of diabetes. The reliability of the Preventive Behaviors Questionnaires was obtained using Cronbach's alpha coefficient with a value of .93. The duration of implementation and data collection was 12 weeks. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and independent t - test.

The results revealed that:

1. After the intervention, the experimental group had an average score for preventive behavior higher than before participating in the program, with statistically significance at .001, and had an average score of body mass index lower than before participating in the program, with statistically significance at .001

2. After the intervention, the experimental group had an average score for preventive behavior higher than that of the comparison group with statistical significance at .001, and had an average body mass index lower than the comparison group with statistical significance at .01

The result shows that the Self-Efficacy Enhancement Program could improve preventive behaviors and decrease body mass index in people at risk for diabetes, and can be used for guiding nurses in health promoting hospitals to prevent diabetes mellitus in people at risk for diabetes.

Keywords: People at risk of diabetes, Perceived self-efficacy, Preventive behavior, Body mass index

* Corresponding Author, Registered Nurse, Health Promotion Hospital Ban La bao Ya; e-mail: tipsumon_j@hotmail.com
** Lecturer, Faculty of Nursing, Naresuan University

Received 4 February 2019; Revised 25 February 2019; Accepted 11 March 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ จากรายงานของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, 2017) ทั่วโลกมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน 425 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มเป็น 629 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน 5 ล้านคนต่อปี สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย มีรายงานพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน 5,726.56 ต่อแสนประชากร และมีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็นอัตราป่วยตาย 2,399.71 ต่อแสนประชากร (Ministry of Public Health, 2018) กระทรวงสาธารณสุขจึงมีมาตรการเชิงรุกเพื่อลดอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานและผลกระทบที่ตามมา ด้วยการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานในประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปเพื่อค้นหาผู้ที่มีภาวะเสี่ยงเบาหวาน (Prediabetes) ซึ่งคือผู้ที่ได้รับการตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (Fasting plasma glucose หรือ FPG) มีค่าระหว่าง 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือได้รับการตรวจพลาสมากลูโคสที่ 2 ชั่วโมงหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส 75 กรัม มีค่าระหว่าง 140-199 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ที่เรียกว่า impaired glucose tolerance (IGT) หรือมีค่าน้ำตาลเกาะเม็ดเลือดแดง (Hemoglobin A1C) ≥ ร้อยละ 5.7 ถึง < ร้อยละ 6.5 (American Diabetes Association, 2018) แล้วนำกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้มาให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งในแผนงานที่ 3 ด้านการป้องกันควบคุมโรคและลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2560 ได้กำหนดเกณฑ์เป้าหมายให้มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงไม่เกินร้อยละ 2.40 และอัตราประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตรับผิดชอบของปีที่ผ่านมาได้ผ่านกระบวนการตามรูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานอย่างน้อย ร้อยละ 30 (แผนงานยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2560) อย่างไรก็ตาม ข้อมูลจากการคัดกรองโรคเบาหวานของจังหวัดน่าน ในปี พ.ศ. 2560 พบว่า อำเภอเมืองน่าน เป็นอำเภอที่มีการตรวจคัดกรองและพบกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 6.82 ของประชาชนที่มาตรวจคัดกรอง และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.61 และจากข้อมูลการคัดกรองโรคเบาหวานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) บ้านละเบ้ายา ซึ่งเป็น รพ.สต.หนึ่งในอำเภอเมืองน่าน พบว่ามีกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 5.22 ซึ่งในจำนวนนี้ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่สูงถึง ร้อยละ 4.40 (Ministry of Public Health, 2018) ซึ่งสูงกว่าของอำเภอเมืองน่านและสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แม้ว่าในทุกปีที่ผ่านมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละเบ้ายา จะมีแนวทางการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอยู่แล้ว โดยการให้คำแนะนำในการดูแลตนเองและเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้หลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา และบุหรี่) และมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดซ้ำทุก 1 ปี แต่พบว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานเหล่านี้ยังมีแนวโน้มสูงที่จะกลายเป็นโรคเบาหวานในเวลาต่อมา สอดคล้องกับรายงานที่ผ่านมาซึ่งพบว่า กลุ่มเสี่ยงเหล่านี้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมก็จะก้าวไปสู่การเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในอีก 5-10 ปี ข้างหน้า (Srivanichakorn, 2009; Bansal, 2015)

องค์กรด้านการดูแลจัดการโรคเบาหวานระดับนานาชาติและระดับชาติ ได้แก่ สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา (American Diabetes Association, 2018) ได้เสนอแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยมีเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานสำหรับคนเอเชียและคนไทย ประกอบด้วย 1) การลดน้ำหนักลงให้ได้ร้อยละ 5-7 จากน้ำหนักเบื้องต้น โดยเฉพาะผู้ที่อ้วนหรือมีดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) เท่ากับหรือมากกว่า 23 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) การออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น การเดินเร็ว การวิ่งเหยาะ และการแกว่งแขน สัปดาห์ละอย่างน้อย 150 นาที 3) การรับประทานอาหารที่มีใยอาหาร โดยมีอัตราส่วนใยอาหาร 14 กรัมต่อพลังงาน 1,000 แคลอรี่ และ 4) การลดอาหารหวาน

ที่ใส่น้ำตาล โดยปริมาณน้ำตาลทั้งวันต้องไม่เกินร้อยละ 5 ของพลังงานรวม (ประมาณ 3-6 ช้อนชา) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำรงชีวิตด้านการบริโภคอาหารให้เหมาะสม และการออกกำลังกายอย่างเพียงพอ สามารถลดการเกิดโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 58 (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมยังช่วยลดการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด มีประสิทธิภาพในการลดระดับ HbA1C ร้อยละ 0.5-2 และมีผลดีต่อร่างกายอีกหลายประการ เช่น การลดหรือควบคุมน้ำหนัก (American Diabetes Association, 2018)

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Perceived self-efficacy) เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Supanpiew & Intaranongpai, 2016; Suphunnakul, Charonesrimaung, Singhadej, Songthap, & Junsukon,2018; Chen, & Lin, 2013; Chen, Wang, & Hung, 2015) รวมถึงการควบคุมน้ำหนัก (Cioffi et al., 2018) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน คือความเชื่อของบุคคลต่อความสามารถของตนเองในการดำเนินการกระทำพฤติกรรมเป้าหมายที่มีผลต่อชีวิตของตนเอง มีบทบาทสำคัญเป็นตัวกำหนดความคิด ความรู้สึก และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนยังมีอิทธิพลต่อความพยายามของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องถ้าบุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการแสดงพฤติกรรมนั้น แต่ถ้ามีความเชื่อว่าตนเองไม่มีความสามารถก็จะหลีกเลี่ยงการแสดงพฤติกรรมสุขภาพนั้น (Bandura, 1977; Bandura, 1986) จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่า การศึกษาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูราในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานยังมีน้อย ได้แก่ การศึกษาของ ดารณี ทองสัมฤทธิ์, กนกวรรณ บริสุทธิ์, และ เยาวลักษณ์ มีบุญมาก (Thongsumrit, Meebunmak, & Borisut, 2017) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ใช้ระยะเวลาในการศึกษานาน 12 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มเสี่ยงมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองมากกว่า และมีระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่าก่อนการทดลอง และการศึกษาของ ทิพย์สุดา แสนดี, ยุวดี ลีลัคนาวีระ, และ พรนภา หอมสินธุ์ (Sandee, Leelukkanaveera, & Homsin, 2017) ศึกษาผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนัก และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน ใช้ระยะเวลาดำเนินการทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีผลต่างของน้ำหนักตัวและค่าน้ำตาลในเลือดลดลง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ วราลี วงศ์ศรีชา (Wongsricha, 2012) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม พบว่าประชากรกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมากขึ้น พฤติกรรมการรับประทานอาหารและออกกำลังกายเปลี่ยนแปลงดีขึ้น สามารถจัดการความเครียดได้ดีขึ้น และมีค่าดัชนีมวลกาย ความยาวเส้นรอบเอว และผลน้ำตาลในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่าระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษารวมถึงประสิทธิผลของโปรแกรมต่อดัชนีมวลกายยังไม่ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติและมีหน้าที่ในการจัดการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนรวมถึงกลุ่มเสี่ยง จึงสนใจจะศึกษาผลของโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานประจำปี พ.ศ. 2560 จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละเบ้ายา อำเภอเมืองน่าน

จังหวัดน่าน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977; Bandura, 1986) ใน 4 แหล่ง ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ 2) การกระทำที่ประสบความสำเร็จ 3) การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด เพื่อเป็นความรู้และเป็นประโยชน์ต่อแนวทางการดูแลสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรวมถึงการควบคุมโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และค่าดัชนีมวลกาย หลังการทดลองในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977; Bandura, 1986) และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในส่วนของแหล่งส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน 4 แหล่ง พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ โดยให้กลุ่มเสี่ยงฝึกกำหนดลมหายใจเข้าออกตามหลักอาณาปานสติ เพื่อให้จิตใจและอารมณ์ผ่อนคลายจากความเครียด 2) การกระทำที่ประสบความสำเร็จ โดยให้กลุ่มเสี่ยงฝึกทักษะการกำหนดและควบคุมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายของตนเองตามเป้าหมายที่ตนเองกำหนด 3) การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น โดยให้กลุ่มเสี่ยงได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับการดูแลตนเองกับบุคคลต้นแบบซึ่งเคยเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นประจำและต่อเนื่อง จนสามารถกลับมาเป็นกลุ่มปกติ และ 4) การพูดโน้มน้าว โดยการพูดให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ชักจูงโน้มน้าวให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมน้ำหนัก พร้อมทั้งแนะนำกระตุ้นให้กำลังใจและกล่าวชื่นชม เสริมแรงในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมพบกลุ่ม โทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล แนะนำกระตุ้นให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมเสริมแรงในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องที่บ้าน เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ด้าน พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย และดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) เป็นแบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - posttest two group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานเบื้องต้นประจำปี พ.ศ.2560 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านละเบ้ายา

ตำบลสะเนียน อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร และอายุตั้งแต่ 35-59 ปี จำนวน 159 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด คือ 1) มีดัชนีมวลกายตั้งแต่ 23.0-24.99 กิโลกรัมต่อตารางเมตร 2) ไม่รับประทานยาที่มีผลต่อระดับน้ำตาลและน้ำหนักตัว 3) ไม่มีโรคประจำตัวหรือภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคมะเร็ง และการตั้งครรภ์ และ 4) สามารถสื่อสารด้วยการพูด อ่าน เขียนภาษาไทย ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวนทั้งหมด 121 คน จากนั้นคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืน จำนวน 50 คน แล้วแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ด้วยวิธีสุ่มจำแนกกลุ่ม (Random assignment) ได้กลุ่มทดลอง 25 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้กำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ (Power Analysis) = .80 (Polit & Beck, 2012) ขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากค่าอิทธิพล (Effect size) ประมาณค่าของขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มและคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของเกรซ (Glass, 1976) จากการคำนวณ นำค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) = 0.80 มาประมาณขนาดตัวอย่างจากตารางขนาดตัวอย่างในภาคผนวกที่ α = 0.05 , Power = 0.80 ขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มเท่ากับ 25 คน จึงมีขนาดตัวอย่างอย่างน้อย 25 คนต่อกลุ่ม นั่นคือ ได้กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 25 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีมวลกาย ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977; Bandura, 1986) และจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ 1) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ 2) การกระทำที่ประสบความสำเร็จ 3) การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น และ 4) การชักจูงด้วยคำพูด

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก มีพ่อ แม่ พี่ น้องหรือญาติสายตรงป่วยเป็นโรคเบาหวาน น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร ระดับความดันโลหิต การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา 2) แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ประกอบด้วย 2 ด้าน คือ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2557 และ พ.ศ. 2560 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีเนื้อหาสอดคล้องกับบริบทของชุมชนและแผนการสอนสุขศึกษาตามโปรแกรม ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ รวมทั้งหมด 30 ข้อคำถาม คะแนนเต็ม 150 คะแนน ข้อคำถามมีทั้งความหมายทางบวกและทางลบ ซึ่งข้อความหมายทางบวกมี 28 ข้อ เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนน คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 5 คะแนน ค่อนข้างบ่อย ให้ 4 คะแนน บางครั้ง ให้ 3 คะแนน นานๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน และไม่เคยเลย ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามทางบวก

ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง ประกอบด้วย 1) สมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน 2) เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง เครื่องคิดเลข ใช้สำหรับการหาค่าดัชนีมวลกาย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ดำเนินการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน โดยความตรงของเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยง

เบาหวานชนิดที่ 2 ได้เท่ากับ .94 ส่วนการหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ได้เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร เลขที่ โครงการ 0145/61 ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินตามขั้นตอนการวิจัย ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัยและให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยใช้รหัสแทนชื่อ ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับเท่านั้น เมื่อผลการวิจัยครั้งนี้มีประสิทธิผลที่ดี จะนำประสิทธิผลของการทำวิจัยไปใช้กับกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ในภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวมรวมข้อมูล

การเก็บรวมรวมข้อมูล ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยนเรศวร ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด และดำเนินการตามกิจกรรมในโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 และรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 12 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มเปรียบเทียบ จะได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยดำเนินการดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลสุขภาพโดยการวัดระดับความดันโลหิต วัดรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกาย ทำแบบสอบถามวิจัยก่อนการทดลอง เรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 แจกสมุดบันทึกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานพร้อมทั้งอธิบายวิธีการบันทึกข้อมูล และดำเนินการให้การพยาบาลตามปกติ คือ การจัดกระบวนการกลุ่มให้สุขศึกษาเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) สัปดาห์ที่ 12 เก็บข้อมูลสุขภาพหลังการทดลอง ทำแบบสอบถามวิจัยหลังการทดลอง คืนข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ พร้อมทั้งเปรียบผลการตรวจสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กลุ่มทดลอง ดำเนินการตาม โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 รวมใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมจำนวน 6 ครั้ง และมีกิจกรรมตามขั้นตอน 4 ขั้นตอน คือ 1) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ 2) การกระทำที่ประสบความสำเร็จ 3) การได้เห็นประสบการณ์จากการกระทำของผู้อื่น 4) การชักจูงด้วยคำพูด ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 1) เก็บข้อมูลสุขภาพ โดยการวัดระดับความดันโลหิต วัดรอบเอว ประเมินดัชนีมวลกายของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองโปรแกรม และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยให้ทำแบบสอบถามวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และค่าดัชนีมวลกาย ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการ ตามโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 โดยการ ฝึกกำหนดลมหายใจเข้าออก เพื่อผ่อนคลายความเครียดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ฝึกคิดเมนูอาหาร วิเคราะห์ส่วนประกอบและคำนวณพลังงานในอาหาร การปรับอาหารให้เหมาะกับความต้องการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล ฝึกทักษะการออกกำลังกาย เพื่อควบคุมน้ำหนัก ซึ่งสิ่งสำคัญของการควบคุมน้ำหนักที่ถูกต้องคือ การทานอาหารให้พอดีกับที่ร่างกายต้องการและออกกำลังกายเพื่อกำจัดส่วนเกินในร่างกายออกไป โดยออกกำลังกายหนักปานกลาง 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยออกกำลังกายวันละ 30-50 นาที 3-5 วันต่อสัปดาห์ ในแต่ละวันอาจแบ่งเป็น 2-3 ครั้งได้ การฝึกประเมินความหนักของการออกกำลังกายด้วยการพูด (Talk test) และฝึกทักษะการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ด้วยการกำหนดเป้าหมายของตนเองทุก 4 สัปดาห์ การประเมินตนเอง

ตามเป้าหมายที่กำหนด

สัปดาห์ที่ 1 (ครั้งที่ 2) ให้บุคคลต้นแบบ ซึ่งเป็นผู้ที่เคยเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ทั้งการบริโภคอาหาร การออกกกำลังกาย เป็นประจำและต่อเนื่อง และสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน จนสามารถกลับมาเป็นกลุ่มปกติได้ ให้บุคคลต้นแบบพูดชักจูงโดยการถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้สึก จากที่เคยเป็นกลุ่มเสี่ยง และได้มีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน จนสามารถควบคุมระดับความเสี่ยง ให้สามารถกลับมาอยู่ในกลุ่มปกติได้

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านเป็นรายบุคคล ซึ่งจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อเป็นการกระตุ้นและให้กำลังใจแก่กลุ่มทดลอง โดยทุกคนจะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างน้อย 1 ครั้ง โดยการ พูดให้ข้อมูลการป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง และชักจูงโน้มน้าวให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและควบคุมน้ำหนัก และซักถามปัญหาอุปสรรค แนะนำกระตุ้นให้กำลังใจและกล่าวชื่นชมเสริมแรงในการปรับพฤติกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมการพบกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในช่วง 6 สัปดาห์ที่ผ่านมา ว่ามีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้าง พร้อมทั้งช่วยกันคิดแนวทางแก้ไขปัญหา

สัปดาห์ที่ 9 กิจกรรมติดตามทางโทรศัพท์เป็นรายบุคคล เพื่อติดตามผลการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และซักถามความรู้สึกและปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมพร้อมทั้งให้คำแนะนำในการแก้ไข ให้กำลังใจและกล่าวคำชื่นชมเพื่อเสริมแรงในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

สัปดาห์ที่ 12 เก็บข้อมูลสุขภาพหลังการทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ทำแบบสอบถามวิจัยหลังการทดลอง คืนข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ พร้อมทั้งเปรียบผลการตรวจสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนดแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์ ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยใช้สถิติทดสอบทีคู่ (Paired t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

5. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบทีอิสระ (Independent t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2

กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ สามารถเก็บข้อมูลได้ครบถ้วน มีจำนวน 50 คน แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง จำนวน 25 คน กลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 25 คน

กลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 ช่วงอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 48 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 72 จบการศึกษาระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 40 ประกอบอาชีพหลักเกษตรกรรม ร้อยละ 92 ไม่มีประวัติพ่อแม่พี่น้องหรือญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 88 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 115-119 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 44 ค่าเฉลี่ย 115.12 (SD. = 4.41) ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 84 และดื่มสุราแต่เลิกแล้วอย่างน้อย 1 เดือน ร้อยละ 40 ส่วนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 60 ช่วงอายุ 35-39 ปี ร้อยละ 40 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 56 จบการศึกษาระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 52 อาชีพหลักเกษตรกรรม ร้อยละ 64 มีประวัติพ่อแม่พี่น้องหรือญาติสายตรงป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 52 ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหาร 115-119 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ร้อยละ 36 ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 64 และดื่มสุรา ร้อยละ 48

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n = 25)

กลุ่มทดลอง	คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2		Paired t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD.		
ก่อนการทดลอง	70.16	3.79	49.23	.001
หลังการทดลอง	112.48	4.07		

($p < .001$)

3. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง		คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2		Independent t-test	p-value
		$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มทดลอง	(n = 25)	112.48	4.07	34.85	.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	(n = 25)	68.24	4.87		

($p < .001$)

4. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (n = 25)

กลุ่มทดลอง	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนีมวลกาย		Paired t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD.		
ก่อนการทดลอง	24.27	0.32	8.72	.001
หลังการทดลอง	23.79	0.44		

($p < .01$)

5. กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ตารางที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานดัชนีมวลกาย		Independent t-test	p-value
	$\bar{X}$	SD.		
กลุ่มทดลอง (n = 25)	23.79	0.44	3.16	.003
กลุ่มเปรียบเทียบ (n = 25)	24.25	0.59		

($p < .01$)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายตามสมมติฐานการวิจัย ได้ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .01$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และ 2 ตามลำดับ อภิปรายผลได้ดังนี้

การศึกษาครั้งนี้ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยจัดขึ้นจากการนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1977) มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และดัชนีมวลกาย โดยอาศัยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) 4 แนวทาง เพื่อนำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่าง คือ

1) การกระตุ้นเร้าทางอารมณ์ โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันระหว่างผู้วิจัยและกลุ่มทดลอง การใช้สื่อวีดีทัศน์ ในการสร้างการรับรู้และความ

เข้าใจร่วมกัน การฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดโดยการกำหนดลมหายใจเข้า-ออก เพื่อให้กลุ่มทดลองได้รับรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเองในขณะนั้น เมื่อกลุ่มทดลองเกิดการยอมรับและเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการคิดและตัดสินใจในด้านบวก เพื่อที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง เป็นการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดังแนวคิดของแบนดูรา

2) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของตนเอง กลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะในการควบคุมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของตนเอง ฝึกประเมินความหนักของการออกกำลังกายด้วยการพูด ฝึกทักษะการควบคุมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ด้วยการกำหนดเป้าหมายของตนเองทุก 4 สัปดาห์ การประเมินตนเองตามเป้าหมายที่กำหนด ทำให้กลุ่มทดลองเกิดทักษะที่เพียงพอเพิ่มขึ้นและสร้างความเชื่อมั่นให้กับตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านบวก

3) การใช้ตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น กลุ่มทดลองได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากบุคคลต้นแบบ ซึ่งเป็นผู้ที่เคยเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานและได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานและสามารถลดความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน จนประสบความสำเร็จ สามารถกลับมาเป็นกลุ่มปกติได้ ทำให้กลุ่มทดลองเกิดแรงจูงใจและส่งเสริมความรู้สึกมั่นใจในตนเองว่าสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จเช่นเดียวกับบุคคลต้นแบบ

4) การใช้คำพูดชักจูง กลุ่มทดลองได้รับแรงจูงใจจากผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่มอยู่สม่ำเสมอ เนื่องจากสมาชิกในกลุ่มมีลักษณะคล้ายคลึงกัน จึงทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ซึ่งกันและกัน การได้รับคำชมเชยจากผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเองมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยน การเรียนรู้ มีทัศนะคติในเชิงบวกต่อตนเอง เกิดแรงจูงใจและความรู้สึกมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานมากขึ้น และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีได้

ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์สุดา แสนดีและคณะ (Sandee et al., 2017) ที่ศึกษาผลการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ น้ำหนักตัว และค่าน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชน โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ยุคลธร เธียรวรรณ, มยุรี นิรัตธราดร, และชดช้อย วัฒนะ (Thianwan, Nirattharadorn, & Wattana, 2012) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

2. ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในกลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($p < .01$) ผลการวิจัยดังกล่าว เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และ 4 ตามลำดับ อภิปรายผลได้ดังนี้

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามกิจกรรมที่ได้อภิปรายผลตามสมมติฐานที่ 1 และ 2 นั้น ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถว่าตนเองสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ กลุ่มทดลองจึงเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานขึ้น ซึ่งส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่เป็นกลุ่มทดลองนั้นมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วราลี

วงศ์ศรีชา (Wongsricha, 2012) ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม โดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงมีค่าดัชนีมวลกายลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สรุปได้ว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2 ควรได้รับการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตน ตามโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีมวลกาย เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันเบาหวาน ทั้ง 2 ด้าน ได้แก่ ด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และด้านพฤติกรรมการออกกำลังกาย ไปในทิศทางที่เหมาะสม ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายไปสู่เกณฑ์มาตรฐาน และเป็นการลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

1. ได้แนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและควบคุมดัชนีมวลกายของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อชะลอหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

2. บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ไปใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมในระยะยาว เช่น โปรแกรมในระยะ 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพและดัชนีมวลกาย ของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2

2. ควรศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและดัชนีมวลกาย ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น เช่น โรคไต หรือโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อาจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร และ อาจารย์ ดร.รุ้งนภา ชัยรัตน์ ที่ช่วยเหลือและสนุนในการทำวิจัยนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

American Diabetes Association. (2018). Standards of medical care in diabetes-2018. *Diabetes Care, 41*(supplement 1), e153-e159. (in Thai)

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(1), 191-215.

Bandura, A. (1986). *Social foundation of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bansal, N. (2015). Prediabetes diagnosis and treatment: A review. *World journal of Diabetes, 6*(2), 296-303.

Chen, M., Wang, R., & Hung, S. (2015). Predicting health-promoting self-care behaviors in people with pre-diabetes by applying Bandura social learning theory. *Applied Nursing research, 28*(2), 299-304. doi: 10.1016/j.apnr.2015.01.001

Chen, S. F., & Lin, C. C. (2010). The predictors of adopting a health-promoting lifestyle among work site adults with prediabetes. *Journal of Clinical Nursing, 19*(1), 2713-2719. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03320.x

Cioffi, C. E., Ranjani, H., Staimez, L. R., Anjana, R. M., Mohan, V., & Weber, M. B. (2018). Self-efficacy and diabetes prevention in overweight South Asians with prediabetes. *BMJ Open Diabetes Research & Care, 6*(1), e000561. doi:10.1136/bmjdrc-2018-000561

Diabetes Prevention Program Research Group. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with life style intervention or Metformin. *The New England Journal of Medicine, 346*(6), 393-403.

Glass, G. V. (1976). Primary, secondary and meta-analysis of research. *Educational Research. 5*(1), 3-8.

International Diabetes Federation. (2017). *IDF diabetes atlas eight edition 2017.* Retrieved from file:///C:/Users/ASUS/Downloads/IDF_DA_8e-EN-final%20(1).pdf

Ministry of Public Health. (2018). *Medical and health information system Ministry of Public Health 2017: Illness with major non-communicable diseases.* Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php (in Thai)

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012) *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.

Sandee, T., Leelukkanaveera, Y., & Homsin, P. (2017). The effects of self-efficacy enhancement on health promotion behaviors, body weight and fasting plasma glucose among pre-diabetes in the community. *Songklanagarind Journal of Nursing, 37*(2), 53-66. (in Thai)

Srivanichakorn, S. (2009). *Integrated diabetes management.* Nakhon Pathom: Saha Pathanapaisan. (in Thai)

Supanpiew, T., & Intaranongpai, S. (2016). Relationship between perceived self-efficacy and diabetes prevention behavior in risk group in Nongbok Sub- district, Laosueakok District, Ubonratchathani Province. *Journal of Science and Technology Mahasarakham University, Special edition,* 464-471. (in Thai)

Suphunnakul, P., Charonesrimaung, S., Singhadej, O., Songthap, A., & Junsukon, E. (2018). Factors predicting preventive behaviors of type2 pre-diabetes in Mueang District, Phitsanulok Province, Thailand. *Journal of Public Health and Development, 16*(3), 55-66. (in Thai)

Thianwan, Y., Nirattharadorn, M., & Wattana, C. (2012). The effects of a self-care promotion program on self-care behaviors and blood sugar levels among people at risk of diabetes. *Nursing Journal, 39*(2), 132-143. (in Thai)

Thongsumrit, D., Meebunmak, Y., & Borisut, K. (2017). Effects of health behavior modifying program on ability of self-care among risk group of diabetes mellitus in Watphleng Subdistrict, Watphleng District, Ratchaburi Province. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 28*(1), 26-37. (in Thai)

Wongsricha, W., & Kongtaln, O. (2012). *Application of self-efficacy program for changing health behaviors in diabetes high risk group at Nakae Community Hospital, Nakhonpanom Province.* (Dissertation). Khon Kaen University. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท*

Factors Related to Loneliness Among Older Persons Living in Extended Families in Rural Areas*

วิชชารินี	บุญสนอง **	Wichcharinee	Boonsanong **
ทศพร	คำผลศิริ ***	Totsaporn	Khampolsiri ***
โรจนี	จินตนาวัฒน์ ***	Rojanee	Chintanawat ***

บทคัดย่อ

ความว้าเหว่เป็นความรู้สึกหนึ่งที่สามารถพบได้ในผู้สูงอายุซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งทางร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้นหากทราบถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความว้าเหว่จะสามารถช่วยบรรเทาแก้ไขไม่ให้เกิดความว้าเหว่ในผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความว้าเหว่และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 85 ราย คัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดความว้าเหว่ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม โดยมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.878, 0.840, 0.818, และ 0.859 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบทอยู่ในระดับน้อย

2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท ($r = - 0.476$, $p < 0.01$)

3. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท ($r = - 0.501$, $p < 0.01$)

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท ($r = - 0.655$, $p < 0.01$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและในสังคม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อป้องกันการเกิดความว้าเหว่

คำสำคัญ: ความว้าเหว่ ผู้สูงอายุ ครอบครัวขยาย เขตชนบท ปัจจัย

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: chastity_m@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 1 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 19 มิถุนายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 3 กรกฎาคม 2560

Abstract

Loneliness can be found in older persons, and can affect them physically, mentally, and socially. Therefore, knowing factors related to loneliness can help relieve loneliness in older persons. The purposes of this study were to investigate the level of loneliness and the relationship between self-esteem, family relationship, social support and loneliness among older persons living in extended families in rural areas. The participants consisted of 85 older persons living in extended families in rural areas of Nakhon Si Thammarat Province. Multi-stage sampling was used to select the sample. The instruments used in this study were demographic data questionnaires, a self-esteem scale, a family relationship scale, a social support scale, and a loneliness scale. The reliability of the scales were 0.878, 0.840, 0.818, and 0.859, respectively. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and Spearman's rank correlation coefficient.

The results revealed that:

1. Older persons living in extended families in rural areas had a low level of loneliness,

2. Self-esteem was significantly, negatively related to loneliness in older persons living in extended families in rural areas ($r = -0.476$, $p < 0.01$),

3. Family relationship was negatively significantly related to loneliness in older persons living in extended families in rural areas ($r = -0.501$, $p < 0.01$),

4. Social support was negatively significantly related to loneliness in older persons living in extended families in rural areas ($r = -0.655$, $p < 0.01$).

The results of this research are useful for those involved with promoting good family and social relationships, and the self-esteem of older persons in order to prevent their loneliness.

Keywords: Loneliness, Older persons, Extended families, Rural areas, factors

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: chastity_m@hotmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 1 June 2017; Revised 19 June 2017; Accepted 3 July 2017

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมไทยได้เข้าสู่ยุคของการเปลี่ยนแปลงการขยายตัวทางเศรษฐกิจและเทคโนโลยีที่ทันสมัย โดยเฉพาะเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีส่วนเข้ามาช่วยในการดูแลรักษา ทำให้ประชากรมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น อัตราการตายลดลง ทำให้สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ซึ่งจำนวนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 59.1) จะพบการกระจายตัวของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตชนบทของประเทศไทย และส่วนใหญ่พบลักษณะครัวเรือนเป็นครอบครัวขยาย ซึ่งประกอบด้วยบุคคลหลายวัยอาศัยอยู่ร่วมกันตั้งแต่ 3 รุ่นขึ้นไป ได้แก่ ผู้สูงอายุและคู่สมรส หรือรุ่นปู่ย่าตายาย บุตร และหลาน (Phothisita, 2009) ในสังคมไทยครอบครัวถือเป็นสถาบันหลักที่เป็นจุดเริ่มต้นและมีความสำคัญมาอย่างช้านาน เป็นสถาบันพื้นฐานที่ช่วยขัดเกลาบุคคลให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมถึงเป็นที่พึ่งพิงของผู้สูงอายุในวัยชราด้วย ส่วนใหญ่สามารถพบครอบครัวขยายได้ตามแถบชนบทของภาคต่าง ๆ เป็นลักษณะของชุมชนขนาดเล็ก มีพื้นที่อยู่นอกเขตเทศบาล เป็นสังคมที่มีวิถีชีวิตความเป็นอยู่เรียบง่าย ใกล้ชิดกับธรรมชาติ ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกรรม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ที่จะเอื้อสำหรับเกษตรกรรมในลักษณะใด ชาวชนบทในแต่ละพื้นที่ยึดถือในเรื่องความเชื่อ ประเพณี และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (Prattikankit, 2015) ดังเช่นสังคมชนบทในภาคใต้แบบดั่งเดิม ผู้คนเหล่านี้มีวัฒนธรรมและค่านิยมความเชื่อที่สืบทอดต่อกันมาเป็นเอกลักษณ์ท้องถิ่นของตนเอง มีความเป็นพหุวัฒนธรรม อยู่ร่วมกันท่ามกลางศาสนาและความเชื่อที่หลากหลาย เช่น พุทธ คริสต์ อิสลาม ลักษณะนิสัยของคนใต้ มีความเป็นผู้นำ พึ่งพาตนเอง เป็นคนตรง มีความจริงใจและเปิดเผย รักพวกพ้อง มีความเคารพนับถือในบุพการีและผู้ที่อาวุโสกว่าตนเอง เชื่อในระบบของความเป็นครอบครัว รักถิ่นที่อยู่ของตน ไม่นิยมการเปลี่ยนถิ่นที่อยู่หรือแยกจากบุพการีของตน (Tawonwadcharakul, 2009) จังหวัดนครศรีธรรมราชเป็นจังหวัดหนึ่งที่อยู่ทางภาคใต้ของประเทศไทย พื้นที่ส่วนใหญ่ถือครองเพื่อการเกษตร รายได้หลักจึงมาจากการเกษตรและค้าขาย ผู้คนดำรงชีวิตอยู่กับสภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติ มีวัฒนธรรมภูมิปัญญา รวมถึงสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจที่เป็นเอกลักษณ์ มีประชากรทั้งหมดจำนวน 1,548,028 คน เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 17.18 ของประชากรทั้งหมด จึงถือได้ว่าเป็นสังคมสูงวัย (Ministry of Social Development and Human Security, 2014) จึงนับได้ว่าเป็นจังหวัดที่มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เป็นจำนวนมากจังหวัดหนึ่งในภาคใต้

สังคมไทยแต่ดั้งเดิมผู้สูงอายุถือเป็นผู้ที่ควรค่าแก่การเป็นที่รักและเคารพจากลูกหลาน ถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้ภูมิปัญญาจากการผ่านประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตมาก่อนคนรุ่นหลัง จึงเป็นผู้ที่ส่งต่อและสั่งสอนถ่ายทอดความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานคุณงามความดีในสังคมให้แก่ลูกหลาน เป็นผู้ที่ลูกหลานให้ความเคารพและเชื่อฟัง แต่ในปัจจุบันการเปลี่ยนแปลงพัฒนาทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้ผู้คนจำเป็นที่จะต้องปรับตัวเพื่อความอยู่รอด ประชากรวัยแรงงานในชนบทส่วนใหญ่ละทิ้งอาชีพเกษตรกรรมเพื่อไปประกอบอาชีพในเมืองใหญ่ เนื่องจากได้รับอัตราค่าจ้างที่สูงขึ้นและเพื่อแสวงหาโอกาสทางการศึกษาที่ดีกว่า นอกจากนั้นในปัจจุบันรูปแบบการติดต่อสื่อสารเปลี่ยนแปลงไป มีการใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารมากขึ้น ทำให้มีการพูดคุยกันซึ่งหน้าน้อยลง ส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีเวลาให้กันลดลง ผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่บ้านเพียงลำพังในเวลากลางวัน ถูกละเลย ความเชื่อถือและความเคารพต่อผู้สูงอายุลดลง เด็กรุ่นใหม่มีทัศนคติด้านลบต่อผู้สูงอายุ และพบปัญหาการใช้ความรุนแรงทางด้านจิตใจกับผู้สูงอายุในครอบครัวมากขึ้น (Rujivit & Srivichai, 2004) สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าสัมพันธภาพในครอบครัวที่ตนเองควรได้รับความเคารพ ความรักและความเอาใจใส่จากลูกหลานนั้นเปลี่ยนแปลงไป (Wongpoom, 2010) เมื่อผู้สูงอายุไม่ได้รับความเชื่อถือเคารพรักถูกทำร้ายจิตใจ เกิดเป็นความห่างเหิน ความไม่เข้าใจกัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกด้านลบในจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและพลังอำนาจที่เคยมีลดลง ลักษณะของความสัมพันธ์ที่ได้รับในความเป็นจริงใน

ปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปไม่เป็นไปตามที่คาดหวังไว้ จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว้าเหว่ (loneliness) (Panya, KangChai, & Somanusorn, 2014) ถึงแม้ว่าจะอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายก็ตาม

ความว้าเหว่ เป็นประสบการณ์ที่บุคคลรู้สึกไม่พึงพอใจ เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความบกพร่องกับความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งในเชิงคุณภาพและปริมาณ ถึงแม้ว่าบุคคลจะมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่นจำนวนมาก แต่ถ้าลักษณะความสัมพันธ์เป็นไปอย่างไม่มีความหมาย ขาดคุณภาพ สามารถนำมาซึ่งความว้าเหว่ได้ (Peplau, 1988) ความว้าเหว่เป็นอารมณ์ความรู้สึกหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จากการสำรวจความว้าเหว่ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุชาวอเมริกันระบุว่า 1 ใน 3 ของผู้ตอบแบบสอบถามมีความรู้สึกว้าเหว่ (American Association of Retired Persons [AARP], 2010) และการศึกษาในผู้สูงอายุที่มณฑลอันฮุย ของประเทศจีน พบว่าประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 78.1) มีความว้าเหว่มาก (Wang et al., 2011) ในประเทศไทยจากการสำรวจความรู้สึกของผู้สูงอายุในปี 2550 พบว่าความว้าเหว่เป็นความรู้สึกหนึ่งที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญ ผู้สูงอายุรายงานว่าตนเองมีความรู้สึกว้าเหว่เป็นประจำ ร้อยละ 2.6 และรู้สึกว้าเหว่เป็นบางครั้งร้อยละ 32.1 (National Statistical Office, 2007) ซึ่งความว้าเหว่ที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นความว้าเหว่ในผู้สูงอายุจึงนับได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญ หากทราบถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหว่ อาจจะทำให้สามารถที่จะบรรเทาเพื่อไม่ให้เกิดความว้าเหว่ได้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกปัจจัยที่เชื่อมโยงกับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท ซึ่งประกอบไปด้วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม เนื่องจากในสภาพแวดล้อมของเขตชนบท ที่เป็นพื้นที่กว้าง ความหนาแน่นของประชากรน้อยกว่าในชุมชนเมือง การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นหรือบริเวณข้างเคียงอาจมีน้อย ดังนั้นครอบครัวจึงนับเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ เป็นสถาบันหลักในการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานรวมถึงปกป้องดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม (Vachiraphedpranee, 2010)

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงแม้ว่าจะมีหลายการศึกษาที่ศึกษาในเรื่องของความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับความว้าเหว่ แต่เป็นการศึกษากลุ่มของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในโรงพยาบาล ในศูนย์พัฒนาสวัสดิการทางสังคมของผู้สูงอายุหรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพัง รวมทั้งสำรวจในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ได้แบ่งพื้นที่เป็นเขตเมืองหรือเขตชนบท ซึ่งยังไม่สามารถที่จะระบุระดับของความว้าเหว่และความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านั้นกับความว้าเหว่ในกลุ่มของผู้สูงอายุไทยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบทในปัจจุบันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการที่จะศึกษาหาระดับของความว้าเหว่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท ซึ่งประกอบด้วย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดการความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบทต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท

คำถามการวิจัย

1. ความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบทอยู่ในระดับใด
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบทหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ความว้าเหว่ ใช้ตามแนวคิดของ Peplau & Perlman (1982) ที่กล่าวว่า ความว้าเหว่ เป็นความรู้สึกไม่พึงพอใจ เกิดขึ้นเมื่อความสัมพันธ์ทางสังคมที่คาดหวังกับที่ได้รับในความเป็นจริงไม่สอดคล้องกันโดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวใช้แนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งประกอบด้วย สภาพความเป็นอยู่ การปฏิบัติต่อกันของสมาชิกในครอบครัวและการทำกิจกรรมร่วมกันของสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้ในสังคมของความเป็นชนบทที่คงไว้ซึ่งความเป็นอยู่แบบดั้งเดิม ผู้คนให้ความสนิทสนมและใกล้ชิดกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ถ้าผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีและเพียงพอ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Brandt & Weinet (1981) แบ่งเป็น 5 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสังคม การเปิดโอกาสให้ทำกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น การสนับสนุนช่วยเหลือด้านต่าง ๆ และให้การยอมรับนับถือจากสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว้าเหว่ แต่หากรับรู้ว่าตนเองขาดการสนับสนุนทางสังคม ไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่าง ๆ อย่างที่คาดหวังว่าจะได้รับ อาจทำให้ผู้สูงอายุนั้นรู้สึกขาดจุดมุ่งหมายและความเชื่อมั่นในชีวิต จนทำให้เกิดความรู้สึกว้าเหว่ สำหรับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดของ Rosenberg (1965) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้านคือ ด้านบวกและด้านลบ ถ้าผู้สูงอายุรู้สึกทางบวกว่าตนเองมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและชุมชนตามที่คาดหวังไว้ ผู้สูงอายุจะไม่เกิดความรู้สึกว้าเหว่ แต่หากผู้สูงอายุรู้สึกด้านลบรับรู้ว่าตนเองไม่ได้รับการยอมรับความเคารพนับถือจากจากคนในครอบครัวและชุมชน รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลง ไม่สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญปัญหาต่างๆได้ แยกตัวออกจากสังคมและผู้คน รู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง อาจส่งผลทำให้เกิดความว้าเหว่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational design) เพื่อศึกษาระดับความว้าเหว่และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท โดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ดังนี้ 1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายประกอบด้วยสมาชิกที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือทางกฎหมายอย่างน้อย 3 รุ่น 2) ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า โดยคัดกรองจากแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) 3) มีสติปัญญาการรับรู้ที่ปกติ ประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE- Thai 2002) และ 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยกันทั้งหมด 5 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบวัดความว้าเหว่ ของ นงเยาว์ พลโทพงศ์ (Pontopong, 2004) ซึ่งดัดแปลงมาจากแบบวัดความว้าเหว่ของมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแองเจลิส ฉบับที่ 3 (University of California, Los Angeles Loneliness Scale, Version 3) (Russell, 1996) จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 20-60 คะแนน แปลผลคะแนน 3 ระดับ คือรู้สึกว้าเหว่น้อย ปานกลาง และมาก โดยคะแนนมากหมายถึงมีความว้าเหว่มาก

3. แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ของ วารี กังใจ (Kangchai, 2000) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโรเซนเบิร์ก (Rosenberg's Self-esteem Scale) (Rosenberg,

1965) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 10-50 คะแนน แปลผลคะแนน คือ คะแนนที่ได้ยิ่งสูง หมายถึง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับสูง และคะแนนต่ำ หมายถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับต่ำ

4. แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ของ นงเยาว์ พลโทพงศ์ (Pontopong, 2004) จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 12-48 คะแนน แปลผล 3 ระดับ คือ สัมพันธภาพไม่ดี ปานกลาง และดี โดยคะแนนสูงหมายถึง สัมพันธภาพดี

5. แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของ พิสมัย สิโรตมรัตน์ (Sirotmarat , 2010) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ แบรนดต์และไวเนต (Brandt & Weinet, 1981) จำนวน 40 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ คะแนนอยู่ในช่วง 40-160 คะแนน แปลผล 3 ระดับ คือ ต่ำ ปานกลาง สูง โดยคะแนนที่ได้รับยิ่งสูง หมายถึง การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดความว้าเหว่ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมไปตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) ของเครื่องมือกับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่า (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว แบบวัดความว้าเหว่ และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .878, .840, .818, และ .859 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช และชี้แจงการพิทักษ์กลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของโครงการ วัตถุประสงค์ของโครงการ และประโยชน์ พร้อมทั้งแจ้งให้ทราบว่าผู้ป่วยสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยสืบค้นรายชื่อผู้สูงอายุแบบเจาะจง (purposive sampling) จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลของแต่ละพื้นที่ดังต่อไปนี้ บ้านเราะ หมู่ 3, บ้านแสงวิมาน หมู่ 13, และ บ้านในหมง หมู่ 6 แต่เนื่องจากไม่ตามจำนวนที่กำหนด จึงทำการสุ่มเพิ่มเติมที่อำเภอปากพนัง ตำบลคลองน้อย คือ บ้านบางปอ หมู่ 8 และบ้านบางเนียน จนได้ครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด 85 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะตามเกณฑ์ ดำเนินการรวบรวมข้อมูลที่บ้านของผู้สูงอายุ (สัมภาษณ์ตัวต่อตัว) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 60 นาทีต่อหนึ่งคน หลังจากตรวจสอบข้อมูลพบว่ามีความสมบูรณ์ครบถ้วน จึงนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับดังต่อไปนี้ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) 2) วิเคราะห์คะแนนความว้าเหว่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) และ 3) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) ภายหลังการทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ - สไมรนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test: KS) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นโค้งไม่ปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.06 ซึ่งร้อยละ 48.24 มีอายุอยู่ในช่วง 60 - 70 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 87.06 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.06 อาศัยอยู่ร่วมกันกับสมาชิกในครอบครัวจำนวน 4 - 9 คน ร้อยละ 96.47 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 78.82 ซึ่งแหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการประกอบอาชีพรวมทั้งได้รับเบี้ยยังชีพ ร้อยละ 76.47 รายได้ส่วนใหญ่พอเพียง ร้อยละ 56.47 และร้อยละ 75.30 มีโรคประจำตัว ซึ่งในส่วนนี้ ร้อยละ 56.25 มีโรคประจำตัวคนละ 1 โรค

ส่วนที่ 2 คะแนนความว้าเหว่

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วง 22 - 50 คะแนน ค่าเฉลี่ย 44.39 (S.D. = 5.38) สัมพันธภาพในครอบครัวจัดอยู่ในระดับดี คะแนนอยู่ในช่วง 25 - 48 คะแนน ค่าเฉลี่ย 45.13 (S.D. = 3.68) การสนับสนุนทางสังคมระดับสูง คะแนนอยู่ในช่วง 121 - 160 คะแนน ค่าเฉลี่ย 149.78 (S.D. = 8.57) และมีความว้าเหว่อยู่ในระดับน้อย คะแนนอยู่ในช่วง 20 - 46 คะแนน ค่าเฉลี่ย 25.33 (S.D. = 5.25) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และความว้าเหว่ของกลุ่มตัวอย่าง (n = 85)

ปัจจัย	ช่วงคะแนนตามเกณฑ์ประเมิน	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด - สูงสุด)	$\bar{X}$ (S.D.)	ระดับ
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	10 - 50	22 - 50	44.39 (5.38)	สูง
สัมพันธภาพในครอบครัว	12 - 48	25 - 48	45.13 (3.68)	ดี
การสนับสนุนทางสังคม	40 - 160	121 - 160	149.78 (8.57)	สูง
ความว้าเหว่	20 - 60	20 - 46	25.33 (5.25)	น้อย

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม กับความว้าเหว่

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง สัมพันธภาพในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) คือ -.476, -.501, และ -.655 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปร	1	2	3	4
ความว้าเหว่ (1)	1.0	-.476**	-.501**	-.655**
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (2)		1.0	.239*	.303**
สัมพันธภาพในครอบครัว (3)			1.0	.555**
การสนับสนุนทางสังคม (4)				1.0

** $p < 0.01$. * $p < 0.05$.

การอภิปรายผล

ความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท

ผลจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าความว้าเหว่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 25.33, S.D. = 5.256) (ตารางที่ 1) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ร้อยละ 48.24 เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (60-70 ปี) โดยในช่วงวัยนี้ยังคงมีสมรรถภาพทางด้านร่างกายที่ดี มีสติปัญญาการรับรู้ที่เป็นปกติ สามารถทำงานและประกอบอาชีพได้ ดังจะเห็นได้จากรายได้ส่วนใหญ่ของผู้สูงอายุนั้นมาจากการประกอบอาชีพเป็นหลัก (ร้อยละ 76.47) สามารถหารายได้มาเลี้ยงตนเองและจุนเจือครอบครัว จึงทำให้ไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระที่จะต้องพึ่งพาลูกหลานตลอดเวลา ส่งผลให้มีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 67.06) ทำให้มีเพื่อนคู่คิดและคนที่เข้าใจอยู่เคียงข้าง เมื่อความสัมพันธ์ทางสังคมที่คาดหวังกับที่เป็นจริงสอดคล้องกัน ส่งผลให้มีความว้าเหว่ในระดับน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท

ผลการศึกษาพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ ($r = -0.476$, $p < 0.01$) (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาความว้าเหว่ในผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความว้าเหว่ (Pontopong, 2004; Choeisombat, 2004) เนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุยังคงดำเนินชีวิตตามรูปแบบดั้งเดิมของชนบทในภาคใต้ ที่มีลักษณะความเป็นอยู่เรียบง่าย ผู้คนส่วนใหญ่มีลักษณะนิสัยเป็นผู้นำ พึ่งพาตนเองกล้าคิดและตัดสินใจ ค่านิยมการเคารพบุพการีและผู้อาวุโสที่ปฏิบัติสืบต่อกันมายาวนาน (Kumarnjan, 2000) ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้นและยังมีสติปัญญาที่เป็นปกติ สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ ไม่เป็นภาระได้รับการยอมรับจากลูกหลาน ลูกหลานให้ความไว้วางใจเห็นความสำคัญเพื่อตัดสินใจสิ่งสำคัญภายในครอบครัว เชื่อฟังคำแนะนำและนำไปปฏิบัติ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติ ความรู้สึกและมุมมองที่ดีต่อตนเอง รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เมื่อเป็นที่ยอมรับของบุคคลในครอบครัวและชุมชน จึงมีความเชื่อมั่นในตนเองในการทำสิ่งต่าง ๆ ว่าสามารถสำเร็จได้ กล้าที่จะเสนอความคิดเห็นของตนเอง และเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทางชุมชนจัดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุยังคงมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ไม่แยกตัวออกจากสังคม สัมพันธภาพที่เกิดขึ้นเป็นไปตามค่านิยมที่ยึดถือปฏิบัติมาแต่เดิมตามที่ผู้สูงอายุคาดหวังว่าจะได้รับ จึงทำให้ความว้าเหว่อยู่ในระดับน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท

จากผลการศึกษาพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ ($r = -0.501$, $p < 0.01$) (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ (Pontopong, 2004; Piromchon, 2004; Wang et al., 2011) ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีแนวโน้มของคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 45.13, S.D. = 3.68) (ตารางที่ 1) ซึ่งการมีสัมพันธภาพที่ดี รักใคร่ปรองดอง ห่วงใยเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน ลูกหลานปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพรัก ยอมรับในตัวผู้สูงอายุและไว้วางใจที่จะเข้ามาขอคำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา และเป็นผู้ที่รับฟังเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาหรือไม่สบายใจ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องต่าง ๆ ในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่นเมื่ออยู่ท่ามกลางสมาชิกในครอบครัวของตน ดังนั้นครอบครัวจึงนับว่ามีบทบาทที่สำคัญในการช่วยลดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ (Teh, Tey, & Ng, 2014) สอดคล้องกับการศึกษาสัมพันธภาพในครอบครัวไทย พบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวไทยมี

สัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และโดยมากจะพบความสัมพันธ์รูปแบบนี้ในครอบครัวที่อยู่นอกเขตเทศบาล เป็นเพราะความเป็นอยู่ที่ไม่เร่งรีบหรือต้องแก่งแย่งแข็งขันกันในสังคม จึงทำให้สมาชิกครอบครัวมีโอกาสในการใช้เวลาในการอยู่ร่วมกันมากขึ้น (Chompikul, Suthisukon, Sueluerm, & Dammee, 2009) ส่งผลให้ความว้าเหว่อยู่ในระดับน้อย

ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท

การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ ($r = -0.655$, $p < 0.01$) (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความว้าเหว่ของผู้สูงอายุ (Theyanarong, 2015; Phimphanchaiyaboon, 2015) จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง ($\bar{X}$ = 149.78, S.D. = 8.57) (ตารางที่ 1) เนื่องมาจากผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสังคมชนบท ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและประมง มีชีวิตที่เรียบง่าย รวมกลุ่มอาชีพเพื่อช่วยเหลือเรื่องผลผลิตซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับลูกหลาน ได้รับความเคารพรัก ใกล้ชิดสนิทสนม และความช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวันจากสมาชิกในครอบครัว มีศาสนาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจและมีกิจกรรมทางศาสนาร่วมกัน (Kangchai, 2000) จึงไม่รู้สึกโดดเดี่ยว รวมทั้งการได้รับข่าวสารต่าง ๆ เมื่อมีกิจกรรมจัดขึ้นในชุมชน ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญต่อผู้อื่น ไม่รู้สึกล้าสมัย ไม่แปลกแยกจากผู้อื่น และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (ร้อยละ 48.24) จึงสามารถทำงานแบ่งหน้าที่รับผิดชอบตามความถนัดเมื่อมีการจัดกิจกรรมในชุมชน ทำให้รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า มีประโยชน์กับลูกหลานและคนรอบข้าง มีความสุขที่ได้ร่วมกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐเมื่อเกิดปัญหา เช่น การได้รับเครื่องอุปโภคบริโภคที่จำเป็นเมื่อเกิดเหตุอุทกภัยในภาคใต้ ทำให้รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน รู้สึกมั่นคงปลอดภัย ไม่รู้สึกว่าตนเองถูกทอดทิ้ง ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดีนั้น มีความสำคัญต่อผู้สูงอายุ เพราะหากผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองขาดการสนับสนุนทางสังคมที่ดี ผู้สูงอายุรู้สึกแปลกแยก ขาดการสนับสนุน ขาดความรักความเอาใจใส่ของคนรอบข้าง สิ่งเหล่านี้อาจนำไปสู่ความว้าเหว่ได้ (Peplau, 1988)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาล สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรในหน่วยงานสาธารณสุขนำไปใช้ในการวางแผนให้การพยาบาล ดำเนินการสนับสนุนส่งเสริมและป้องกันปัจจัยที่ก่อให้เกิดความว้าเหว่ของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยายในเขตชนบท เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่เกิดความว้าเหว่อาศัยอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในระดับทำนาย และตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับความว้าเหว่ในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครอบครัวขยาย เช่น ในกลุ่มของครอบครัวข้ามรุ่น หรือครอบครัวแหว่งกลาง (skip generation family) ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น หรือศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตชายแดนภาคใต้ ที่ต้องเผชิญอยู่ท่ามกลางความสูญเสียจากกสถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้น รวมทั้งศึกษาในภาพรวมระดับประเทศในปัจจุบัน เพื่อที่จะได้ทราบถึงระดับของความว้าเหว่ของผู้สูงอายุในประเทศไทยมากยิ่งขึ้น และสามารถหาแนวทางเพื่อที่จะให้การดูแลและบรรเทาความว้าเหว่ในผู้สูงอายุต่อไป

References

American Association of Retired Persons. (2010). *Loneliness among older adults: A national survey of adults 45+.* Retrieved from http://www.aarp.org/research/topics/life/info-2014/loneliness_2010.html

Brandt, P. A., & Weinert, C. (1981). The PRQ-a social support measure. *Nursing Research, 30*(5), 277-280.

Choeisombat, P. (2004). *Relationships between selected factors and loneliness of the hospitalized chronically ill elderly patients* (Master's Thesis). Graduate School, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand. (in Thai)

Chompikul, J., Suthisukon, P., Sueluerm, K., & Dammee, D. (2009). *Relationship in Thai Families.* Nakhon Pathom: ASEAN Institute of Public Health. (in Thai)

Kangchai, W. (2000). Self-esteem self-care agency and quality of life in elderly. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 6*(1), 13-20.

Kumarnjan, W. (2000). *Quality of life for elderly in the Upper South Region* (Master's Thesis). Graduate School, Chiang Mai University, Chiang Mai, Thailand. (in Thai)

Ministry of Social Development and Human Security. (2014). *The Thai elderly population: Present and future.* Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai)

National Statistical Office. (2007). *Report of the elderly population in Thailand, 2007.* Bangkok: National Statistical Office. (in Thai)

Panya, C., KangChai, W., & Somanusorn, S. (2014). Factors predicting the loneliness of elderly people with chronic illnesses in the community. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 22*(4), 1-12. (in Thai)

Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy (Vol. 36).* New Jersey: John Wiley & Sons.

Peplau, L. A. (1988). *Loneliness: New directions in research.* Paper presented at the 3rd Conference on psychiatric nursing, Quebec, Canada. Retrieved from http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Peplau%2088.pdf

Piromchon, C. (2004). *Study of the relationship between factors related to the loneliness of the elderly in Nong Bua Rao District, Chaiyaphum Province* (Master's Thesis). Maha Sarakham University, Maha Sarakham, Thailand. (in Thai)

Pontopong, N. (2004). *factors influencing loneliness in elderly patients with chronic illnesses* (Master's Thesis). Graduate School, Prince of Songkla University, Songkla, Thailand. (in Thai)

Phothisita, C. (2009). *Prelude. What happened to the family?* Document for the 5th National Academic Conference "Population and Society 2009", at Krungthon ballroom Royal River Hotel, Bangkok. (in Thai) Retrieved from http://www.ipsr.mahidol.ac.th/IPSR/AnnualConference/ConferenceV/Download/Article_Files/Article_Intro.pdf

Phimphanchaiyaboon, L. (2015). *Factors influencing loneliness of the elderly in social welfare development center for older persons* (Master's Thesis). Graduate School, Burapha University, Chon Buri, Thailand. (in Thai)

Prattikankit, T. (2015). Community context under the semi-urban, semi-rural society. *The Far Eastern University Academic Review, 9*(1), 7-15. (in Thai)

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* New Jersey: Princeton University Press.

Rujivit, M., & Srivichai, S. (2004). Violence against elderly families in Ban Khwao District Chaiyaphum. *Journal of Mental Health of Thailand, 12*(1), 35-44. (in Thai)

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 66*(1), 20-40.

Sirotmarat, P. (2010). Loneliness, self efficacy, social support and psychological well-being of the elderly at Amphoe Mueang, Nonthaburi province. *Bulletin of Suanprung, 26*(2), 50-61. (in Thai)

Tawonwadcharakul, B. (2009). *Factors related to family support for older persons with osteoarthritis, Upper Southern region.* Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

Teh, J. K. L., Tey, N. P., & Ng, S. T. (2014). Family support and loneliness among older persons in multiethnic Malaysia. *The Scientific World Journal, 2014*(1), 1-11. doi:10.1155/2014/654382

Theyanarong, S. (2015). *Factors influencing loneliness among the elderly with chronic illness at Outpatient Department of a hospital* (Master's Thesis). Graduate School, Burapha University, Chon Buri, Thailand. (in Thai)

Vachiraphedpranee, S. (2010). Role of elderly people who are living happily with their families in sub-urban area, Nakhon Ratchasima Province. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima, 16*(1), 50-59. (in Thai)

Wongpoom, T. (2010). Factors related to mental health problems in the elderly in Chiang Mai. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 56*(2), 103-116. (in Thai)

Wang, G., Zhang, X., Wang, K., Li, Y., Shen, Q., Ge, X., & Hang, W. (2011). Loneliness among the rural older people in Anhui, China: Prevalence and associated factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(11), 1162-1168. doi:10.1002/gps.2656

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง*
Health Literacy and Self-management Among Elderly Monks with Hypertension*

สุทธินันท์	คอดริงตัน **	Sutthinan	Codrington **
ศิริรัตน์	ปานอุทัย ***	Sirirat	Panuthai ***
ทศพร	คำผลศิริ ***	Totsaporn	Khampolsiri ***

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งปัจจัยที่ทำให้การจัดการตนเองมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน และสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณญาณอยู่ในระดับต่ำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณญาณ มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = .552, .463, .526, .419$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$

ผลการวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมการจัดการตนเองให้เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง โดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในทุกด้าน

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sutthinan.cod@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 1 พฤศจิกายน 2562 วันที่แก้ไขบทความ 22 พฤศจิกายน 2562 วันที่ตอบรับบทความ 28 พฤศจิกายน 2562

Abstract

Health literacy is an essential factor for more effective self-management especially among elderly monks with hypertension. This correlation descriptive research aimed to investigate overall health literacy, functional literacy, communicative/interactive literacy, critical literacy, self-management, and the association between health literacy and self-management among elderly monks with hypertension. Participants in this study were elderly monks with hypertension attending outpatient department of a university hospital and community hospitals in Chiang Mai province. The 88 participants were selected using purposive sampling. The research instruments used in this study were a demographic data and illness recording form, health literacy of elderly monks with hypertension, and self-management of elderly monks with hypertension. The data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation, and Spearman's correlation.

The results showed that the participants had moderate levels of overall health literacy, functional literacy, and communicative/interactive literacy and self-management, while critical literacy was at a low level.

Overall health literacy, functional literacy, communicative/interactive literacy, and critical literacy had a positive correlation with self-management at a moderate level (r = .552, .463, .526, and .419, respectively)

The results from this study can serve as database information for health care practitioners who look after elderly monks with hypertension to encourage self-management through health literacy enhancement.

Keywords: Health literacy, Self-management, Elderly monks with hypertension

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: sutthinan.cod@cmu.ac.th

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 1 November 2019; Revised 22 November 2019; Accepted 28 November 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันโรคความดันโลหิตสูงในประชากรสูงอายุไทยเป็นโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยจากรายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 4 พบร้อยละ 48.1 ในประชากรไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป และเพิ่มเป็นร้อยละ 53.2 จากรายงานการสำรวจสุขภาพฯ ครั้งที่ 5 (Aekplakorn, 2011; Aekplakorn, 2016) นอกจากนี้ในกลุ่มพระสงฆ์และสามเณรจากการสำรวจสถานะสุขภาพของพระสงฆ์-สามเณรทั่วประเทศไทยในปี 2559 พบโรคความดันโลหิตสูงสูงเป็นอันดับแรกโดยพบร้อยละ 29.45 ของโรคเรื้อรังทั้งหมดในพระสงฆ์ที่อาพาธ (Priest Hospital Department of Medical Service, 2018) ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ จะก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญและส่งผลต่อการดำเนินชีวิตทางด้านร่างกาย ซึ่งจะนำมาสู่ภาวะพึ่งพิง ส่งผลกระทบด้านจิตใจ

การควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ระดับปกติสามารถแบ่งได้เป็น 2 วิธีคือ การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต และ การรักษาด้วยยา (Thai Hypertension Society, 2019) ในพระสงฆ์เมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งจะได้รับการงดเว้นหลักปฏิบัติบางประการโดยไม่ผิดตามหลักของการปฏิบัติตนตามพระธรรมวินัย แต่อย่างไรก็ตามในพระสงฆ์สูงอายุพบว่ามีการปฏิบัติตามกิจวัตรที่บำเพ็ญเพื่อให้บรรลุนิพพานอย่างเคร่งครัด ฉันอาหารมื้อเดียวและฉันอาหารปรุงสุกจากการบิณฑบาต ไม่สามารถเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคเนื่องจากอาหารที่ฉันจะขึ้นอยู่กับผู้ที่ใส่บาตรถวาย ไม่มีการออกกำลังกาย ไม่แสวงหาการรักษาพยาบาล และไม่มีการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วยสื่อสารสนเทศเนื่องจากไม่ใช่กิจวัตรของสงฆ์ (Wuttisaksakul, 2018) จึงส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมโรคความดันโลหิตสูงได้ และทำให้การดำเนินของโรคเพิ่มขึ้น เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทหลักในการจัดการความเจ็บป่วยของตนเอง

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นการกระทำเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ซึ่งบุคคลต้องมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบดูแลตนเองโดยการเรียนรู้และฝึกฝนทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับปัญหาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (Lorig & Holman, 2003) โดยเน้นที่การจัดการ 3 ด้าน คือ 1) การจัดการตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยา การเลือกบริโภคอาหารเฉพาะกลุ่มโรค การออกกำลังกายและการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต่างๆ 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ได้แก่การปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติและวิถีชีวิต สร้างบทบาทใหม่หรือการคงไว้ซึ่งบทบาทที่เหมาะสมกับการรักษาโรคเรื้อรัง 3) การจัดการด้านอารมณ์ รวมถึงด้านจิตใจซึ่งเป็นผลกระทบจากโรคเรื้อรังได้แก่ ความกลัว โกรธ วิตกกังวล หรือซึมเศร้า โดยวิธีการมองโลกในแง่ดีและเปลี่ยนมุมมองชีวิตในอนาคต (Lorig & Holman, 2003) ทั้งนี้การจัดการทั้ง 3 ด้านให้มีประสิทธิภาพบุคคลจำเป็นต้องมีทักษะประกอบ 5 ทักษะหลัก ร่วมกับการปรับให้เหมาะสมกับตนเอง ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา (problem solving) 2) การตัดสินใจ (decision making) 3) การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและใช้แหล่งช่วยเหลือให้เกิดประโยชน์ (resource utilization) 4) การเป็นหุ้นส่วนพันธมิตรกับบุคลากรด้านสุขภาพ (the formation of a patient-provider partnership) และ 5) การลงมือทำ (action planning) นอกจากนี้ยังมีคุณลักษณะที่ทำการจัดการตนเองมีประสิทธิภาพโดยต้องปรับให้เหมาะสมกับตนเอง (self-tailoring) เพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับบุคคล วัฒนธรรม กฎหมายและสิ่งแวดล้อมที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Lorig & Holman, 2003) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีการจัดการตนเองอยู่ทั้งในระดับต่ำและระดับดี แต่ยังไม่พบการศึกษาการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

การที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองทั้ง 3 ด้านต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม เพื่อให้สามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลจากแหล่งต่างๆ สามารถ

ติดต่อสื่อสารและขอรับความช่วยเหลือจากแหล่งต่างๆ รวมถึงความสามารถในการวิเคราะห์ สังเคราะห์ และแปลผลข้อมูล (Nutbeam, 2000) เพื่อนำมาใช้ในการจัดการโรคของตนเอง ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถแบ่งได้ดังนี้ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน เป็นทักษะในการอ่าน การเขียน การเข้าใจคำศัพท์ การแปลความหมาย การคิดคำนวณจำนวนตัวเลข เพื่อใช้เป็นข้อมูลด้านสุขภาพ ในการดำรงสุขภาพที่ดีในชีวิตประจำวันที่สำคัญ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นการใช้ทักษะที่เพิ่มขึ้นจากระดับพื้นฐาน โดยใช้ร่วมกับทักษะทางสังคมในการดำรงชีวิต เพื่อจัดการกับข้อมูลที่หลากหลายจากการสื่อสารกับบุคคลอื่นและตัดสินใจนำไปใช้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณญาณ เป็นการใช้ทักษะขั้นสูงโดยเป็นการใช้ทั้งทักษะระดับปัญญา ทักษะทางสังคม การคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์เชื่อมโยงความสัมพันธ์ เปรียบเทียบ ประมวลผลข้อมูลที่ได้รับและนำมาใช้เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ต่างๆ รวมถึงการเป็นผู้จัดการ และให้การสนับสนุนแก่บุคคลในชุมชนในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ (Nutbeam, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุของ เกโบเออร์, เดอ วินเทอร์, สปูเรนเบิร์ก, ไวเนีย, และ ไรจ์เนเวลด์ (Geboers, de Winter, Spoorenberg, Wynia, & Reijneveld, 2016) ในผู้สูงอายุจังหวัดโกรนิงเกน ประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่าเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะทำให้การจัดการตนเองต่ำลงด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพจนถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 พบว่าส่วนใหญ่ทำในกลุ่มผู้ใหญ่และในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่มีการศึกษาที่ครอบคลุมและอธิบายการจัดการตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการจัดการตนเอง และความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพื่อหาความสัมพันธ์ดังกล่าวและใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตสูง และช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคความดันโลหิตสูงได้โดยมีคุณภาพชีวิตที่ดีและไม่เกิดผลกระทบต่าง ๆ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร
2. การจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติ จะทำให้การดำเนินโรคมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง จึงต้องมีการจัดการตนเองที่ดี เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรัง ตามแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ซึ่งมีเป้าหมายในการจัดการตนเองใน 3 ด้าน คือ 1) การจัดการด้านการรักษา 2) การจัดการด้านบทบาทหน้าที่ 3) การจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งบุคคล

จำเป็นต้องมีทักษะประกอบ 5 ทักษะ ได้แก่ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือและใช้แหล่งช่วยเหลือให้เกิดประโยชน์ การเป็นหุ้นส่วนพันธมิตรกับบุคลากรด้านสุขภาพ การลงมือทำ ร่วมกับการปรับให้เหมาะสมกับตนเอง ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถจัดการตนเองใน 3 ด้าน และมีทักษะทั้ง 5 ทักษะได้ ต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นทักษะทาง ทักษะทางปัญญา และ ทักษะทางสังคม (Nutbeam, 2000) เพื่อให้สามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลจากแหล่งต่างๆ โดยแบ่งเป็นแต่ละระดับคือ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นวิจารณญาณ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่าง ๆ จะทำให้สามารถแก้ไขปัญหา ติดต่อสื่อสาร หาข้อมูลเพิ่มเติม คัดเลือกข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และโต้ตอบอย่างมีส่วนร่วมโดยใช้การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ข้อมูลหรือสร้างแนวทางการปฏิบัติใหม่ที่เหมาะสมกับตนเองได้ ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน การจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่มารับการรักษาในหอผู้ป่วยนอก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ปราะชากร คือพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่ต่ำกว่า 6 เดือน 2) ได้รับการรักษาด้วยยาลดระดับความดันโลหิต 3) มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของ Ministry of public health (2014) ที่ประกอบด้วยคำถาม 10 ข้อ ต้องได้คะแนน 12 คะแนนขึ้นไป 4) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ประเมินโดยใช้แบบประเมินเพื่อตรวจสอบสติปัญญา การรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่ประกอบไปด้วยคำถาม 10 ข้อ ต้องได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป 5) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ 6) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยวิธีการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.8 ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดกลาง (medium effect size) ที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.3 จากการเปิดตารางได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 88 คน (Polit & Beck, 2008) โดยแบ่งเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งผู้วิจัยใช้วิธีการสุ่มเลือกโรงพยาบาลชุมชนโดยแบ่งตามภูมิศาสตร์ของจังหวัดเชียงใหม่ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) จำนวนพื้นที่ละ 1 โรงพยาบาล และจำนวนพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) อย่างเป็นสัดส่วน โดยได้ผลการสุ่มดังนี้ 1) โรงพยาบาลสงฆ์แห่งโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 53 คน 2) โรงพยาบาลดอยสะเก็ด จำนวน 10 คน 3) โรงพยาบาลสารภี จำนวน 10 คน 4) โรงพยาบาลสันป่าตอง จำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ

จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม เขตที่ตั้งของวัด แหล่งบริการด้านสุขภาพ แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ และ ข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง โรคประจำตัวร่วมอื่นๆ ยาที่ใช้สำหรับลดระดับความดันโลหิตและยาอื่นๆ ระดับความดันโลหิตย้อนหลัง 3 ครั้ง และโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง

2. แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวนข้อคำถาม 14 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานของ จริยา นพเคราะห์, โรจนี จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำผลศิริ (Noppakror, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) ที่พัฒนาจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) และผู้วิจัยได้แบ่งเป็น แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ โดยหาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ .96, .96, .96, และ .95 ตามลำดับ และความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน โดยคำนวณจากค่าสัมประสิทธ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ .87, .92, .90, และ .85 ตามลำดับ

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวนข้อคำถาม 26 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงของ เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาศุขะ, และ ทศพร คำผลศิริ (Thatseng, Lasuka, & Khampolsiri, 2012) ที่พัฒนาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ ลอริก และ โฮลแมน (Lorig & Holman, 2003) ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ .95 และความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน ได้ค่าสัมประสิทธ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .84

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมโรงพยาบาลสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับยื่นเอกสารเพื่อขอเก็บข้อมูลต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตเข้าเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลสงฆ์แห่งโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมที่จะเข้าร่วมในการทำวิจัย โดยแจ้งให้ทราบว่าการผู้เข้าร่วมงานวิจัยมีอิสระในการตัดสินใจโดยจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อการรักษาหรือบริการทางด้านสุขภาพ ข้อมูลที่ถูกรวบรวมจะถูกปกปิดเป็นความลับ และจะเปิดเผยในเฉพาะรูปที่เป็นภาพรวมของการนำเสนอและอภิปรายในการศึกษาทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลโดยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงหน่วยงานต่างๆ หลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่แล้ว จึงเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์แห่งโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสันป่าตอง หัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลสารภี และหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลดอยสะเก็ด เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ในการทำวิจัยและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัยและการเก็บข้อมูล โดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองใช้เวลาประมาณ 30 นาที ในสถานที่มีความเป็นส่วนตัว

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลความเจ็บป่วย คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเอง หลังจากทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟ ซามินอฟ (Kolmogorov-Smirnov test [KS]) พบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และคะแนนการจัดการตนเอง มีการแจกแจงแบบโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ในการวิเคราะห์ และพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation) ทั้งนี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2009)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 88 คน พบว่ามีอายุเฉลี่ย 68.39 ปี (SD = 7.15) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี 52 ราย (ร้อยละ 59.09) มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา 31 ราย (ร้อยละ 35.23) ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาอยู่ระหว่าง 1-10 ปี 60 ราย (ร้อยละ 68.18) รับประทานยาสำหรับลดระดับความดันโลหิตและยาอื่นๆ ตั้งแต่ 4 ชนิดขึ้นไป 67 ราย (ร้อยละ 76.14) เขตที่ตั้งของวัดส่วนใหญ่อยู่นอกเขตอำเภอเมือง 55 ราย (62.50) แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้รับมาจากบุคลากรทางการแพทย์เป็นหลัก 88 ราย (ร้อยละ 100) ในจำนวนนี้มีผู้ที่ใช้แหล่งข้อมูลจากสื่อสิ่งพิมพ์และอินเตอร์เน็ตเพิ่มเติมจำนวน 30 และ 27 รายตามลำดับ (ร้อยละ 34.09 และร้อยละ 30.68) สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ 76 ราย (ร้อยละ 86.36) ไม่มีโรคแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง 51 ราย (ร้อยละ 57.95)

กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 36.10, SD = 9.57, ($\bar{X}$ = 13.94, SD = 3.84, $\bar{X}$ = 13.19, SD = 3.73 ตามลำดับ) มีค่ามัธยฐานของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณอยู่ในระดับต่ำ (median = 7.50, Q.D. = 3.00) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 78.43, SD = 9.48) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนแบบสัมภาษณ์ ช่วงคะแนน แนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการกระจายข้อมูล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนแบบสัมภาษณ์	ช่วงคะแนน	แนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลางและการกระจายของข้อมูล	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	14.00-56.00	15.00-56.00	$\bar{X}$ = 36.10 SD= (9.57)	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	5.00-20.00	5.00-20.00	$\bar{X}$ = 13.94 SD= (3.84)	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	5.00-20.00	5.00-20.00	$\bar{X}$ =13.19 SD= (3.73)	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ	4.00-16.00	4.00-16.00	Median= 7.50 Q.D.= (3.00)	ต่ำ
การจัดการตนเอง	26.00-104.00	56.00-103.00	$\bar{X}$ = 78.43 SD (9.48)	ปานกลาง

เมื่อจำแนกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 52.28 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.32 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.18 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 61.36 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 54.55 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง โดยจำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านและการจัดการตนเอง (n = 88)

ตัวแปร	ระดับต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	18 (20.45)	46 (52.28)	24 (27.27)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	16 (18.18)	39 (44.32)	33 (37.50)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	24 (27.27)	38 (43.18)	26 (29.55)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ	54 (61.36)	15 (17.05)	19 (21.59)
การจัดการตนเอง	0	48 (54.55)	40 (45.45)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้านกับการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .553$, $p < .001$) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง

ทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (r = .469, p< .001) ระดับปฏิสัมพันธ์ (r = .528, p< .001) ระดับวิจารณญาณ (r = .388, p< .001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับการจัดการตนเอง (n = 88)

ตัวแปร	การจัดการตนเอง	ระดับความสัมพันธ์
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.553**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน	.469**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์	.528**	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ	.388**	ปานกลาง

** p < .001

การอภิปรายผล

1. จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแยกรายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 1) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพระสงฆ์ผู้สูงอายุกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 68.39 ปี ทำให้มีข้อจำกัดด้านการมองเห็น การได้ยิน และการจดจำสำหรับการอ่าน เขียน เข้าใจความหมายของข้อมูลลดลงเล็กน้อย เห็นได้จากผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 44.32) (ตารางที่ 2) ส่งผลให้มีการเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงเพื่อการทำความเข้าใจกับข้อมูลใหม่โดยใช้ทักษะทางปัญญาได้พอสมควร แต่อย่างไรก็ตามยังเกิดผลกระทบในการอ่านฉลากยาและใบให้คำแนะนำหรือแผ่นพับให้ความรู้ที่มีความซับซ้อน ไม่ทราบชื่อหรือคำศัพท์ที่เป็นศัพท์ทางการแพทย์ ซึ่งเป็นไปในทำนองเดียวกันกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์อภิมานของ โคบายาชิ, วอร์เดิ้ล, วูล์ฟ, และ ฟอน แวกเนอร์ (Kobayashi, Wardle, Wolf, & Von Wagner, 2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของอายุกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบว่าอายุที่มากขึ้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานลดลง มีผลต่อการใช้ทักษะทางปัญญาในด้านการอ่าน การทำความเข้าใจ การคำนวณ รวมทั้งคำศัพท์ที่ใช้ทางการแพทย์

การศึกษาทางโลกของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 35.23 ร่วมกับวัดเป็นที่อยู่อาศัยของผู้สงบ และส่วนใหญ่อาศัยอยู่นอกเขตอำเภอเมืองร้อยละ 62.50 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งส่งผลต่อการใช้ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคมในระดับที่สูงขึ้นเพื่อรับและจัดการข้อมูลจากแหล่งบริการด้านสุขภาพและข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.18) และ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 61.36) (ตารางที่ 2) อันเนื่องมาจากการแสวงหาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ผู้มีประสบการณ์ หรือรับข้อมูลจากแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพไม่ใช่กิจวัตรของสงฆ์ ทำให้ขาดการมีปฏิสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการเข้าถึงสื่อสิ่งพิมพ์ อินเตอร์เน็ต โทรทัศน์ ที่เป็นข้อมูลด้านสุขภาพและนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันร่วมกับกิจวัตรของสงฆ์ ทำให้เกิดการสื่อสารระหว่างพระสงฆ์สูงอายุและบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้ที่มี

ประสบการณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่เข้าใจคำแนะนำ ไม่กล้าสอบถามหรือแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพเพิ่มเติม เมื่อข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอทำให้ไม่เกิดการคิดในเชิงการวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงความสัมพันธ์หรือเปรียบเทียบข้อมูล ขาดการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งการรวบรวมข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือค่าระดับความดันโลหิตเพื่อประกอบการตัดสินใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, และ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (Kumthong, Poltisiri, & Kaeo-dum-kong, 2016) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง จำนวน 1,138 คน พบว่าการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันทั้งในด้านการสนับสนุน และแลกเปลี่ยนข้อมูลจะช่วยเพิ่มระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล

2. การจัดการตนเองในพระสงฆ์ผู้สูงโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 54.55) (ตารางที่ 2) สามารถอธิบายได้ว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สามารถจัดการกับปัญหาจากความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตและเป็นไปตามกิจวัตรของสงฆ์ทั้งในด้านการรักษา ด้านบทบาทหน้าที่ และด้านอารมณ์ได้ปานกลาง ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมได้ทุกด้านเนื่องจากข้อจำกัดความเป็นสมณวัตรที่พึงอยู่ในอาการสำรวมเพื่อเป็นที่เคารพแก่บุคคลที่พบเห็น ไม่สามารถประกอบอาหารได้เอง ต้องฉันอาหารตามที่ได้รับจากการบิณฑบาต หากประเภทอาหารที่ได้รับมามีปริมาณน้อย ไม่เพียงพอต่อการคัดเลือกประเภทอาหารที่เหมาะสมกับโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงด้านโภชนาการได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ คณิศฉัตร์ วุฒิศักดิ์สกุล (Wuttisaksakul, 2018) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 167 รูป พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ฉันอาหารที่ได้จากการบิณฑบาต รวมทั้งภัตตาหารที่โยมอุปัฏฐากได้นำมาถวายอย่างตั้งใจและต้องฉันเพื่อตอบสนองความศรัทธาของฆราวาสไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ รวมถึงเป็นความเชื่อสำหรับผู้ที่ล่วงลับไปจะได้รับอาหารเช่นเดียวกับที่พระสงฆ์ฉัน

ระดับการศึกษาขั้นพื้นฐานร่วมกับระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 35.23 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด และระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 68.90 (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่ามีความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ซึ่งการศึกษาขั้นพื้นฐานจะช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุสามารถรับรู้และเข้าใจคำแนะนำ ในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ฝึกฝนทักษะ สั่งสมประสบการณ์ พัฒนาความสามารถในการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจ ค้นหาแหล่งช่วยเหลือ และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการจัดการตนเองให้มีความเหมาะสม กระทั่งสามารถประยุกต์หรือปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตซึ่งไม่ขัดต่อหลักกิจวัตรของสงฆ์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พนิดา จันทร์ดีแก้วสกุล, นันทิยา วัฒายุ, และ นันทวัน สุวรรณรูป (Jandeekaewsakul, Watthayu, & Suwonnaroop, 2018) ที่ศึกษาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขจำนวน 3 แห่ง ในสังกัดสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่าเมื่อมีองค์ความรู้พื้นฐานดีจะทำให้การจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และการศึกษาของ สุมาพร สุจำนงค์, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, นิรัตน์ อิมามี (Sujamnong, Therawiwat, & Imamee, 2013) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่รับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลาดขวัญ จำนวน 200 คน พบว่าเมื่อระยะเวลาป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงนานมากขึ้น จะทำให้การจัดการตนเองในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นตาม

แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาทางโลกในระดับที่สูงและการศึกษาทางธรรมทั้งแผนกธรรมและแผนกบาลี

ไม่ได้เน้นการให้ความรู้และส่งเสริมการดูแลสุขภาพ และการศึกษาส่วนใหญ่ของสงฆ์จะมุ่งให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการทางพระพุทธศาสนา จึงอาจไม่มีความเกี่ยวข้องกับการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คณิศฉัตร์ วุฒิศักดิ์สกุล (Wuttisaksakul, 2018) ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 167 รูป พบว่าจำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุดทั้งทางโลกและทางสงฆ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ทั้งในด้านการบริหารร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านการจัดการกับความเครียด ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพและด้านสุขภาพอนามัย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน กับการจัดการตนเอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง (r= .553) (ตารางที่ 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมที่ดีจะทำให้ระดับการจัดการตนเองดีตาม สามารถอธิบายได้ว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสามารถใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมทั้งในระดับพื้นฐานและระดับขั้นสูงในการจัดการกับข้อมูลจากสื่อต่างๆ สืบค้นหาข้อมูลที่จำเป็น แลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพกับบุคคลอื่นๆ เพื่อให้ได้รับข้อมูลที่สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับวิถีชีวิตตามหลักกิจวัตรของสงฆ์ได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้พระสงฆ์สูงอายุมีการจัดการตนเองที่ดี ทั้งในด้านการรักษา ด้านบทบาทหน้าที่ และการจัดการด้านอารมณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เกโบเออร์ และคณะ (Geboers et al., 2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสามารถในการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ จังหวัดโกรนิงเกน ประเทศเนเธอร์แลนด์ จำนวน 1,052 คน พบว่าเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำจะทำให้การจัดการตนเองต่ำลงด้วย

จากผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ ระดับวิจารณญาณกับการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวก ในระดับปานกลาง (r= .469, 528, 388 ตามลำดับ) (ตารางที่ 3) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงใช้ทักษะทางปัญญาพื้นฐานในการอ่าน เขียน คิดคำนวณตัวเลข ทำความเข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์และความหมาย และใช้ทักษะทางปัญญาที่สูงขึ้นร่วมกับทักษะทางสังคมในการสื่อสาร เจรจาต่อรอง ตัดสินใจคัดเลือกและพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับมาจากสื่อที่มีความหลากหลาย นอกจากนี้พระสงฆ์สูงอายุยังสามารถใช้ข้อมูลที่มีให้เกิดประโยชน์สูงสุดด้วยการใช้ทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมขั้นสูงร่วมกันเพื่อการคิดวิเคราะห์ สังเคราะห์ เชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลประกอบการตัดสินใจ การแก้ไขปัญหา การค้นหาแหล่งช่วยเหลือ มีส่วนร่วมในการรักษาและวางแผน ซึ่งส่งผลให้การจัดการตนเองดีขึ้น มีการออกกำลังกาย เลือกฉันอาหารและยาเฉพาะโรคที่เหมาะสม สามารถจัดการด้านอารมณ์ มีทักษะในการประสานความร่วมมือระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพและการมาตรวจตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไฮจ์มันส์, เวฟริจน์, เรเดเมกเกอร์ส, ฟาน เดอร์ ฟาร์ท, และ ไรจ์เก้น (Heijmans, Waverijin, Rademakers, van der Vaart, & Rijken, 2015) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพวิจารณญาณกับการจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 1,341 คน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณญาณมีความเกี่ยวพันธ์กันเพื่อให้การจัดการตนเองอยู่ในระดับดี และการที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีการจัดการตนเองในระดับสูง ผู้ป่วยต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับวิจารณญาณที่ดี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้าน และการจัดการ

ตนเองให้แก่พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

2. พยาบาลหรือบุคลากรด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถพัฒนาสื่อในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองที่เหมาะสมกับระดับของพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านและการจัดการตนเองในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างคือพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ทำให้องค์ความรู้จากการศึกษาไม่ครอบคลุมพระสงฆ์สูงอายุที่มีโรคร่วมหลายโรค ดังนั้นควรมีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านและการจัดการตนเองในกลุ่มที่มีโรคร่วมหลายโรคเพื่อขยายผลการศึกษาให้ครอบคลุมการดูแลพระสงฆ์สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง

2. ควรศึกษาความสามารถในการทำนายของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านต่อการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำผลการศึกษาเป็นแนวทางจัดโปรแกรมการ การดูแลที่เฉพาะเจาะจงและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการสนับสนุนจากทุนผู้ช่วยสอน/ผู้ช่วยวิจัย (TA/RA) ซึ่งเป็นทุนอุดหนุนการศึกษาแก่ผู้ที่เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

References

Aekplakorn, W. (Ed.). (2011). *National health examination surveys* (4th ed.). Nonthaburi: Augson Graphic and Design. (in Thai).

Aekplakorn, W. (Ed.). (2016). *National health examination surveys* (5th ed.). Nonthaburi: Augson Graphic and Design. (in Thai).

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). Philadelphia: Elsevier Saunders.

Geboers, B., de Winter, A. F., Spoorenberg, S. L., Wynia, K., & Reijneveld, S. A. (2016). The association between health literacy and self-management abilities in adults aged 75 and older, and its moderators. *Quality of Life Research, 25*(11), 2869-2877.

Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., van der Vaart, R., & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. *Patient Education and Counseling, 98*(1), 41-48. doi: 10.1016/j.pec.2014.10.006

Jandeekaewsakul, P., Watthayu, N., & Suwonnaroop, N. (2018). Factors predicting self-management behavior among patients with uncontrolled essential hypertension. *Journal of Nursing Science, 36*(1), 31-43. (in Thai).

Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2016). Aging and functional health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Journals of Gerontology Psychological Sciences, 71*(3), 445-457. doi:10.1093/geronb/gbu161

Kumthong, T., Poltisiri, V., & Kaeo-dum-kong, K., (2016). Factors influencing health literacy for people at risk of diabetes Mellitus and hypertension of Uthai Thani and Ang Thong. *Veridian E-Journal Science and Technology Silpakorn University, 3*(6), 67-85. (in Thai).

Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education, history, definition, outcomes, and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine, 26*(1), 1-7.

Ministry of Public Health. (2014). *Geriatric health assessment handbook.* Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Under Royal Patronage of His Majesty the King. (in Thai).

Noppakror, J., Chintanawat, R., & Khampolsiri, T. (2020). Health literacy and self-management in older persons with type 2 diabetes mellitus. *Nursing Journal, 47*(2), 251-261. (in Thai).

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International, 15*(3), 259-267. doi: 10.1093/heapro/15.3.259

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 23*(10), 433-441. doi.org/10.1111/j.1532-5415.1975.tb00927.x

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Priest Hospital Department of Medical Service. (2018). *Information of monks and novice.* [brochures]. Bangkok: Priest Hospital. (in Thai) Retrived from http://priest-hospital.go.th/100YrsPublicHealthThailand

Sujamnong, S., Therawiwat, M., & Imamee, N. (2013). Factors related to self-management of hypertension patients, Taladkwan District Health Promotion Hospital, Nontaburi province. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok, 29*(2), 20-30. (in Thai).

Thai Hypertension Society. (2019). *Guidelines in the treatment of hypertension 2019.* (in Thai) Retrieve from http://www.thaihypertension.org/files/GL%20HT%202015.pdf.

Thatseng, B., Lasuka, D., & Khampolsiri, T. (2012). Effects of a self-management supporting program on self-management behaviors and blood pressure among elders with hypertension. *Nursing Journal, 39*(4), 124-137. (in Thai)

Wuttisaksakul, K. (2018). Factors related to health behaviors of monks in Fang District, Chiang Mai. *Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office, 24*(1), 71-83. (in Thai)

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้*

Religious Practices and Spiritual Well-being in Older Persons with Uncontrolled Hypertension*

ฉัตรทิพย์	แสงสร้อย **	Chatthip	Sangsoy **
โรจนี	จินตนาวัฒน์ ***	Rojanee	Chintanawat ***
ลินจง	โปธิบาล ****	Linchong	Pothiban ****

บทคัดย่อ

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ และสามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงในผู้สูงอายุ ส่งผลต่อจิตวิญญาณโดยนำไปสู่ความรู้สึกผิด เศร้าโศก วิตกกังวล การสนับสนุนทางด้านจิตวิญญาณจึงมีความสำคัญต่อการเผชิญหน้ากับโรคเรื้อรัง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ที่มารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีบุญเรือง ตำบลหนองหอย และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลสุเทพ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และแบบวัดการปฏิบัติทางพุทธศาสนา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อยู่ในระดับสูง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r=0.30)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรสุขภาพในการส่งเสริมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำสำคัญ: ความผาสุกทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: crojanee@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 5 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 22 มิถุนายน 2560 วันที่ตอบรับบทความ 13 กรกฎาคม 2560

Abstract

Uncontrolled hypertension is a major health problem that lead to serious complications in older persons. It affects the soul leading to feelings of guilt, grief, and anxiety, and spiritual support is vital in the face of chronic disease. Religious practices promote spiritual well-being. This correlational descriptive research aimed to describe spiritual well-being, religious practices, and the relationship between religious practices and spiritual well-being among older persons with uncontrolled hypertension. Participants were older persons with uncontrolled hypertension who received treatment at Ban Si Bun Rueang, Thambon Nong Hoi, Health Promotion Hospital, and Suthep Sub District Public Health Service Center, Chiang Mai province. The 88 participants were selected using convenience sampling. The research tools used in this study were a Demographic Data Recording Form, the Thai Spiritual Well-Being Assessment Tool for Elders with a Chronic Illness (TSWBATECI) and Buddhist Practices Scales. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's Correlation Coefficient.

The results showed that the participant's spiritual well-being and religious practices were at a high level. Religious practices had a positive relationship with spiritual well-being at a moderate level with a statistical significance of .01 (r=0.30).

The results are useful for health care providers in promoting religious practices and spiritual well-being in older persons with uncontrolled hypertension.

Keywords: Spiritual well-being, Religious practices, Older persons with uncontrolled hypertension

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
** Graduate Student of Nursing Science program in Gerontological Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: crojanee@gmail.com
**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 5 June 2017; Revised 22 June 2017; Accepted 13 July 2017

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงถือว่าเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2013) พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลก มีจำนวน 970 ล้านคน (194 ประเทศ) และการคาดการณ์จำนวนของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงในปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน จากรายงานของ National Health and Nutrition Examination Survey ในปี ค.ศ. 2011-2012 ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า จำนวนผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงจะเพิ่มขึ้น และในกลุ่มอายุ 60 ปีและมากกว่าจะพบผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 65.0 (Nwankwo, Yoon, Burt, & Gu, 2013) โรคความดันโลหิตสูงยังเป็นสาเหตุของการตายถึง 7.5 ล้านคน หรือ ร้อยละ 12.8 จากสาเหตุการตายทั้งหมด (World Health Organization, 2013) จากรายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2012) พบว่า โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุด โดยมีอัตราป่วยคือ 4,056.19 ต่อประชากรแสนคน และจากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดภาคเหนือตอนบนในปี พ.ศ. 2555 พบว่า จำนวนผู้ป่วยสะสมของโรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยมีอัตราความชุกและอัตราตายเท่ากับ 65,027.58 และ 641.65 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ

โรคความดันโลหิตสูงพบมากที่สุดในผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ทำให้ร่างกายเสื่อมสภาพและเกิดพยาธิสภาพในหลายระบบของร่างกาย (Hypertension Association of Thailand, 2012) และยังพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นร่วมกับกระบวนการชรานั้น ทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้ (uncontrolled hypertension) มากขึ้นด้วย (Calhoun et al., 2008) จากการสำรวจของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiang Mai Provincial Public Health Office, 2016) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงมีจำนวน 118,718 ราย และสามารถควบคุมโรคได้เพียงร้อยละ 72.06 ดังนั้นจึงมีจำนวนผู้ที่ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 27.94

โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ หมายถึง ระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หลังได้พักแล้วอย่างน้อย 5 นาที ในการตรวจ 2 ครั้งห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหาร และการออกกำลังกายแล้ว (Improve the Quality of Library Services, 2007) ซึ่งการควบคุมโรคความดันโลหิตไม่ได้นั้นทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยเฉพาะผลกระทบทางด้านจิตวิญญาณ ทำให้ขาดความสมดุลในการดำเนินชีวิต ขาดความหวังและขาดเป้าหมายในชีวิต (Soowit, Panasakulkan, & Muksiritipanun, 2015) ดังนั้นถ้าผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณต่ำ จะทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ เพราะไม่สามารถปรับตัวกับโรคที่เป็นอยู่และเกิดความเครียดจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป (Puchalski, 2001) และทำให้ระดับความดันโลหิตควบคุมได้ยากขึ้น

ความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความรู้สึกที่อยู่ภายในของผู้สูงอายุ ที่แสดงถึงความเข้มแข็ง ความสงบและเป็นสุข มีความสมดุล มีเป้าหมายในชีวิต มองเห็นคุณค่าของตนเอง ยอมรับและพึงพอใจในสิ่งที่มีอยู่ ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ (Unsanit, Sunsern, Kunsongkeit, O'Brien, & McMullen, 2012) คือ ความสุขในชีวิต การยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสมดุลของชีวิต การเห็นในคุณค่าของชีวิต เป็นผู้ที่ข้ามพ้นตัวเอง เป็นผู้ที่คิดบวก เป้าหมายในชีวิต และการให้อภัย โดยองค์ประกอบทั้ง 8 ด้านได้จากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการปรับจากทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เกิดการเจ็บป่วย (Theory of

Spiritual Well-Being in Illness) ของโอไบรอัน (O'Brien, 2008) ซึ่งใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม เห็นได้ว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ทำให้สามารถเผชิญกับปัญหาทางด้านสุขภาพและความเจ็บป่วยของตนเอง (Unsanit et al., 2012) เมื่อมีภาวะจิตวิญญาณที่แข็งแกร่งแล้วจะส่งผลให้สามารถเผชิญกับปัญหาจากสภาวะของโรคเรื้อรังได้ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ (Kretchy, Owusu-Daaku, & Danquah, 2014) จากการศึกษาของ เอดมันสัน และคณะ (Edmondson et al., 2005) ในกลุ่มผู้ใหญ่ พบว่า ความผาสุกทางจิตวิญญาณมีความสัมพันธ์ในทางตรงกันข้ามกับค่าความดันโลหิตทั้ง 2 ค่า ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูงจะช่วยให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางจิตวิญญาณมีหลายปัจจัย แต่ปัจจัยด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่ให้ความสำคัญกับจิตวิญญาณมากกว่าวัยอื่น และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาทำให้เกิดกำลังใจและยกระดับจิตวิญญาณให้ดีขึ้น (Tantitrakul, 2009) ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้น

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลทำตามความเชื่อของศาสนาที่ตนเองยึดถือ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต รวมทั้งยังเป็นสิ่งที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ ทำให้ปล่อยวางและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิต (Rujipairote, 2007) สำหรับสังคมไทยซึ่งประชาชนส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 90 นับถือศาสนาพุทธ ดังนั้นการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจึงเป็นไปตามความเชื่อทางพุทธศาสนา ซึ่งท่านเจ้าคุณปัญญาพิศาลเถระ (Bhanthumnavin, 1997) กล่าวว่า พุทธศาสนิกชนควรยึดหลักปฏิบัติ ทาน ศีล และภาวนา ซึ่งอาจเป็นการกระทำโดยส่วนตัว กระทำร่วมกับผู้อื่น ทำได้ทั้งในวัดและนอกวัด จากการศึกษาของ อุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (Chaichanavirot, 2000) พบว่า การปฏิบัติธรรมสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุทั่วไปที่นับถือศาสนาพุทธ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาก็จะทำให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้นยังมีน้อย ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในผู้ป่วยที่มีโรครุนแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์และโรคเรื้อรังอื่นๆ อย่างไรก็ตามจากลักษณะของโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ส่งผลกระทบต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ การส่งเสริมด้านจิตวิญญาณในผู้สูงอายุสามารถทำได้ง่ายในชีวิตประจำวัน เมื่อผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ดังนั้นในการศึกษานี้ ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ความผาสุกทางจิตวิญญาณ และความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณให้กับผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

คำถามการวิจัย

1. ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นอย่างไร

2. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เป็นอย่างไร

3. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความสัมพันธ์กันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เจ็บป่วยเรื้อรัง (A Middle-Range Theory of Spiritual Well-Being in illness) ของโอไบรอัน (O'Brien, 2008) ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ประกอบด้วย 8 องค์ประกอบ คือ ความสุขในชีวิต การยอมรับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสมดุลของชีวิต การเห็นในคุณค่าของชีวิต เป็นผู้ที่ข้ามพ้นตัวเอง เป็นผู้ที่คิดบวก เป้าหมายในชีวิต และการให้อภัย ร่วมกับหลักของพุทธศาสนา คือ บุญกิริยาวัตถุ 3 ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะทำให้บุคคลสามารถยอมรับโรคเรื้อรังที่เป็นอยู่สงบ เห็นคุณค่าในตนเอง มีเป้าหมายในชีวิต สามารถปรับวิถีการดำเนินชีวิตได้อย่างสมดุล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจึงมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อหาความสัมพันธ์ เพื่อศึกษาความผาสุกทางจิตวิญญาณ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความสัมพันธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หลังได้พักแล้วอย่างน้อย 5 นาที ในการตรวจ 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายแล้ว

กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงที่มีระดับความดันโลหิตมากกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท หลังได้พักแล้วอย่างน้อย 5 นาที ในการตรวจ 2 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 2 สัปดาห์ โดยได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการควบคุมอาหารและการออกกำลังกายแล้ว ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีบุญเรือง ตำบลหนองหอย และศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลตำบลสุเทพ

ผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (convenience sampling) โดยมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

1. นับถือศาสนาพุทธ

2. มีสติปัญญาการรับรู้ปกติ จากการประเมินสติปัญญาโดยใช้แบบทดสอบสติปัญญา (Mental Status Questionnaire [MSQ]) ของคาร์น, โกล์ดฟาร์บ, พอลแลค และเพค (Kahn, Goldfarb, Pollack, & Peck, 1960) โดยได้คะแนนตั้งแต่ 8 ถึง 10 คะแนน

3. สามารถสื่อสารโดยใช้และเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง คือ ได้รับการรักษาตามแนวทางของ resistance hypertension

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน แหล่งรายได้หลัก ความเพียงพอของรายได้ สิทธิในการรักษา และข้อมูลในการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ โรคประจำตัวอื่นๆ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาในการรักษาโรคความดันโลหิตสูง

2. แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยมีคำถาม 41 ข้อ แบ่งเป็น 8 องค์ประกอบ ได้แก่ การยอมรับความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ความสุขในชีวิต ความสมดุลของ

ชีวิต การเห็นในคุณค่าของชีวิต เป็นผู้ที่ข้ามพ้นตัวเอง เป็นผู้ที่คิดบวก เป้าหมายในชีวิต และการให้อภัย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วน ประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ เป็นข้อคำถามในเชิงบวก 35 ข้อ ข้อคำถามในเชิงลบ 6 ข้อ ระดับคะแนนของแต่ละข้อมีตั้งแต่ระดับ 0-4 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-164 คะแนน

3. แบบวัดการปฏิบัติทางพุทธศาสนา พัฒนาโดย ดวงเดือน พันธุมนาวิน (Bhanthumnavin, 1997) โดยมีคำถาม 10 ข้อ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ทาน ศีล และภาวนา ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 6 ระดับ เป็นข้อคำถามในเชิงบวก 2 ข้อ เชิงลบ 8 ข้อ ระดับคะแนนของแต่ละข้อมีตั้งแต่ระดับ 1-6 คะแนน มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10-60 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาแต่ละองค์ประกอบอยู่ระหว่าง .82-.95 และแบบวัดการปฏิบัติทางพุทธศาสนาของ ดวงเดือน พันธุมนาวิน (Bhanthumnavin, 1997) มีความตรงเชิงโครงสร้างสูงจากวิธีการแบบรู้กลุ่ม (Known Group Technique) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างและเนื้อหา จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ และผู้วิจัยนำแบบวัดทั้ง 2 ชุด ไปหาความสอดคล้องภายใน โดยการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุไทยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเท่ากับ .81 และค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการปฏิบัติทางพุทธศาสนาเท่ากับ .80

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์และเอกสารข้อมูลการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเชียงใหม่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีบุญเรือง ตำบลหนองหอย และนายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลสุเทพ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัวเอง อธิบาย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย ชี้แจงว่าสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ ข้อมูลที่ได้จะเก็บ เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม และจะนำไปใช้ประโยชน์ทางการวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องให้การศึกษาวิจัยนี้สิ้นสุด เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอม ผู้วิจัยได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผ่านขั้นตอนได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีบุญเรือง ตำบลหนองหอย และเทศบาลตำบลสุเทพ ผู้วิจัยได้สืบค้นข้อมูลเพื่อค้นหาผู้สูงอายุตามเกณฑ์ที่กำหนด สัมภาษณ์ในห้องตรวจที่มีความเป็นส่วนตัว มีแบบสอบถาม 3 ฉบับ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย

2.1 วิเคราะห์ระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณและระดับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุก ทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาค่าความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามเกณฑ์ (Burn & Grove, 2009)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.68 มีอายุระหว่าง 60-69 ปี ร้อยละ 68.18 อายุเฉลี่ย 67.41 ปี (S.D. = 7.61) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.32 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 75.00 ยังประกอบอาชีพได้ ร้อยละ 55.68 โดยเป็นอาชีพค้าขาย ร้อยละ 31.82 แหล่งรายได้หลัก มาจากการประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.14 มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 65.91 สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่เป็นบัตรทอง ร้อยละ 95.45

ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีโรคอื่นร่วมด้วย ร้อยละ 64.77 ส่วนใหญ่มีโรคร่วม 1 ชนิด ร้อยละ 40.89 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนมากร้อยละ 44.32 อยู่ระหว่าง 1-5 ปี โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 6.86 ปี (S.D. = 5.84) กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยาลดความดันโลหิตสูง ร้อยละ 96.59 ส่วนใหญ่มีการใช้ยา 1 ชนิด ร้อยละ 56.82

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 79.55 มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.45 มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณระดับปานกลาง (คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 87.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 141.00 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 116.78 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 10.98)

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 62.50 มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 37.50 มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาระดับปานกลาง (คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 32.00 คะแนน คะแนนสูงสุดเท่ากับ 56.00 คะแนน มีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเท่ากับ 44.61 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.59)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในระดับปานกลาง (r = 0.30) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การอภิปรายผล

ความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ส่วนใหญ่มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้นั้นสามารถยอมรับความเจ็บป่วย แม้ว่าโรคความดันโลหิตสูงนั้นจะไม่สามารถควบคุมได้ แต่ก็ไม่ได้ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานหรือความเจ็บปวด จึงทำให้สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ สามารถยอมรับกฎของธรรมชาติ และพบว่าการที่ผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายโรค อาจส่งผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณได้ เนื่องจากเป็นวัยที่มีร่างกายเสื่อมลง สุขภาพแย่ลง อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน แต่เนื่องจากผู้สูงอายุที่เหล่านี้สามารถควบคุมโรคร่วมที่กำลังเป็นอยู่ได้ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่กระทบกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ยังสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข จึงทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และผู้วิจัยยังได้ข้อมูลจากการพูดคุยกับกลุ่มตัวอย่างว่า กลุ่มตัวอย่างหลายรายเมื่อทราบว่าตนเองมีโรคร่วมหลายโรค จะพยายามดูแลตัวเองให้มากขึ้น เช่น ออกกำลังกายด้วยการเดิน ทำจิตใจให้สบาย ไม่เครียด ไปวัดทำบุญ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ดังนั้นจึงทำให้มีความเชื่อในเรื่องการทำความดี ไม่ทำชั่ว เชื่อเรื่องบุญและกรรม เชื่อว่าการเกิด แก่ เจ็บ ตาย เป็นเรื่องธรรมดาที่เกิดกับชีวิต ทำให้ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองได้มากขึ้น ส่งผลให้เกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ

ชัยชนะวิโรจน์ (Chaichanavirot, 2000) ที่พบว่าภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ

นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูง อาจเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว จากการศึกษาของอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (Chaichanavirot, 2000) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ ในการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 69.32 ของกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่กับคู่สมรสอย่างมีความสุข ไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้ง นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังช่วยเลี้ยงดูหลาน ทำให้เห็นคุณค่าของตนเองที่มีต่อครอบครัว การอยู่กับบุตรหลานในครอบครัวเดียวกันและมีความสัมพันธ์ระหว่างวัยที่ดี ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความสงบในใจ ไม่ฟุ้งซ่าน ดังการศึกษาของ นงเยาว์ กันทะมูล (Kanthamun, 2003) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งปอดและมีความสัมพันธ์ที่ดีกับลูกหลาน จะเป็นบุคคลที่มีกำลังใจที่ดี มีความมั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดพลังใจและมีความหวังในการดำเนินชีวิตต่อไป

นอกจากนี้ การที่ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณในระดับสูงอาจเนื่องมาจากการมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.68 ยังสามารถประกอบอาชีพได้และมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต (ร้อยละ 65.91) การที่ผู้สูงอายุสามารถประกอบอาชีพและมีรายได้เลี้ยงดูตนเอง สร้างความมั่นใจ มั่นคงด้านเศรษฐกิจ รายได้มีเงินในการรักษา สามารถการเลี้ยงดูหลาน ช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัว ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเองทำให้เพิ่มความผาสุกทางจิตวิญญาณ ดังการศึกษาของฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (Praiwan, 1997) ที่พบว่า รายได้ของผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลบำราศนราดูร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกด้านจิตวิญญาณอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ลักษณะที่พักอาศัย อาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ เห็นได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ที่พบว่า ลักษณะที่พักอาศัยของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีลักษณะมั่นคงปลอดภัย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ชินัณ บุญเรืองรัตน์ (Boonruangrat, 2008) ที่พบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่รวมกันมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ที่อยู่เพียงลำพัง และยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่อาจอธิบายระดับความผาสุกทางจิตวิญญาณที่สูง โดยผู้สูงอายุบอกว่า บุตรหลานให้การดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดี พาไปหาหมอตามนัด ดูแลเรื่องอาหารและยาที่ถูกต้องตามโรคที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิญา น้อยเปียง (Noipiang, 2001) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว องค์กรหรือบุคคลากรทางการแพทย์ เช่นเดียวกับการศึกษาของ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล (Tantitrakul, 2009) ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับสูง ซึ่งอาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุทุกคนนับถือศาสนาพุทธ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานั้นเป็นกิจกรรมที่ชาวพุทธได้ปฏิบัติสืบต่อกันมานานในชีวิตประจำวัน กิจกรรมทางศาสนาส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติ คือ ทาน ศีล และภาวนา หรือเรียกว่าบุญกิริยาวัตถุ 3 โดยแปลว่า สิ่งที่ตั้งแห่งการกระทำบุญ หรือเรื่องแห่งการกระทำบุญ (Somdet Phra Yannasangwon Patriarch Sakol Maha Sangkha Parinayok, 2013) ซึ่งทั้ง ทาน ศีลและภาวนานั้น เป็นกิจกรรมทางศาสนาที่ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้เองที่บ้าน และเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไทย

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องมาจากปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่

อายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนเป็นผู้สูงอายุโดยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 67.41 ปี ทำให้ผู้สูงอายุยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้ด้วยตนเอง โดยผนวกเข้ากับกิจกรรมในกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้สูงอายุนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้โดยง่าย ดังการศึกษาของ อมรรัตน์ อภินันท์มหกุล (Apinanmahakul, 2012) ที่พบว่า เมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีแนวโน้ม ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาโดยการให้ทานโดยการบริจาคเงินเพิ่มขึ้น ในส่วนของเพศ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 55.68 เป็นเพศหญิง ซึ่งการศึกษาของนันทนา ขวัญยืน (Kwanyuen, 2008) ที่พบว่า เพศหญิงมีความสนใจในการปฏิบัติต่อกิจกรรมทางศาสนามากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจเป็นเพราะว่าเพศหญิงจะได้รับการอบรมสั่งสอนให้มีความเมตตากรุณา ทำบุญทำทานมากกว่าเพศชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ อมรรัตน์ อภินันท์มหกุล (Apinanmahakul, 2012) ที่พบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มในการทำทานโดยการบริจาคเงินหรือสิ่งของมากกว่าเพศชาย และเป็นไปในทางเดียวกับการศึกษาของ พระไพฑูรย์ อารัมภรัตน์ (Arampharat, 2013) ที่พบว่า เพศหญิงจะมีระดับการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางพุทธศาสนามากกว่าเพศชาย และจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างจะคำนึงถึงเรื่องบาปบุญก่อนการตัดสินใจที่จะทำสิ่งต่างๆ ชอบไปวัดทำบุญในวันสำคัญทางศาสนาต่างๆ

นอกจากนี้สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่สัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ในการศึกษานี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 69.32 มีสถานภาพสมรสคู่และยังอาศัยอยู่กับคู่สมรส จากการศึกษาของ อมรรัตน์ อภินันท์มหกุล (Apinanmahakul, 2012) พบว่า ผู้ที่สมรสแล้วและอาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสจะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาโดยบริจาคเงินให้แก่วัดและให้แก่องค์กรสาธารณกุศลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนามากกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสอื่น ในส่วนของระดับการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.00 จะมีการศึกษาในระดับประถมศึกษา และยังสามารถประกอบอาชีพเพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัวได้ เมื่อผู้สูงอายุยังมีรายได้ที่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายแล้ว ก็จะมีโอกาสได้ทำบุญทำทานมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ อมรรัตน์ อภินันท์มหกุล (Apinanmahakul, 2012) ที่ศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป (อายุเฉลี่ย 46 ปี) พบว่า ระดับการศึกษามีผลทางบวกต่อตัดสินใจในการทำทานด้วยการบริจาค จำนวนเงินที่ให้และจำนวนครั้งของการทำงานจิตอาสาแก่วัดและแก่องค์กรสาธารณะกุศลโดยทั่วไป และการศึกษาของพระไพฑูรย์ อารัมภรัตน์ (Arampharat, 2013) ที่พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมทางพุทธศาสนาในระดับปานกลาง ซึ่งในการศึกษานี้แม้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาแต่อยู่ในวัยสูงอายุ ดังนั้นจึงทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่สูง และยังพบว่ารายได้อาจเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับระดับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ในการศึกษานี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 65.91 มีรายได้พี่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของพระไพฑูรย์ อารัมภรัตน์ (Arampharat, 2013) ที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อกิจกรรมทางพุทธศาสนา โดยพบว่าคนที่มีรายได้สูงจะมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมทางพุทธศาสนาในระดับมาก

และในส่วนของการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง หลายรายบอกว่า เมื่อตนเองทราบว่าโรคความดันโลหิตที่เป็นอยู่นั้นยังควบคุมไม่ได้ รวมทั้งยังมีโรคร่วมอีก ก็จะพยายามดูแลตัวเองให้มากขึ้น เช่น ไม่เครียด ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ไปวัดทำบุญ ทำทาน ถือศีลในวันสำคัญบ้าง หรือพยายามนั่งสมาธิที่บ้านบ้าง ซึ่งการทำสิ่งเหล่านี้ก็เป็นการช่วยให้จิตใจสงบ เช่นเดียวกับการศึกษาของ อรัญญา รักหาบ, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, กิตติกร นิลมานัต, และอังศุมา อภิชาโต (Rakhab, Thaniwattananon, Nilmanat, & Apichato, 2007) ที่ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า การปฏิบัติตามหลักธรรมทางศาสนาพุทธมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ เนื่องจากการปฏิบัติกิจกรรม

ทางศาสนาเป็นการดูแลตนเองด้านจิตใจ นำไปสู่การมีภาวะสุขภาพที่ดี จิตใจสงบ ลดความวิตกกังวล

ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวก กับความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในระดับปานกลาง ($r = 0.30$) ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้มีโอกาสปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามหลักพระพุทธศาสนาที่ประกอบด้วย บุญกิริยาวัตถุ 3 ได้แก่ ทาน ศีล และภาวนา จะทำให้เข้าใจในหลักของธรรมชาติ ความไม่เที่ยงของชีวิต สามารถควบคุมอารมณ์ให้ตนเอง มีความสุข ไม่โกรธง่าย ทำให้เกิดการยอมรับ ความเจ็บป่วยเรื้อรังที่เป็นอยู่ และสามารถดำเนินชีวิตให้อยู่กับโรคเรื้อรังได้ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ สอดคล้องกับทฤษฎีความผาสุกทางจิตวิญญาณในสภาวะที่เกิดการเจ็บป่วย (Theory of Spiritual Well-Being in illness) ของโอไบรอัน (O'Brien, 2008) ซึ่งมาจากแนวคิดของการดูแลแบบองค์รวม โดยกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญคือ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ การทำบุญ ทำทาน เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ ชัยชนะวิโรจน์ (Chaichanavirot, 2000) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุ พบว่า การปฏิบัติธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ

จากการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า เมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง จะพยายามปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพิ่มมากขึ้น เพราะเชื่อว่าจะช่วยให้จิตใจสบายขึ้น สงบ ทำให้หายเครียด ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้มีระดับความดันโลหิตที่ลดลง โดยการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การนั่งสมาธิ ฝึกการหายใจ เป็นหนึ่งในวิธีการในการลดความเครียด โดยเป็นการลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติก ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งเอพิเนฟรินและนอร์เอพิเนฟรินลดลง ทำให้ร่างกายผ่อนคลาย หายใจช้าลง อัตราการเต้นของหัวใจลดลง และทำให้ความดันโลหิตลดลง (Wiangchai, 2015) ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างต่อเนื่องก็จะสามารถช่วยลดระดับความดันโลหิตลงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาล บุคลากรทีมสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรให้การดูแลแนะนำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อสร้างเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ

2. พยาบาล บุคลากรสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรสนับสนุนการจัดกิจกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางจิตวิญญาณ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายการศึกษาวิจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชนชนบทอื่น

2. ควรทำการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทางจิตวิญญาณในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

3. ควรทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้กับตัวแปรอื่น เช่น การสนับสนุนทางสังคม จำนวนสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว และระดับความดันโลหิต เป็นต้น

References

Apinanmahakul, A. (2012). *Thai society and religious donations and activities.* Faculty of Economic Development National Institute of Development Administration. (in Thai)

Arampharat, P. (2013). People's participation in Buddhist activities, case study, Thawi Watthana District, Bangkok Province. *Veridian E-Journal, 6*(1). 457-478.

Bhanthumnavin, D. (1997). *Buddhist beliefs and practices of Thai people: Cultivation, training and quality of life.* Bangkok: National Institute of Development Administration. (in Thai)

Boonruangrat, C. (2008). *Spiritual well-being and happiness of the elderly in the Center for the Development of Social Welfare for the Elderly at Ban Bang Khae.* Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2012). Report on the Surveillance of Chronic Non-Communicable Diseases, 2012. *Chronic Disease Surveillance Report, 2012.* Retrieved from http://www.boe. moph.go.th/files/report/ 20140109_40197220.pdf

Burn, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization (5th ed.).* Philadelphia: Elsevier.

Calhoun, D. A., Jones, D., Textor, S., Goff, D. C., Murphy, T. P., Toto, R. D., ... Ferdinand, K. (2008). Resistant hypertension: Diagnosis, evaluation, and treatment a scientific statement from the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research. *Hypertension, 51*(6), 1403-1419.

Chaichanavirot, U. (2000). *Relationships between family relationships, health status, meditation practice and spiritual well-being of the elderly* (Unpublished master's thesis). Burapha University, Thailand. (in Thai)

Chiang Mai Provincial Public Health Office. (2016). *Developing a chronic non-communicable disease service system in 2016.* (in Thai) Retrieved from http://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_ web/

Edmondson, K. A., Lawler, K. A., Jobe, R. L., Younger, J. W., Piferi, R. L., & Jones, W. H. (2005). Spirituality predicts health and cardiovascular responses to stress in young adult women. *Journal of Religion and Health, 44*(2), 161-171.

Hypertension Association of Thailand. (2012). *Guidelines for the treatment of hypertension in general practice, B.E. 2012* (1st ed.). Bangkok: Hua Nam Printing.

Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measures for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry, 117*(4), 326-328.

Kanthamun, N. (2003). *Spiritual well-being of the elderly with lung cancer* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Kretchy, I. A., Owusu-Daaku, F. T., & Danquah, S. A. (2014). Mental health in hypertension: Assessing symptoms of anxiety, depression and stress on anti-hypertensive medication adherence. *International Journal of Mental Health Systems, 8*(1), 1-6.

Kwanyuen, N. (2008). *Religious activities of Buddhist immigrants in Urban Areas: A community case study. one in Bangkok* (Unpublished master's thesis). Chandrakasem Rajabhat University, Thailand. (in Thai)

National Health Commission Office. (2007). *Clinical practice guideline diabetes, high blood pressure chronic obstructive pulmonary disease.* Retrieved from https://www.nationalhealth.or.th/index.php/en/node/1407

Noipiang, T. (2001) *Perceived severity of illness, social support and well-being psychology in breast cancer patients* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Nwankwo, T., Yoon, S. S., Burt, V., & Gu, Q. (2013). Hypertension among adults in the United States: National Health and Nutrition Examination Survey, 2011-2012. *NCHS data brief, 133,* 1-8.

O'Brien, M. E. (2008). *Spirituality in nursing: Standing on Holy Ground.* Philadelphia: Jones and Bartlett.

Praiwan, C. (1997). *Relationships between personal factors, religious practices, nursing caring behaviors, and spiritual welll-being of aids patients in Bumrasnaradura Hospital.* Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)

Puchalski, C. M. (2001). The role of spirituality in health care. Proceedings Baylor University. *Medical Center, 14*(4), 352. (in Thai)

Rakhab, A., Thaniwattananon, P., Nilmanat, K., & Apichato,A. (2007). Practicing dharma. perceived health status and hope in people living with HIV. *Songklanagarind Medical Journal, 25*(4), 259-271. (in Thai)

Rujipairote, P. (2007). *The relationship between spiritual well-being, social support and perceived severity of illness and mental health self-care behaviors in breast cancer patients* (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Thailand. (in Thai)

Somdet Phra Yannasangwon Patriarch Sakol Maha Sangkha Parinayok. (2013). *Methods for creating merit.* (in Thai) Retrieved from http://www.openbase.in.th/files/ebook/sangh/set5/sangharajad019.pdf

Soowit, B., Panasakulkan, S., & Muksiritipanun, B. (2015). The assessment of the suffering symptoms in palliative care patients. *Songklanagarind Journal of Nursing, 35*(1), 153-164. (in Thai)

Tantitrakul, W. (2009). Factors related to spiritual well-being of terminally ill cancer patients. *Journal of Thai Traditional and Alternative Medicine, 2*(3), 27-35. (in Thai)

Unsanit, P., Sunsern, R., Kunsongkeit, W., O'Brien, M. E., & McMullen, P. C. (2012). Development and evaluation of the Thai Spiritual Well-Being Assessment Tool for elders with a chronic illness. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 16*(1), 13-28.

Wiangchai, P. (2015). *Physiological response to stress.* (in Thai) Retrieved from http://biology. ipst.ac.th/ ?p=2767

World Health Organization. (2013). *Health services-statistics.* Retrieved from www.who.int/ research/en

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาล “นวัตกรรมที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ” ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

The Effectiveness of Nursing Program “Rubber Bed Sheet Innovation for Pressure Sore Prevention” in Patients with Pressure Sore Risk

พิมพ์นิภา	ศรีนพคุณ *	Pimnipa	Srinopkun *
นวพร	วุฒิธรรม **	Nawaporn	Wutthitham **
สุภรินทร์	ใจพรมเมือง **	Suparin	Jaiprommeung **

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มพึ่งพามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ การพยาบาลด้วยนวัตกรรมที่นอนยางจะส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนได้ การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาล “นวัตกรรมที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ” และพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือ ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มติดบ้าน ที่มีผลรวมคะแนนการประเมินการดำเนินกิจวัตรประจำวัน อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน แบ่งเป็น กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 30 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการพยาบาล “นวัตกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ” ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ญาติผู้ดูแล และพยาบาลเวชปฏิบัติ แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ และแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทีแบบเปรียบเทียบ และสถิติทีแบบอิสระ

ผลการวิจัยพบว่า ค่าคะแนนการประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับ 6 ด้านได้แก่ ด้านการรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ การมีแรงเสียดทานและการดึงรั้งของกลุ่มทดลอง ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความพึงพอใจในนวัตกรรมของผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.60, S.D = 0.39)

ผลการศึกษา แสดงให้เห็นว่าการใช้นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ควบคู่กับการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทร ทำให้กลุ่มเสี่ยงมีความมั่นใจและมีกำลังใจในการดูแลตนเอง ลดการเกิดแผลกดทับได้

คำสำคัญ: โปรแกรมการพยาบาล นวัตกรรมห่วงยาง ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อแผลกดทับ

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน; e-mail: ncmtuytuy@gmail.com

** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วันที่รับบทความ 16 กันยายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 15 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 27 ตุลาคม 2564

Abstract

Elderly in dependency groups are at risk of pressure sores, and nursing using the rubber bed sheet innovation can reduce complications. This quasi-experimental research aimed to study the effectiveness of the nursing program "Rubber Bed Sheet Innovation" and to develop an invention called "rubber bed away from pressure sore". The purposive sample were homebound older adults with a total assessment score for ADL between 5-11 points, assigned equally into a control and an experimental group with 30 patients in each group. The instrument consisted of the program "Rubber Bed Sheet Innovation" developed by reviewing the literature and through the data collection instruments which obtained information such as personal information of people at risk of pressure sores and personal information of caregivers and practical nurses, as well as using the Braden pressure sores physical risk assessment scale, a record form for pressure sores, and a satisfaction questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics including a paired t-test and an independent t-test.

The results of the study revealed the scores for the bodily injury risk assessment according to the Braden risk assessment scale in 6 aspects. Sensory perception, skin moisture, activity, mobility, nutritional status and friction and shear in the experimental group were better than before the program and better than for the comparison group with statistical significance ($p \leq 0.05$). The Satisfaction in innovation of patients, relatives/caregivers, and practice nurses overall, the average score was at the highest level. ($\bar{X}$ = 4.60, S.D = 0.39)

The results of the study show that the use of the innovation with generous nursing made the risk groups confident and encouraged them to perform self-care to decrease bed sores.

Keywords: Nursing program, Rubber Bed Sheet Innovation, Patients with pressure sore risk

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Christian University; e-mail: ncmtuytuy@gmail.com
** Instructure, Faculty of Nursing, Christian University

Received 16 September 2021; Revised 15 October 2021; Accepted 27 October 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

แผลกดทับเกิดจากการถูกทำลายของผิวหนังและเนื้อเยื่อเนื่องจากการได้รับแรงกดอยู่เป็นเวลานาน ทำให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดแดงเล็กๆ มีผลทำให้เลือดและออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ (Pattarakantakul, 2010) สาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้แก่ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย แรงเสียดทาน แรงไถล และความชื้นของผิวหนัง ส่วนใหญ่จะเกิดบริเวณผิวหนังที่เป็นจุดรับน้ำหนักของปุ่มกระดูกก้นกบ สะโพก และส้นเท้า ส่งผลกระทบในด้านร่างกายและจิตใจ ทำให้เพิ่มระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้น บุคลากรมีภาระงานเพิ่ม ถ้ามีการติดเชื้อส่งผลทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ (Jaigad, 2018) นอกจากนี้ยังเป็นภาระของสมาชิกในครอบครัวที่ต้องคอยดูแลช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน สูญเสียรายได้ และต้องใช้ความอดทนในการดูแล ก่อให้เกิดความเครียด (Jarujit, Aramsin, & Prachanno, 2019) จากการศึกษาความคิดเห็นด้านบุคลากรพบว่า พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในโรงพยาบาลมากกว่าร้อยละ 80 มีทัศนคติด้านบวกต่อการป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับที่หลากหลายรูปแบบ แต่การเกิดแผลกดทับในโรงพยาบาลมีแนวโน้มไม่ลดลง (Kaewkulvoungchai, 2021) จากการทบทวนนวัตกรรมมีการสร้างนวัตกรรมที่หลากหลาย โดยมีเป้าหมายคือ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การประเมินการดูแล การจัดหาอุปกรณ์ลดแรงกดทับ และการบริหารจัดการการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับอย่างเป็นระบบ (Choobchun, 2013) โดยการเปลี่ยนท่านอนและเลือกที่นอนช่วยกระจายแรงกดทับ (De Oliveira Matos et al., 2016)

การใช้ที่นอน/เบาะลดแรงกดทับมีอยู่ 2 ชนิด คือ ชนิดที่ใช้พลังงาน กล่าวคือ ที่นอนลมสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายหรือเปลี่ยนท่าได้ และชนิดไม่ใช้พลังงานคือ เบาะเจล โฟม เหมาะสำหรับผู้ที่สามารถเคลื่อนไหวได้บางส่วน (Chuwittayapong, 2017) การใช้เม็ดโฟม และใยสังเคราะห์มีความนุ่มมาทำเป็นที่นอนเพราะวัสดุหาง่าย ราคาถูก ใช้งานสะดวก (Dongpho, 2015) แทนที่นอนลมที่มีเครื่องปั๊มลมที่มีราคาค่อนข้างแพง สำหรับที่นอนน้ำทำให้ผิวหนังเย็นสบายแต่ใช้เวลาในการเติมน้ำค่อนข้างนาน มีน้ำหนักมาก มีการนำถุงน้ำ ซึ่งเป็นวัสดุทางการแพทย์ที่นำเข้าจากต่างประเทศ เป็นวัสดุสังเคราะห์ (Polyvinylchloride: PVC) ไม่ทนทานและมีอายุการใช้งานสั้น นอกจากนี้มีการนำวัสดุเหลือใช้จากถุงน้ำยาล้างไตมาทำเป็นที่นอนแทนการซื้อที่นอนลมไฟฟ้าซึ่งมีราคาค่อนข้างสูง และมีการคิดค้นที่นอนน้ำยางพาราซึ่งมีคุณสมบัติทนต่อแรงดึง (Tensile strength) ทนต่อการฉีกขาด (Tear resistant) ต้านทานต่อการขัดถู (Abrasion resistant) และ มีความยืดหยุ่น (Elasticity) สูง และน้ำที่บรรจุเข้าในท่อยางพาราจะช่วยในเรื่องความเย็น ระบายอากาศได้ดี (Therdyotin, Taickoomkao, Thedyothin, & Loeskhamporn, 2018) มีการนำยางรถจักรยานมาทำที่นอนแทนการใช้ที่นอนยางพาราเนื่องจากราคาถูก มีความยืดหยุ่นช่วยกระจายน้ำหนักมีผลทำให้แรงกดทับของผิวสัมผัสลดลง (Junkangram, 2013) และช่วยระบายความร้อนชื้นของผิวหนังจากการนอนนานๆ จึงมีการนำเบาะยางรถจักรยานใส่น้ำหุ้มด้วยเสื่อกระจูด ดังนั้นการเลือกใช้อุปกรณ์ในการป้องกันการเกิดแผลกดทับหรือลดแรงกดทับนั้นมีหลากหลายชนิดขึ้นอยู่กับวัสดุอุปกรณ์ที่มีในท้องถิ่นหรือชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ได้จัดการเรียนการเรียนสอนรายวิชา การพยาบาลชุมชนและการรักษาเบื้องต้น ในชั้นปีที่ 3 ภาคเรียนที่ 2 และในปีการศึกษา 2561 เพื่อให้บรรลุผลการเรียนรู้ด้านทักษะทางปัญญา ผู้สอนจึงจัดโครงการ "นวัตกรรมก้าวไกลใส่ใจสุขภาพ" โดยให้นักศึกษาคิดค้นนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และนักศึกษาได้สร้างนวัตกรรมชิ้นหนึ่งที่มีการใช้ยางรถจักรยานยนต์มาทำเป็นที่นอน และนำไปทดลองใช้ในชุมชนจริง ในกลุ่มประชาชนทั่วไป จำนวน 20 คน การทดลองครั้งนี้ ได้รับข้อเสนอแนะในเรื่องการปรับที่นอนให้มีขนาดยาวกว่าเดิม การเสริมให้

ที่นอนมีความนุ่มกว่าเดิม และความสวยงามของผ้าหุ้มที่นอน สำหรับผู้ใช้นวัตกรรมเสนอแนะให้ปรับลอนที่นอนให้มีการเคลื่อนย้ายสะดวก ทำความสะอาดได้ง่าย สำหรับข้อดีของที่นอนคือ มีความยืดหยุ่นดีทำให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำชิ้นงานดังกล่าวลงสู่การวิจัย โดยการเลือกพื้นที่อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เนื่องจากอำเภอสามพรานเป็นชุมชนเขตเมืองมีโรงงานอุตสาหกรรมจำนวนมาก และมีผู้สูงอายุจำนวน 33,506 คน คิดเป็นร้อยละ 98.42 เป็นกลุ่มติดบ้าน จำนวน 334 คน คิดเป็นร้อยละ 0.98 ผู้ป่วยติดเตียงจำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 0.60 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เนื่องจากเป็นกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้ดูแล จึงต้องอาศัยการดูแลอย่างใกล้ชิด และมีโอกาสเกิดแผลกดทับจากการนอนนาน ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษา ส่งผลให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และญาติต้องเสียเวลาในการดูแลทำให้ขาดรายได้ เกิดผลกระทบต่อเศรษฐกิจภายในครอบครัว

ผู้วิจัยเลือกนำสิ่งประดิษฐ์ต้นแบบ "ที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" มาทดลองใช้ควบคู่กับโปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ" ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ การประเมินสภาวะสุขภาพและ/ความพร้อมในการใช้สิ่งประดิษฐ์ต้นแบบ การสอนให้ความรู้และการฝึกทักษะการใช้สิ่งประดิษฐ์ต้นแบบ และการกำกับติดตามและการประเมินผล เพื่อศึกษาประสิทธิผลของสิ่งประดิษฐ์ต้นแบบฯ และความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งญาติผู้ดูแล และพยาบาลเวชปฏิบัติ เพื่อพัฒนาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในกลุ่มพึ่งพิง และเพื่อลดการเกิดแผลกดทับอันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

2. เพื่อศึกษาความพึงพอใจหลังการใช้นวัตกรรมต้นแบบ "ที่นอนยางป้องกันการเกิดแผลกดทับ"

สมมติฐานงานวิจัย

1. หลังการใช้นวัตกรรมต้นแบบ "ที่นอนยางป้องกันการเกิดแผลกดทับ" กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อยกว่าก่อนใช้นวัตกรรมต้นแบบ

2. หลังการใช้นวัตกรรมต้นแบบ "ที่นอนยางป้องกันการเกิดแผลกดทับ" กลุ่มทดลอง ผู้ดูแล/ญาติ และพยาบาลเวชปฏิบัติมีความพึงพอใจ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

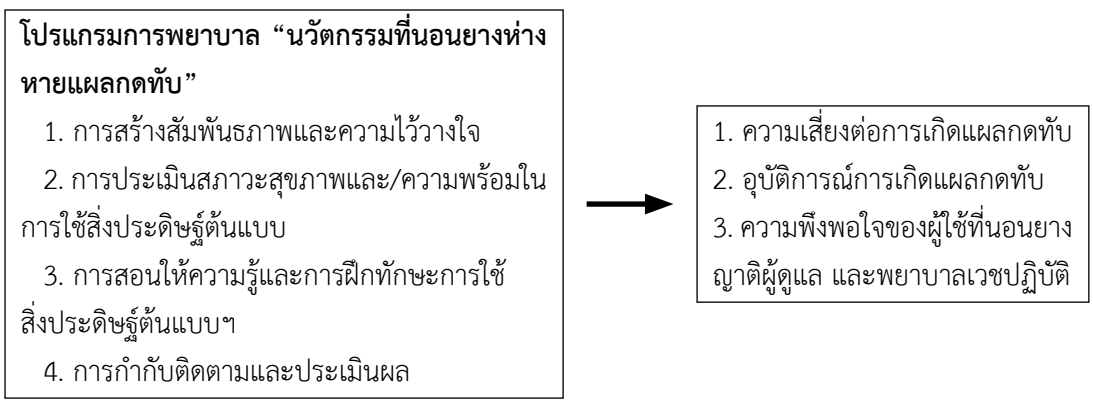
นวัตกรรมทางการพยาบาล (Innovation in nursing) เป็นมโนทัศน์หนึ่งในวิชาชีพพยาบาลที่ได้รับการยอมรับว่า นวัตกรรมทางการพยาบาลเป็นมาตรการสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการในระบบบริการสุขภาพยุคสังคมดิจิทัล (Digital society) การออกแบบสร้างสรรค์รูปแบบการให้บริการการพยาบาล ที่ทำให้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้น นับเป็นกระบวนการของการบริการในรูปแบบใหม่ที่สะท้อนถึงศักยภาพของวิชาชีพ และสมรรถนะของพยาบาลผู้สร้างสรรค์นวัตกรรม (Kaya, Turan & Aydin, 2016) นวัตกรรมทางการพยาบาลในการศึกษาครั้งนี้ คือ ที่นอนยางรถจักรยานยนต์ป้องกันการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วยผ้าปูที่นอน 2 ชิ้นเย็บประกบกันและเย็บแบ่งเป็นช่องจำนวน 13 ช่อง นำยางในรถจักรยานยนต์ใส่เข้าไปตามช่อง ๆ ละ 1 เส้น จำนวน 13 เส้น เติมลมโดยใช้แรงดันลม ประมาณ 4 ปอนด์ ได้ที่นอนจำนวน 1 ชุด ซึ่งทำมาใช้เป็นเครื่องมือในการทดลอง ร่วมกับโปรแกรมการพยาบาล ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน (Kaya, Turan & Aydin, 2016) ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ (Trust & Relationship)

2. การประเมินสภาวะสุขภาพและ/ความพร้อมในการใช้สิ่งประดิษฐ์ต้นแบบ (Assessment)

3. การสอนให้ความรู้และการฝึกทักษะการใช้สิ่งประดิษฐ์ต้นแบบ (Health Teaching & Health Product Innovation Usage & Skill Training)

4. การกำกับติดตามและการประเมินผล (Monitoring & Evaluation) การกำกับติดตามด้วยการเยี่ยมผู้ป่วยเป็นรายบุคคลที่บ้านเพื่อกระตุ้นเตือนจูงใจ รวมทั้งการให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดการใช้และฝึกทักษะการใช้สิ่งประดิษฐ์ต้นแบบอย่างต่อเนื่องและประเมินประสิทธิผล และประสิทธิภาพด้วยการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นของอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับ รวมทั้งความพึงพอใจของผู้ใช้และผู้ที่เกี่ยวข้อง แผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดประยุกต์จากแนวคิดนวัตกรรมการพยาบาลชุมชน (Kaya, Turan & Aydin, 2016)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental group) ชนิดการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two group pretest-posttest design) ระยะการดำเนินการวิจัย 6 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่จำกัดเพศ พักอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม และเป็นผู้ที่ใช้บริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเครือข่ายโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม มีจำนวนทั้งสิ้น 34,042 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) พื้นที่ในการศึกษา 4 ตำบล แบ่งออกเป็น 2 โซนๆ ละ 2 ตำบล โซนที่ 1 คือ พื้นที่ของตำบลบ้านใหม่ และตำบลอ้อมใหญ่ และโซนที่ 2 เป็นพื้นที่ของตำบลไร่ขิง และตำบลกระทุ่มล้ม เนื่องจากคุณลักษณะพื้นที่ภูมิศาสตร์/สังคมศาสตร์ มีความคล้ายคลึง หรือใกล้เคียงกัน ประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อยู่ในกลุ่มติดบ้าน ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน ด้านร่างกายความเสี่ยงการเกิดแผลกดทับโดยใช้แบบประเมินของ บราเดน (The Braden Scale for predicting pressure sore risk) มีค่าคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ18 คะแนน โซนที่ 1 มีจำนวน 69 คน และโซนที่ 2 มีจำนวน 55 คน หลังจากนั้นทำการสุ่มเลือกตัวอย่าง 2 ครั้ง โดยการจับฉลากอย่างง่าย

สุ่มครั้งที่ 1 ทำการสุ่มเลือกพื้นที่เพื่อเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบโดยจับฉลาก โดยชิ้นที่ 1 เป็นพื้นที่กลุ่มทดลอง และฉลากชิ้นที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการจับฉลากได้โซนที่ 1 คือ พื้นที่ตำบลบ้านใหม่ และตำบลอ้อมใหญ่ เป็นกลุ่มทดลอง และได้โซนที่ 2 คือ พื้นที่ตำบลไร่ขิง และตำบลกระทุ่มล้ม เป็นกลุ่ม

เปรียบเทียบ

สุ่มครั้งที่ 2 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างที่ประชากรทุกหน่วยมีสิทธิ์ได้รับเลือกเท่า ๆ กัน ทั้ง 2 โซน แล้วทำการจับฉลากหรือใช้ตารางเลขสุ่มจากโซนที่ 1 เป็นกลุ่มทดลองจำนวน 30 คน และจับฉลากโซนที่ 2 เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 30 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) ยินดีใช้สิ่งประดิษฐ์ที่บ้าน เป็นระยะเวลาติดต่อกัน 1 เดือน และมีผู้ดูแล 2) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถสื่อสารได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถใช้สิ่งประดิษฐ์ที่สร้างขึ้นตลอดระยะเวลาที่ทำการวิจัย 2) มีอาการป่วยที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. โปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ" ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์นวัตกรรมการพยาบาลชุมชน (Kaya, Turan & Aydin, 2016) ประกอบด้วย การสร้างพันธภาพ การประเมินสภาวะสุขภาพ การสอน/การให้ความรู้ และการติดตามประเมินผล และที่นอนที่ทำด้วยยางรถจักรยานยนต์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา โรคประจำตัวและโรคร่วม ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 10 ข้อ

2.2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ดูแล และพยาบาลเวชปฏิบัติ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ

2.3 แบบการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

2.4 แบบประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ การมีแรงเสียดทานและการดึงรั้ง (Department of health, Ministry of Public Health, 2013) โดยให้ระดับความเสี่ยงรายข้อ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนน โดยคะแนนความเสี่ยงมากที่สุดคือ 1 คะแนนความเสี่ยงต่ำที่สุดคือ 4 คะแนนในแต่ละด้าน ยกเว้นแรงเสียดทานและการดึงรั้ง ให้คะแนน 1 ถึง 3 คะแนน แบ่งระดับความเสี่ยงออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับต่ำ ผลรวมของคะแนนอยู่ในช่วง 15-18 คะแนน ระดับที่ 2 มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับปานกลาง ผลรวมของคะแนนอยู่ในช่วง 13-14 คะแนน ระดับที่ 3 มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูง ผลรวมของคะแนนอยู่ในช่วง 10-12 คะแนน ระดับที่ 4 มีระดับความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับสูงมาก ผลรวมของคะแนนอยู่ในช่วง 6-9 คะแนน

2.5 แบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ

2.6 แบบสอบถามความพึงพอใจเกี่ยวกับนวัตกรรม "ที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" ประกอบด้วย 3 ด้านได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านการใช้งาน และด้านคุณค่า

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพยาบาล "ที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" ที่ประกอบเสร็จแล้ว ได้ทดสอบประสิทธิภาพโดยบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเทียนดัด อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) และญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ พร้อมประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรม ตามแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อประเมินลักษณะของโครงสร้าง ความเหมาะสมต่อการใช้งาน และด้านคุณค่า ภายหลังการประเมินผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ด้านความยืดหยุ่นโดยการ

ลดลมยางลง ลดความลื่นของพื้นโดยใช้เสื่อรอง และในรายผู้ป่วยที่น้ำหนักตัวน้อยปรับปรุงโดยการใช้ผ้าปูที่นอนที่มีอยู่รองก่อนนอน 2-3 วันเพื่อให้ยางยืดออกและเกิดความยืดหยุ่น หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำที่นอนซึ่งปรับปรุงแล้วไปทดสอบกับกลุ่มผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 ราย ระยะเวลา 7 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบประเมินความพึงพอใจ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญทางด้านนวัตกรรม 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล) 1 ท่าน มีการปรับปรุงด้านการประเมินความพึงพอใจ กล่าวคือให้ข้อคำถามของผู้ป่วย ญาติ และพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นข้อคำถามที่มีเนื้อหาเดียวกัน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC: Index of Item-Objective Congruence) ได้เท่ากับ .97 และผู้วิจัยได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบประเมินความพึงพอใจได้เท่ากับ .85

แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) และแบบประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน (The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk) เป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานสากล ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยคริสเตียน ตามเอกสารเลขที่ บ.08/2563 ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิ์ การยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการเข้าร่วมวิจัยเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ" กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยจากผู้วิจัย และชี้แจงให้ทราบว่าการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง และมีสิทธิ์ที่จะยุติการร่วมวิจัยได้ทุกเมื่อ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเก็บไว้เป็นความลับ และนำมาใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ผู้วิจัยทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการวิจัยและข้อมูลที่ได้จะนำไปเสนอเป็นภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลจากมหาวิทยาลัยคริสเตียนถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สาธารณสุขอำเภอสามพราน นายกเทศมนตรีเมืองไร่ขิง เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล และเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำบลบ้านเทียนดัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำบลอ้อมใหญ่ ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขเทศบาลเมืองไร่ขิง เพื่อขอความร่วมมือการเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่คัดเลือกเข้ากลุ่มทดลอง 60 ราย ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยจนครบทุกขั้นตอน จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ดำเนินการเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล แบบประเมินก่อนทดลอง และนัดหมายการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมการวิจัยเรื่องประสิทธิผลโปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ" ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ 4 สัปดาห์ ดังนี้

กลุ่มเปรียบเทียบหลังจากผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ในสัปดาห์ที่ 1 - 4 กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลที่เคยใช้บริการทางด้านสุขภาพตามปกติ เมื่อครบ 4 สัปดาห์ ผู้วิจัย

ประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ การมีแรงเสียดทานและการดึงรั้ง และติดตามอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับ ใช้เวลา 30 นาที พร้อมมอบคู่มือการดูแลเพื่อป้องกันแผลกดทับ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และรายงานผลการดำเนินการหลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัย

กลุ่มทดลองดำเนินการทดลองด้วยโปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมการป้องกันการเกิดแผลกดทับ" แบ่งออกเป็น 5 ระยะ รวม 4 สัปดาห์ รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 (วันแรกของสัปดาห์ที่ 1) ใช้เวลา 2 ชั่วโมง

1.1 สร้างสัมพันธภาพและการสร้างความไว้วางใจ ระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ญาติผู้ดูแล/สมาชิกในครอบครัว แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และกระบวนการในการทำวิจัย ใช้เวลา 30 นาที

1.2 ประเมินสภาวะสุขภาพโดยการสัมภาษณ์และสังเกต รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ และญาติผู้ดูแล ประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่การรับรู้ความรู้สึก ความชื้นของผิวหนัง การมีกิจกรรม การเคลื่อนไหวร่างกาย ภาวะโภชนาการ การมีแรงเสียดทานและการดึงรั้ง ใช้เวลา 30 นาที

1.3 จัดเตรียมสิ่งประดิษฐ์ "ที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" วางบนที่นอนที่เป็นพื้นเรียบ พร้อมจัดวางให้เหมาะสมตามสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วย ปรับที่นอนให้มีความยืดหยุ่นตามรูปร่างแนะน้ำหนักตัวของผู้ป่วย อธิบายวิธีการใช้ที่นอนยาง และสอนความรู้เรื่องการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับแก่ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล พร้อมทั้งให้คู่มือการดูแลและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

ระยะที่ 2 (วันแรกของสัปดาห์ที่ 2) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

2.1 ทบทวนความรู้เรื่องการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การดูแลความสะอาดผิวหนัง โภชนาการ การจัด/เปลี่ยนท่านอนหรือนั่ง สาธิตและสาธิตย้อนกลับ ให้ความรู้เพิ่มในส่วนที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ใช้เวลา 30 นาที

2.2 ประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน 6 ด้าน ลงบันทึกในแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ รวมทั้งให้คำแนะนำเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดการใช้และฝึกทักษะการใช้สิ่งประดิษฐ์ฯอย่างมั่นใจ และขออนุญาตนัดหมายการมาเยี่ยมครั้งต่อไป ใช้เวลา 30 นาที

ระยะที่ 3 (วันแรกของสัปดาห์ที่ 3) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

3.1 ทบทวนความรู้ซ้ำเรื่องการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การดูแลความสะอาดผิวหนัง โภชนาการ การจัด/เปลี่ยนท่านอนหรือนั่ง การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และให้กำลังใจและชื่นชมผู้ดูแลในส่วนที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ใช้เวลา 30 นาที

3.2 ประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน ทั้ง 6 ด้าน บันทึกการเกิดแผลกดทับลงในแบบบันทึกแผลกดทับ ใช้เวลา 30 นาที

ระยะที่ 4 (วันแรกของสัปดาห์ที่ 4) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

4.1 ทบทวนความรู้ซ้ำเรื่องการดูแลป้องกันการเกิดแผลกดทับ ได้แก่ การดูแลความสะอาดผิวหนัง โภชนาการ การจัด/เปลี่ยนท่านอนหรือนั่ง การสาธิตและสาธิตย้อนกลับ และให้กำลังใจและชื่นชมผู้ดูแลในส่วนที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง ใช้เวลา 30 นาที

4.2 ประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน ทั้ง 6 ด้าน บันทึกการเกิดแผลกดทับลงในแบบบันทึกแผลกดทับ ใช้เวลา 30 นาที

ระยะที่ 5 (วันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 4) ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 10 นาที

5.1 ประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดนทั้ง 6 ด้าน บันทึกอุบัติการณ์ของการเกิดแผลกดทับลงในแบบบันทึกการเกิดแผลกดทับ ใช้เวล 30 นาที

5.2 สอบถามความพึงพอใจจากผู้ป่วยในการใช้นวัตกรรม "ที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" และสอบถามความพึงพอใจในนวัตกรรมที่นอนยางฯ จากญาติ/ผู้ดูแล ใช้เวลา 30 นาที

5.3 สอบถามความพึงพอใจในนวัตกรรม "ที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ"จากพยาบาลเวชปฏิบัติ ใช้เวลา 10 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และการประเมินความพึงพอใจในการใช้นวัตกรรมฯของผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ ผู้ดูแล/ญาติ และพยาบาลเวชปฏิบัติ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินของบราเดน (Braden scale) ภายในกลุ่มโดยใช้สถิติทีแบบเปรียบเทียบ (paired t-test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติทีแบบอิสระ (Independent t-test)

ผลการวิจัย

ด้านข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 70-89 ปี ร้อยละ 33.30 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ย 75.2-77.23 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุดร้อยละ 96.70 และนับถือศาสนาคริสต์น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 3.30 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษาร้อยละ 73.30 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสร้อยละ 48.30 มีสถานะภาพเป็นหม้ายร้อยละ 51.70 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 96.70 มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท ร้อยละ 86.70 ที่มาของรายได้ได้จากเงินผู้สูงอายุร้อยละ 100 ความพอเพียงร้อยละ 53.30 และไม่พอเพียงในการใช้จ่ายร้อยละ 46.70 สิทธิการรักษาใช้บัตรประกันสุขภาพทั้งหมดร้อยละ 100 มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 80.00 และมีโรคร่วมเป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวานร้อยละ 46.60 และ 43.30 ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นบุตรร้อยละ 66.70 รองลงมาคือคู่สมรสคิดเป็นร้อยละ 20.00

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และพยาบาลเวชปฏิบัติ ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 61-70 ปี ร้อยละ 32.40 รองลงมามีอายุมากกว่า 70 ปี ร้อยละ 26.50 อายุเฉลี่ย 53.35 ปี เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.40 เพศชายร้อยละ 17.60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 50.00 รองลงมาปริญญาตรีร้อยละ 20.60 มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 64.70 ผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวความพึงพอใจในนวัตกรรมส่วนใหญ่เป็นผู้ดูแลร้อยละ 88.20 และพยาบาลเวชปฏิบัติร้อยละ 11.80

ผลการวิเคราะห์การประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน (Braden Scale) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลอง มีระดับคะแนนเฉลี่ยประเมินความเสี่ยงฯ ($\bar{X}$ = 17.97, S.D = 1.47, $\bar{X}$ = 19.97, S.D = 1.54) และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับคะแนนเฉลี่ยประเมินความเสี่ยงฯ ($\bar{X}$ = 18.67, S.D = 1.21, $\bar{X}$ = 17.77, S.D = 1.77) เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงฯ ในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงฯ หลังการทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.00) แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อย และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงฯ หลังการทดลองต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.00) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน (Braden Scale) (n = 60)

การประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับ	กลุ่มทดลอง (n_1 = 30)				กลุ่มเปรียบเทียบ (n_2 = 30)			
	ก่อน	หลัง	t	p-value	ก่อน	หลัง	t	p-value
	$\bar{X}$ (SD)	$\bar{X}$ (SD)			$\bar{X}$ (SD)			
การรับความรู้สึก	3.83 (0.38)	4.00 (0.00)	-2.41*	0.02	3.93 (0.25)	3.90 (0.31)	1.00	0.33
ความชื้นของผิวหนัง	2.90 (0.55)	3.30 (0.54)	-4.40*	0.00	3.03 (0.56)	2.87 (0.63)	2.41	0.02
การทำกิจกรรม	2.63 (0.56)	2.93 (0.52)	-3.07*	0.01	2.73 (0.58)	2.70 (0.60)	1.00	0.33
การเคลื่อนไหวร่างกาย	3.07 (0.37)	3.63 (0.49)	-6.16*	0.00	3.13 (0.35)	3.07 (0.37)	1.44	0.16
ภาวะโภชนาการ	3.37 (0.49)	3.40 (0.50)	-0.57	0.02	3.80 (0.41)	3.23 (0.63)	6.16	0.00
การเสียดสีและการดึงรั้ง	2.17 (0.38)	2.70 (0.47)	-5.76*	0.00	2.03 (0.18)	2.00 (0.00)	1.00	0.33

* $p < .005$

การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับตามแบบประเมินความเสี่ยงของบราเดน (Braden Scale) ในกลุ่มทดลองพบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับ ($\bar{X}$ = 19.97, S.D = 1.54) และพบว่าก่อนและหลังการทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.00) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n = 60)

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	*p-value*
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มทดลอง	17.97	1.47	19.97	1.54	-7.49*	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	18.67	1.21	17.77	1.77	4.16	

* p-value ≤ 0.05

ผลการวิเคราะห์อุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับคิดเป็นร้อยละ 100

ความพึงพอใจของผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล

ผลของความพึงพอใจของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับที่ใช้นวัตกรรมฯ หลังการทดลอง โดยรวมทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง ด้านการใช้งาน และด้านคุณค่าอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.71, S.D = 0.42) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าค่าเฉลี่ยด้านโครงสร้างมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.71, S.D = 0.45) ดังคำกล่าวที่ว่า

ที่นอนยาง ประกอบขึ้นมาเหมือนที่นอนหมอนขิด *ญาติ, ผู้ป่วย*
เหมาะสมกับน้ำหนัก และรูปร่าง *ผู้ป่วย*
ออกแบบได้สวยงาม น่าใช้ *พยาบาล*

ด้านการใช้งานญาติผู้ดูแลให้ความเห็นว่า มีความสะดวกสบายต่อการใช้ การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ การดูแลรักษาและทำความสะอาด ตลอดจนความนุ่มนวลยืดหยุ่น มีความปลอดภัยดังคำกล่าวที่ว่า

ที่นอนยืดหยุ่นดี ผู้ป่วยพยุงตัวลุกขึ้นเองได้ ไม่ต้องขอความช่วยเหลือ *ญาติ*
ยืดหยุ่นดี นุ่มนวล เหมือนมีคนนวด... หลับสบาย *ผู้ป่วย*
เคลื่อนย้าย... และจัดเก็บง่าย *พยาบาล*
นอนแล้วไม่ยุบตัว เหมือนที่นอนฟูก ลุกขึ้นนั่งไม่ต้องออกแรงเยอะ *ผู้ป่วย 1-30*
ที่นอนถอดซักได้สะดวก ไม่ต้องใช้ไฟฟ้ามีความปลอดภัย *ญาติ*

ด้านคุณค่า ญาติผู้ดูแลและพยาบาล ให้ความเห็นว่าที่นอนมีราคาที่เหมาะสม สามารถใช้งานได้ดีและป้องกันการเกิดแผลกดทับ ดังคำกล่าวที่ว่า

ใช้แทนที่นอนลมไฟฟ้าได้ เหมาะสมกับราคาและประหยัดค่าใช้จ่ายที่ต้องซื้อราคาแพงๆ *ญาติ*
ใช้งานได้จริง ป้องกันการเกิดแผล *พยาบาล*

การอภิปรายผล

ด้านข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 70-89 ปี ร้อยละ 33.30 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 30.00 อายุเฉลี่ย 75.2-77.23 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง ช่วยเหลือตนเองได้น้อยมีโอกาสเกิดผลกดทับได้ง่าย เนื่องจากการเคลื่อนไหวได้น้อย บางรายต้องให้ญาติช่วยเหลือและไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ ผิวหนังที่ถูกกดเป็นเวลานานทำให้ผิวหนังและเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดการตีบตันของหลอดเลือดฝอยและหลอดเลือดแดงเล็กๆ ทำให้เกิดการตายของผิวหนังและเนื้อเยื่อ พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดแผลกดทับได้แก่ การถูกจำกัดการเคลื่อนไหวร่างกาย แรงเสียดทาน แรงไถล และความชื้นของผิวหนัง (Jaigad, 2018)

ประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" ในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการเปลี่ยนแปลงค่าคะแนนการประเมินความเสี่ยงด้านร่างกายต่อการเกิดแผลกดทับ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยรายด้านทั้ง 6 ด้าน ในกลุ่มทดลอง พบค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงฯ สูงกว่าก่อนทดลองทุกด้าน สำหรับกลุ่มเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าก่อนการทดลองทุกด้าน และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดแผลกดทับในกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม

การที่กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับน้อย อธิบายได้ว่าการใช้ที่นอนที่สร้างขึ้นสามารถช่วยกระจายแรงกดของผิวหนังและเนื้อเยื่อและคุณสมบัติของยางยืดหยุ่นดี ทำให้ร่างกายมีการขยับเขยื้อนร่างกายไปมาได้ ส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดเพียงพอ ไม่เกิดแผลกดทับ และการใช้โปรแกรมทางการพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด มีความมั่นใจในการดูแลตนเอง เนื่องจากมีพยาบาลที่คอยสอดแทรกความรู้ด้วยความเอื้ออาทร เกิดความคุ้นเคย ความไว้เนื้อเชื่อใจ กล้าซักถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจ

เมื่อได้รับการพยาบาลที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ทำให้คลายความวิตกกังวล มีความเชื่อมั่นศรัทธาในตัวพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเอง จนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างค่อยเป็นค่อยไป ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้นวัตกรรมที่นอนยางรถเพื่อป้องกันแผลกดทับในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ โดยใช้ที่นอนทำจากยางรถกับที่นอนลมไฟฟ้าในหอผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่าที่นอนยางรถกับที่นอนลมไฟฟ้ามีประสิทธิภาพในการป้องกันแผลกดทับได้เทียบเคียงกัน และนำแนวปฏิบัติดังกล่าวมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแผลกดทับส่งผลให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับได้ (Pattarakantakul, 2010)

การประเมินความพึงพอใจในนวัตกรรมจากผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแลและพยาบาลเวชปฏิบัติ พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านโครงสร้าง มีความเหมาะสม แข็งแรง ทนทาน ความหนาของที่นอนมีความเหมาะสมกับรูปร่างของผู้ป่วย ด้านการใช้งานญาติให้ความเห็นว่า มีความสะดวกสบายต่อการใช้ การเคลื่อนย้าย การจัดเก็บ การดูแลรักษาและทำความสะอาด ตลอดจนความนุ่มนวล ยืนหยุ่น มีความปลอดภัย และด้านคุณค่าผู้ร่วมวิจัยให้ความเห็นว่าที่นอนมีราคาที่เหมาะสม สามารถใช้งานได้ดีและป้องกันการเกิดแผลกดทับ และมีความพึงพอใจต่อการออกแบบที่นอนที่มีความสวยงามอันจะส่งผลต่อจิตใจและเป็นการเสริมแรงบวก จากผลการประเมินความพึงพอใจในนวัตกรรม ที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ พบว่าผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และพยาบาลเวชปฏิบัติ ให้คะแนนความพึงพอใจระดับมากที่สุด อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยใช้นวัตกรรมแล้วรู้สึกปลอดภัยกล่าวคือไม่มีระบบไฟฟ้าเข้ามาช่วย เมื่อถอดยางออกนำปลอกหุ้มไปซักล้างได้ นอกจากนี้โปรแกรมการพยาบาลช่วยให้เกิดความมั่นใจในการพยุงตัวเคลื่อนไหวได้ด้วยตนเอง เริ่มมีความหวังและเห็นคุณค่าในตนเอง และช่วยลดภาระการดูแลของญาติได้ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่เคยมีการศึกษามาก่อน

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" เป็นการใช้วัสดุอุปกรณ์เสริมแรง ซึ่งเป็นนวัตกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมควบคู่กับการใช้โปรแกรมการพยาบาล โดยพยาบาลดูแลด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ความเอื้ออาทร ความมุ่งมั่น และความตั้งใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองสามารถพยุงกายลุกขึ้นมาช่วยเหลือตนเองได้ตามศักยภาพ ทำให้ลดความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้นวัตกรรมที่นอนยางยังมีราคาที่เหมาะสม และมีความปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยมาใช้

1. นำเสนอผลการวิจัยต่อสาธารณสุขอำเภอเพื่อพิจารณากำหนดแนวทางปฏิบัติ สำหรับพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
2. การใช้นวัตกรรมควรใช้ควบคู่พยาบาลที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" ในระยะยาว
2. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการพยาบาล "นวัตกรรมที่นอนยางห่างหายแผลกดทับ" ในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีแผลกดทับ

References

Choobchun, R. (2013). Nursing care in pressure sore. *Srinagarind Medical Journal, 28* (supp.), 41-46. (in Thai)

Chuwittayapong, J., (2017). *The effect of skin care program combined with water-filled rubber cushion covered with Krajud mat on pressure ulcer prevention in bed ridden older adults.* (online). Retrieved from http://kb.psu.ac.th.

Department of Health, Ministry of Public Health. (2013). *Standards and operations manual of quality elderly clinic.* The Agricultural Cooperative Federation of Thailand.

Dongpho, P., (2015). Effectiveness of clinical practice guidelines implementation for pressure sore prevention. *Thammasat Medical Journal, 19*(2), 315-323. (in Thai)

Davidson, S. J., & Candy, L. (2016). Teaching evidence-based practice using game-based learning: Improving the student experience. *Worldviews for Evidence-based Nursing, 13*(4), 285- 293.

De Oliveira Matos, S. D., Marques Andrade de Souza, A. P., Silva de Aguiar, E. S., Alves da Silva, M., Guimarães Oliveira Soares, M. J., & dos Santos Oliveira, S. H. (2016). Pressure sore prevention: Knowledge of formal caregivers of Institutionalized Elderly People. *Journal of Nursing, 10*(11), 3879-3874.

Junkangram, W. (2013). Natural rubber latex protein. *Khon Kaen University Research Journal. 18*(6), 996-1002. (in Thai)

Jaigad, P. (2018). Quality improvement project Innovation: "3P" protection pressure injury paper. *Vajira Nursing Journal, 20*(2), 50-54. (in Thai)

Jarujit, S., Aramsin, R., & Prachanno, W. (2019). Home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers. *Journal of Phrapokklao nursing college, 30*(1), 54-67. (in Thai)

Kaewkulvoungchai, Y. (2021). The Development of nursing practice guidelines for prevention of pressure ulcers at Medical Intensive Care Unit in Samutprakarn hospital. *Mahidol R2R e-Journal. 8*(1) .1-9. (in Thai)

Kaya, N., Turan, N., & Aydin, G. (2016). Innovation in nursing: A concept analysis. *Journal of community & public health nursing, 2*(1), 1-4.

Pattarakantakul, P. (2010). Effects of the Tire-Bed Innovation usage to prevent pressure sore occurrence in at-risk patient. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 22*(1), 48-60. (in Thai)

Sareeso, P., Praison P., & Chalermsri A. (2016). Efficacy of a visco-elastic foam mattress and alternating-pressure air mattress in preventing pressure ulcers: A preliminary study. *Thai Journal of Nursing Council. 31*(3), 83-96. (in Thai)

Sawigamin, P. (2016). Anti-bedsore mattresses produced from continuous ambulatory peritoneal dialysis fluid Bag. *Journal of Health Science, 25*(3), 456-63. (in Thai)

Therdyotin, K., Taickoomkao, k., Thedyothin, T. & Loeskhamporn, P. (2018). Efficacy of water mattress for the treatment and prevention of pressure ulcers. *Journal of Health Science, 27*(1), 128-136. (in Thai)

Usahapiriyakul, S., Changmai, S., & Leehalakul, V. (2019). The effects of caring program on caregiver's operational capabilities of pressure ulcer prevention in dependent older patients at risk group. *Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 27*(4), 21-31.

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

Development of a Nursing Care Model for Critically-Ill Patients Based on the FAST HUG Concept in a Medical and Surgical Intensive Care Unit at Chiang Rai Prachanukroh Hospital

วิราวรรณ	เมืองอินทร์ *	Wirawan	Muangin *
บุษบา	อัครวนสกุล **	Budsaba	Akarawanasakun **
มยุรี	พรมรินทร์ **	Mayuree	Phromrin **
มยุรฉัตร	ด้วงนคร **	Mayurachat	Uangnakhon **
นงเยาว์	มงคลอิทธิเวช ***	Nongyao	Mongkhonittivech ***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก เป็นผู้ที่มีภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรงคุกคามชีวิต อาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ในทุกระบบของร่างกาย การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตามกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และแมคทากกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988) และการดูแลใช้กรอบแนวคิด FASTHUG (Vincent, 2005) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยวิกฤตได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกประเด็นปัญหาสำคัญและป้องกันการเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ มี 2 วงรอบ ร่วมกับการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2010) เพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ การปฏิบัติงาน และมุ่งพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตแบบเป็นทีม กลุ่มตัวอย่างทีมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วย 8 คน พยาบาลวิชาชีพ 48 คน ผู้ป่วย 451 ราย เครื่องมือการวิจัยจำนวน 5 ชุด ได้ผ่านการหาความเชื่อมั่นและหาความเที่ยงตรงแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG โดยใช้สถิติพรรณาได้แก่ paired t-test, Independent t-test, exact probability test

ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่พัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด FAST HUG มีองค์ประกอบด้วย 7 ด้าน ได้แก่ 1) F: Fluid & Feed ดูแลให้ได้รับอาหารและสารน้ำ ภายใน 24-72 ชั่วโมง 2) G: Glucose การเฝ้าระวังและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระดับ 80-180 mg% 3) S: sedation การใช้ยาระงับประสาท เน้นประเมินเพื่อหยุดให้ยาโดยเร็ว เพิ่มการประเมิน โดยใช้ RASS score 4) A: Analgesic ประเมินอาการปวดโดยเพิ่มการประเมินด้วย CPOT และพิจารณาการงดใช้ยาโดยเร็วภายใน 24-48 ชม. 5) H:Head of bed การจัดท่านอนหัวสูงอย่างน้อย

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

** พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

วันที่รับบทความ 29 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 13 ธันวาคม 2564 2564 วันที่ตอบรับบทความ 23 ธันวาคม 2564

30 องศา 6) T: Thromboembolic prevention การให้ยาป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน โดยเพิ่มการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุ >60 ปี หรือผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโต และ 7) S:Stress ulcer prophylaxis ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยดูแลให้ได้รับยากลุ่ม PPI ภายใน 24-72 ชม

2. ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแลพบว่า พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหนักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) มีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับดีร้อยละ 31 และระดับดีมากร้อยละ 69 หัวหน้าหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการนิเทศแนวทางใหม่ในระดับดีร้อยละ 62.5 และระดับดีมาก ร้อยละ 37.5

3. ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พบว่า อัตราการเสียชีวิตลดลงจาก ร้อยละ 14.23 เหลือร้อยละ 12.04 อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ ลดลงจาก ร้อยละ 5.77 เหลือร้อยละ 1.57 การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ลดลงจากร้อยละ 13.5 เหลือร้อยละ 6.28 ระยะเวลาในการนอนในหอผู้ป่วยหนักลดจาก 6.73 วัน เหลือ 5.62 วัน ค่าใช้จ่ายในหอผู้ป่วยหนักเฉลี่ยลดลงจาก 123,075 บาทเหลือ 92,109 บาท

รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤต สามารถเพิ่มคุณภาพการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้ป่วยวิกฤต แนวคิด FAST HUG แนวคิด Proctor

Abstract

Critically ill patients admitted to intensive care units have serious conditions which can be life-threatening. They also experience symptoms which change rapidly, and severe complications can occur in all bodily systems. The researcher aimed to develop a nursing care model using the FAST HUG concept (Kemmis & McTaggart, 1988). FAST HUG-based care (Vincent, 2005) enables critically-ill patients to receive holistic care that encompasses all critical issues and is proven to be effective in preventing adverse outcomes. This participatory action research included two cycles. Proctor's conceptual clinical supervision (Proctor, 2010) was used to foster positive attitudes towards supervision performance. It was intended to develop knowledge and skills in caring for critically-ill patients as a team. The study subjects were 8 head nurses, 48 nurses, and 451 medical and surgical critically-ill patients. The study used 5 research instruments which passed content validity and reliability. Qualitative data were analyzed using content analysis while the quantitative data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, independent t-test, and exact probability test.

Results: The study revealed the following results:

1. The nursing care model developed for critically-ill patients based on the FAST HUG concept had 7 bundles of care: 1) F: Fluid and Feeding within 24-72 hours; 2) G: Glycemic control (maintaining DTX at 80-180 mg %); 3) S: Sedation (GCS and RASS score); 4) A: Analgesia (CPOT score within 24-48 hours); 5) H: Head of bed (300 position of the patient's head); 6) T: Thromboprophylaxis (for patients aged > 60 and BPH); and 7) S: Stress ulcer prophylaxis (PPI within 6-12 hours).

2. The mean score of nurses' level of knowledge after applying the model yielded a statistically significantly higher result than the mean score before the application ($p < 0.001$). The level of nurses' satisfaction was high at 31%, with the highest at 69%. The supervisors' level of satisfaction was high, at 62.5%, and with the highest score at 37.5%.

3. Outcomes for patients showed that the mortality rate decreased from 14.23% to 12.04%, VAP decreased from 5.77% to 1.57%, weaning failure rate decreased from 13.5% to 6.28%, LOS decreased from 14.23% to 12.04%. and the cost incurred for hospitalization decreased from 123,075 Baht to 92,109 Baht.

Based on the results, the nursing care model developed is effective in increasing the quality of nursing care rendered to critically-ill patients.

Keywords: Nursing care model development, Critically-ill patients, FAST HUG concept, Proctor concept

* Corresponding Author, Professional Nurse, Senior Professional Level, Chiang Rai Prachanukoh Hospital;
e-mail: yaon99@gmail.com
** Professional Nurse, Professional Level, Chiang Rrai Prachanukoh Hospital
*** Assistant Professor, School of Nursing, Mae Fah Luang University, Thailand

Received 29 October 2021; Revised 13 December 2021; Accepted 23 December 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักส่วนใหญ่ร้อยละ 80 มีภาวะความเจ็บป่วยที่รุนแรง คุกคามชีวิต มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรวิทยาที่รวดเร็วและมีความพร่องในการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย เช่น การใส่เครื่องช่วยหายใจ การใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำส่วนกลาง การใส่สายสวนทางหลอดเลือดแดง เป็นต้น รวมทั้งได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูง ทำให้มีความเสี่ยงสูงในการเกิดอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์และภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ เช่น การเกิดภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและสารอาหาร การเกิดท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด การเกิดปอดอักเสบจากการใส่เครื่องช่วยหายใจ การเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน การเกิด deep vein thrombosis และการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ ซึ่งภาวะดังกล่าวทำให้อัตราการเสียชีวิตและจำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนักเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายสูงขึ้น พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พยาบาลวิกฤต (critical care nurse) จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ รวดเร็ว ให้การช่วยเหลืออย่างทันท่วงที และต้องสามารถติดตามประเมินผล ฟื้นฟูสภาพ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม พ้นจากภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและมีความปลอดภัย (patient safety goal) ผู้ป่วยวิกฤตต้องได้รับการรักษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และมีการปรับปรุงวิธีการดูแลที่เป็นปัจจุบันโดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์และผลการวิจัยใหม่ ๆ มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยมากที่สุด (Mabasa, Malyuk, Weatherby, & Chan, 2011; Pukkham, & Wisettharn, 2016; Uppanisakorn, & Boonyarat, 2014)

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เป็นโรงพยาบาลขนาด 758 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยทั้งในจังหวัดเชียงรายและจังหวัดใกล้เคียง โดยให้บริการทั้งผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน และผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน จากการทบทวนเวชระเบียนของโรงพยาบาล ปี พ.ศ. 2562 พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยทั้งหมดจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักทั้งทางอายุรกรรมและศัลยกรรม และมีอัตราการเสียชีวิตค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 14.23 รวมทั้งเกิดภาวะแทรกซ้อนไม่พึงประสงค์ที่สำคัญ ได้แก่ 1) อุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด 6.4 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ 2) อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 6.87 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ 3) การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเท่ากับ ร้อยละ 18 จากการทบทวนผลการปฏิบัติงานและวิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา พบว่า การปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรมไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ละหอผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติเฉพาะของตนเอง ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานกลาง พยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลใหม่ประสบการณ์ในการดูแลหนักยังมีน้อย ร้อยละ 40 ของพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานช่วง 1-3 ปี และพยาบาลใหม่เหล่านี้รู้สึกว่าการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นการจับผิดข้อบกพร่องมากกว่าการสร้างขวัญและกำลังใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นมีการทบทวนค้นหาแนวทางการดูแลที่เฉพาะทางในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม ตามบทบาทพยาบาลวิชาชีพ ให้มีความชัดเจน ทั้งกระบวนการปฏิบัติ รวมทั้งกลวิธีการนิเทศน์ที่เป็นมิตร สร้างขวัญกำลังใจ รวมทั้งพัฒนาความรู้และทักษะให้กับพยาบาลใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรม และหลักฐานเชิงประจักษ์พบว่าแนวคิด FAST HUG เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ช่วยในการเพิ่มความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยและป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ควบคุมได้ เป็นเครื่องมือที่สามารถเชื่อมโยงความรู้เชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้จริง แบบบูรณาการไม่แยกส่วน และช่วยส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพด้วย (Pukkham & Wisettharn, 2016;

Uppanisakorn, & Boonyarat, 2014) จึงมีความเหมาะสมในการนำมาใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาล ซึ่งแนวคิด FAST HUG ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ 1) การส่งเสริมด้านโภชนาการ (Feeding: F) 2) การประเมินและจัดการความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ (Analgesia: A) 3) การควบคุมระบบประสาทเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายลดภาวะสับสนเฉียบพลัน (Sedation: S) 4) การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic prevention: T) 5) การจัดท่านอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา(Head of the bed elevated, H) 6) การป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Stress Ulcer prophylaxis: U) และ7) การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose control: G) (Vincent, 2005; Vincent, & Hatton, 2009) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการนิเทศทางการพยาบาล พบว่า การนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2010) เป็นการนิเทศช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้พยาบาลเกิดการพัฒนาตนเอง มีการจูงใจและสร้างความพึงพอใจในงาน ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสามารถทางคลินิกได้ เป็นการนิเทศที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาล (Nursing out come) ที่ดีแก่ผู้ป่วย

ผู้วิจัยสนใจนำแนวคิด FAST HUG มาใช้ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมและศัลยกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินที่รวดเร็ว ตรงประเด็นสำคัญและครอบคลุมเป็นองค์รวมในทุกมิติ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็ว และปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ ร่วมกับการนิเทศตามกรอบแนวคิดการนิเทศทางคลินิกของพรอคเตอร์ ที่เป็นการนิเทศอย่างกัลยาณมิตร สร้างขวัญกำลังใจ และมุ่งเน้นการพัฒนาทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติด้วย มาใช้ในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เพื่อให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตในทิศทางเดียวกัน เพิ่มสมรรถนะ และความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย และช่วยพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และศัลยกรรมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรมโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิด การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research PAR) ของ เคมมิส และแมคทากกาท (Kemmis & Mc Taggart, 1988) ประกอบด้วย 2 วงรอบ ๆ ละ 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน (planning) เป็นการทบทวนวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น โดยการวิเคราะห์จากประสบการณ์เดิมร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) การปฏิบัติ (action) โดยการปฏิบัติตามแผนและทบทวนหลังการปฏิบัติ 3) การสังเกตการณ์ (observation) และรวบรวมข้อมูลที่เกิดขึ้น และ 4) การสะท้อนคิด (reflection) เพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลผู้ปฏิบัติและผลลัพธ์ทางคลินิก ตามกรอบแนวคิด FAST HUG ที่มุ่งดูแลในประเด็นสำคัญที่ส่งผลที่ดีกับผู้ป่วยและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ โดยผ่านกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติ ความคิดเห็น อภิปรายผลลัพธ์ และสะท้อนข้อมูลการปฏิบัติแก่ผู้เกี่ยวข้องตลอดจนร่วมกัน วิเคราะห์ปัจจัยสนับสนุน การปฏิบัติที่ดี และปัญหาอุปสรรคเพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแก้ไขให้ดีขึ้นในวงรอบต่อไป ร่วมกับการใช้แนวคิดการนิเทศทางคลินิกของ พรอคเตอร์ (Proctor, 2001) เพื่อสร้างทัศคติที่ดีต่อการปฏิบัติ และสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ ซึ่งส่งผลต่อการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลในการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กรอบแนวคิด

ปัญหา

1. การประเมินผู้ป่วยวิกฤตไม่ครบถ้วนตามแนวคิด FAST HUG
2. ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยไม่บรรลุเป้าหมาย
3. การนิเทศทางคลินิกไม่สม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่อง มุ่งเน้นการตรวจตรามากกว่าการสอนทางคลินิก
4. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FAST HUG น้อย

→

กรอบแนวคิด FAST HUG 7 องค์ประกอบ

1. การส่งเสริมด้านโภชนาการ (Feeding)
2. การประเมินและจัดการความเจ็บปวด (Analgesia)
3. การควบคุมระบบประสาท (Sedation)
4. การป้องกันการเกิดลิ่มเลือดอุดตัน (Thromboembolic prevention)
5. การจัดท่านอนหัวสูง 30 องศา (30° head up position)
6. การป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร (Stress Ulcer prophylaxis)
7. การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Glucose control)

แนวคิดการนิเทศทางคลินิกพรอตเตอร์ (Proctor, 2010)

1. การนิเทศตามแบบแผนเน้นการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล
2. นิเทศตามมาตรฐานเน้นการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน
3. นิเทศตามหลักสมานฉันท์เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ความรู้สึกและทัศนคติที่ดีต่อการนิเทศ

→

กระบวนการพัฒนา

ระยะที่ 1
ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลผู้ป่วยวิกฤต

ระยะที่ 2
พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต และทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะที่ 3
ทดลองใช้ และปรับปรุงแก้ไข

ระยะที่ 4
- พัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติ
- ทบทวนนิเทศทางคลินิกหัวหน้าหอผู้ป่วย
- นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ปรับปรุงแล้วลงปฏิบัติ
- ติดตาม ประเมินผลลัพธ์

→

ผลลัพธ์

1. รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
2. ความรู้/สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
3. ความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพต่อการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤต
4. อุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด
5. อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ
6. อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ
7. อัตราการเกิด DVT
8. อัตราการเกิดภาวะAcidosis/DKA
9. อัตราการเกิดภาวะ AKI
10. อัตราการเกิด Delirium
11. ระยะเวลาการนอนใน ICU
12. อัตราการเสียชีวิต
13. ค่ารักษาพยาบาล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ระหว่างเดือน สิงหาคม 2563 ถึง สิงหาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มที่ 1 ทีมพัฒนารูปแบบคัดแบบเจาะจง จำนวน 25 คน ประกอบด้วยแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม 8 คน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 16 คน และยินดีเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 2 พยาบาลวิชาชีพผู้ใช้รูปแบบและปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 48 คน

กลุ่ม 3 ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม ในระหว่างเดือน สิงหาคม–พฤศจิกายน 2563 เป็นกลุ่มก่อนใช้รูปแบบ จำนวน 260 คน และผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาระหว่างเดือน เมษายน-กรกฎาคม 2564 เป็นกลุ่มหลังการใช้รูปแบบ จำนวน 191 คน โดยได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ทีมวิจัยพัฒนาขึ้น ได้แก่ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมศัลยกรรม ได้รับการตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จำนวน 2 ท่าน พยาบาล APN สาขาผู้ใหญ่ 2 ท่าน แก้ไขปรับปรุงด้านภาษาและเนื้อหาให้ตรงตามความเห็นที่สอดคล้องกัน ได้ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.9 ก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปผู้ป่วย ประกอบด้วย อายุ เพศ การวินิจฉัยโรค ระดับความรุนแรงด้านสรีรวิทยา และแบบบันทึกผลลัพธ์ดูแล ได้แก่ อัตราการเสียชีวิต จำนวนวันนอนเฉลี่ยในหอผู้ป่วยหนัก ค่ารักษาพยาบาล อุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ อัตราการเกิด DVT AKI DKA Acidosis และ Delirium (2) แบบประเมินความรู้และสมรรถนะของพยาบาล จำนวน 30 ข้อ (3) แบบบันทึกการสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FAST HUG (4) แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพในการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG จำนวน 10 ข้อ

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ทีมผู้วิจัยนำรูปแบบการพยาบาลไปทดลองใช้กับผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 20 ราย หอผู้ป่วยศัลยกรรม 20 ราย และหาค่าความเที่ยงโดยใช้วิธีสังเกตร่วม (inter-rater reliability) = 0.98 แบบประเมินความรู้ได้ค่า KR-20 =0.515 แบบประเมินความพึงพอใจและแบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม ใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 1, 0.96 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ เลขที่ ชร.0032.102/วิจัย/EC709 และกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการยุติการเข้าร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่างจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งข้อมูลในการวิเคราะห์จะถูกเก็บไว้เป็นความลับไม่นำมาเปิดเผย ส่วนผลการประเมินจะออกมาเป็นภาพรวม เพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาการดูแลผู้ป่วยวิกฤติอายุรกรรม และศัลยกรรม โดย

1) จัดสนทนากลุ่มย่อย กับพบาบาลวิชาชีพ 3 ครั้ง ประกอบด้วยหัวหน้าหอผู้ป่วย 8 คน ผู้ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 1 ปีหอผู้ป่วยละ 2 คน รวมกลุ่มละ 16 คน สนทนากลุ่มเกี่ยวกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้ปัจจุบันเป็นอย่างไร ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตมีอะไรบ้าง คิดว่าปัญหาสามารถแก้ไขได้อย่างไร 2) ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามแนวคิด FAST HUG ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต จำนวน 20 ข้อ 3) มอบหมายให้หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม และศัลยกรรมและพยาบาลวิชาชีพที่ได้รับการคัดเลือก ทบทวนข้อมูลผู้ป่วยวิกฤตจากเวชระเบียน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยทีมวิจัย ร่วมกับทีมแกนนำทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามหลัก PICO โดยจัดตั้งทีมพัฒนาประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ 1 คน หัวหน้าหอผู้ป่วยหนัก จำนวน 8 คน พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตที่มีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 1 ปี จำวนวน 16 คน กำหนดวัตถุประสงค์ เป้าหมาย กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นตามกรอบแนวคิด FAST HUG 7 ด้าน สืบค้นและประเมินคุณภาพหลักฐานเชิงประจักษ์จากบทความเอกสารงานวิจัย ตำรา วารสาร และฐานข้อมูล ได้แก่ Pub Med, CINAHL, Google Scholar, guideline. gov. รวมทั้งการค้นกลับไปยังเอกสารอ้างอิง ระหว่างปี 2015-2020 ทีมวิจัยได้ประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ได้งานวิจัยที่มีคุณภาพ จำนวน 12 เรื่อง ทีมพัฒนารูปแบบได้ยกร่างรูปแบบแล้วนำส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ชี้แจงมอบหมายงานให้หัวหน้าหอผู้ป่วยประเมินความรู้ของพยาบาล

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตและปรับปรุง ดำเนินการโดย 1) นำรูปแบบฯ ทดลองใช้ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 2 และหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมอุบัติเหตุ หอผู้ป่วยละ 20 คน 2) จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพทั้ง 2 หอผู้ป่วย รวมหัวหน้าหอผู้ป่วยเป็นผู้ปฏิบัติ และหัวหน้าหอผู้ป่วยทั้ง 2 คน เป็นผู้นิเทศทางคลินิกตามแนวคิด ของพรอคเตอร์ (Proctor, 2010) 3) ประเมินการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FAST HUG และประเมินการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้า หอผู้ป่วยตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2010) และ 4) ติดตามผลการประเมินการปฏิบัติ นำมาปรับปรุง แก้ไขให้เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ต่อไป

ระยะที่ 4. นำสู่การปฏิบัติและติดตามผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FAST HUG โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ดำเนินการโดย 1) จัดอบรมให้ความรู้แก่พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม 100% โดยแบ่งเป็น 4 รุ่นๆ ละ 3 ชั่วโมง และทบทวนแนวทางการนิเทศทางคลินิกตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2010) แก่หัวหน้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม 8 หอผู้ป่วยให้ครบ 100% และ 2) นำแนวทางที่ปรับปรุงแล้วลงสู่การปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม ทั้ง 8 หอผู้ป่วย โดยจัดให้พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตอย่างน้อย 1 ปี ช่วยเป็นพี่เลี้ยงพยาบาลผู้ปฏิบัติและร่วมนิเทศกับหัวหน้าหอผู้ป่วย มีการติดตามประเมินผล ให้ข้อมูลย้อนกลับ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยทุก 1 เดือน และติดตามประเมินผลลัพธ์ ความรู้ทักษะและความพึงพอใจของพยาบาล รวมทั้งติดตามประเมินผลลัพธ์ ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับผู้ป่วย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เนื้อหา สภาพปัญหาและการดูแลผู้ป่วยวิกฤต ส่วนข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก ก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแล นำมาจัดกลุ่มแจกแจงความถี่และคำนวณร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test, independent t-test และ fisher exact probability test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

เปรียบเทียบผลลัพธ์ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG โดยใช้ Chi-Square Test ที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.05$

ผลการวิจัย

วงรอบที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอายุรกรรมศัลยกรรม ได้แก่

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการในช่วงเดือนสิงหาคม ถึงกันยายน 2563 เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย โดยการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยจำนวน 260 ราย พบว่าได้รับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FAST HUG ทั้ง 7 องค์ประกอบ ค่อนข้างน้อย ดังนี้ (1) การให้อาหารทางสายยางภายใน 72 ชม. พบร้อยละ 60 (2) การใช้ยาแก้ปวด พบร้อยละ 55 (3) การใช้ยาระงับประสาท พบร้อยละ 30 (4) การให้ยาป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน พบร้อยละ 20 (5) การจัดท่านอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา พบร้อยละ 70 (6) การป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร พบร้อยละ 67 และ (7) การเฝ้าระวังและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดพบร้อยละ 56 ทำให้ผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วย ไม่บรรลุเป้าหมาย ได้แก่ (1) อุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจและท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด เท่ากับ 8.01 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ (2) อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจเท่ากับ 5.77 ต่อ 1,000 วันใส่เครื่องช่วยหายใจ (3) การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จเท่ากับ ร้อยละ 13.5 ผู้วิจัย นำเสนอข้อมูลกับผู้ร่วมวิจัยเปิดการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ถึงสาเหตุของปัญหา พบว่า การปฏิบัติในหอผู้ป่วยหนัก อายุรกรรมและศัลยกรรมไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ละหอผู้ป่วยมีแนวปฏิบัติเฉพาะของตนเอง ยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานกลาง พยาบาลวิชาชีพขาดความเข้าใจในการปฏิบัติตามแนวคิดของ FAST HUG และพยาบาลส่วนใหญ่เป็นพยาบาลใหม่ประสบการณ์ในการดูแลหนักยังมีน้อย จำเป็นต้องได้รับการนิเทศที่เหมาะสม และผลการประเมินความรู้พยาบาลในการดูแลผู้ป่วยวิกฤติตามแนวคิด FAST HUG ได้คะแนนเฉลี่ย 15.4 อยู่ในระดับปานกลาง

1.2 การวางแผนการพัฒนา ดำเนินการในช่วงเดือนตุลาคม ถึงพฤศจิยายน 2563 โดยการสนทนากลุ่มและจัดวงแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับหัวหน้าหอผู้ป่วยพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมและศัลยกรรม เพื่อสะท้อนปัญหา ระดมสมองค้นหาแนวทางแก้ไข และแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดูแลที่ดีที่สุดร่วมกับการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ตามแนวคิด FAST HUG และคัดเลือกมา 12 เรื่อง เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติในหอผู้ป่วยหนักทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรมร่วมกัน ทั้ง 7 ด้าน (7 bundle of nursing care) ประกอบด้วย (1) F: Fluid เริ่มให้อาหารทางสายยางภายใน 24-72 ชม. (2) G: Glucose การเฝ้าระวังและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ระดับ 110-180 mg% (3) S: sedation การใช้ยาระงับประสาทโดยใช้ sedative score (4) A: Analgesic ประเมินอาการปวดโดยเพิ่มการประเมินด้วย CPOT (5) H:Head of bed การจัดท่านอนหัวสูงอย่างน้อย 30 องศา (6) T: Thromboembolic prevention การให้ยาป้องกันการเกิดภาวะลิ่มเลือดในหลอดเลือดดำอุดตัน และ (7) S:Stress ulcer prophylaxis ป้องกันการเกิดแผลในกระเพาะอาหาร โดยดูแลให้ได้รับอาหารเร็วที่สุดภายใน 24-72 ชม ดูแลให้ได้รับยากลุ่ม PPI

1.3 นำรูปแบบที่ยกร่างลงสู่การทดลองปฏิบัติและการติดตามประเมินผล ในหอผู้ป่วยอายุกรรมและศัลยกรรม จำนวน 2 หอผู้ป่วย ในระหว่างเดือน ธันวาคม 2563 พบว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FAST HUG โดยมีการปฏิบัติตามหัวข้อ การส่งเสริมโภชนาการ การป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน การเฝ้าระวังภาวะ DVT และการควบคุมระดับน้ำตาล และอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยยังไม่ลดลง คือ ร้อยละ 14 และเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ภาวะ DVT ร้อยละ 3 ภาวะ AKI ร้อยละ 6.15 ภาวะ Acidosis ร้อยละ5.38 และภาวะ Delirium ร้อยละ 5.38

วงรอบที่ 2 การนำรูปแบบที่พัฒนาลงสู่การปฏิบัติ ได้แก่

2.1 วิเคราะห์สถานการณ์ ดำเนินการในระหว่างเดือน มกราคม ถึงกุมภาพันธ์ 2564 ผู้วิจัยจัดการประชุมระดมสมอง และสะท้อนคิดถึงผลลัพธ์การพัฒนาจากการการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติในวงรอบที่ 1 และมีการวิเคราะห์เพิ่มเติม พบว่า ร้อยละ 40 ของพยาบาลมีประสบการณ์ในการทำงานช่วง 1-3 ปี มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตน้อย และพยาบาลใหม่เหล่านี้รู้สึกว่าการนิเทศทางคลินิกของหัวหน้าหอผู้ป่วย เป็นการจับผิดข้อบกพร่องมากกว่าการสร้างขวัญและกำลังใจ จึงไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ด้านสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพทั้งหมดที่ดูแลผู้ป่วยวิกฤต พบว่าพยาบาลวิชาชีพไม่ผ่านการอบรมเฉพาะทางการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตถึงร้อยละ 60 และ และยังขาดความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด FAST HUG ส่วนหัวหน้าหอผู้ป่วยมีการปฏิบัติการนิเทศได้บางเวลา ไม่ได้กำหนดแผนการนิเทศที่ชัดเจน การนิเทศไม่สม่ำเสมอ ขาดความต่อเนื่อง มุ่งเน้นการตรวจตรามากกว่าการสอนทางคลินิก จึงนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการนิเทศตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2010) ที่มุ่งเน้นการนิเทศด้วยความสมานฉันท์ ส่งเสริมการเรียนรู้และเพิ่มทักษะเชิงปฏิบัติให้สามารถปฏิบัติได้จริง

2.2 การปรับปรุงยกร่างรูปแบบการดูแล มีการเพิ่มประเด็นการคัดกรองและการประเมิน Early sign ต่างๆ และเรียงลำดับความสำคัญของแต่ละองค์ประกอบ เพื่อให้การพยาบาลที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพสูงสุด ดังนี้

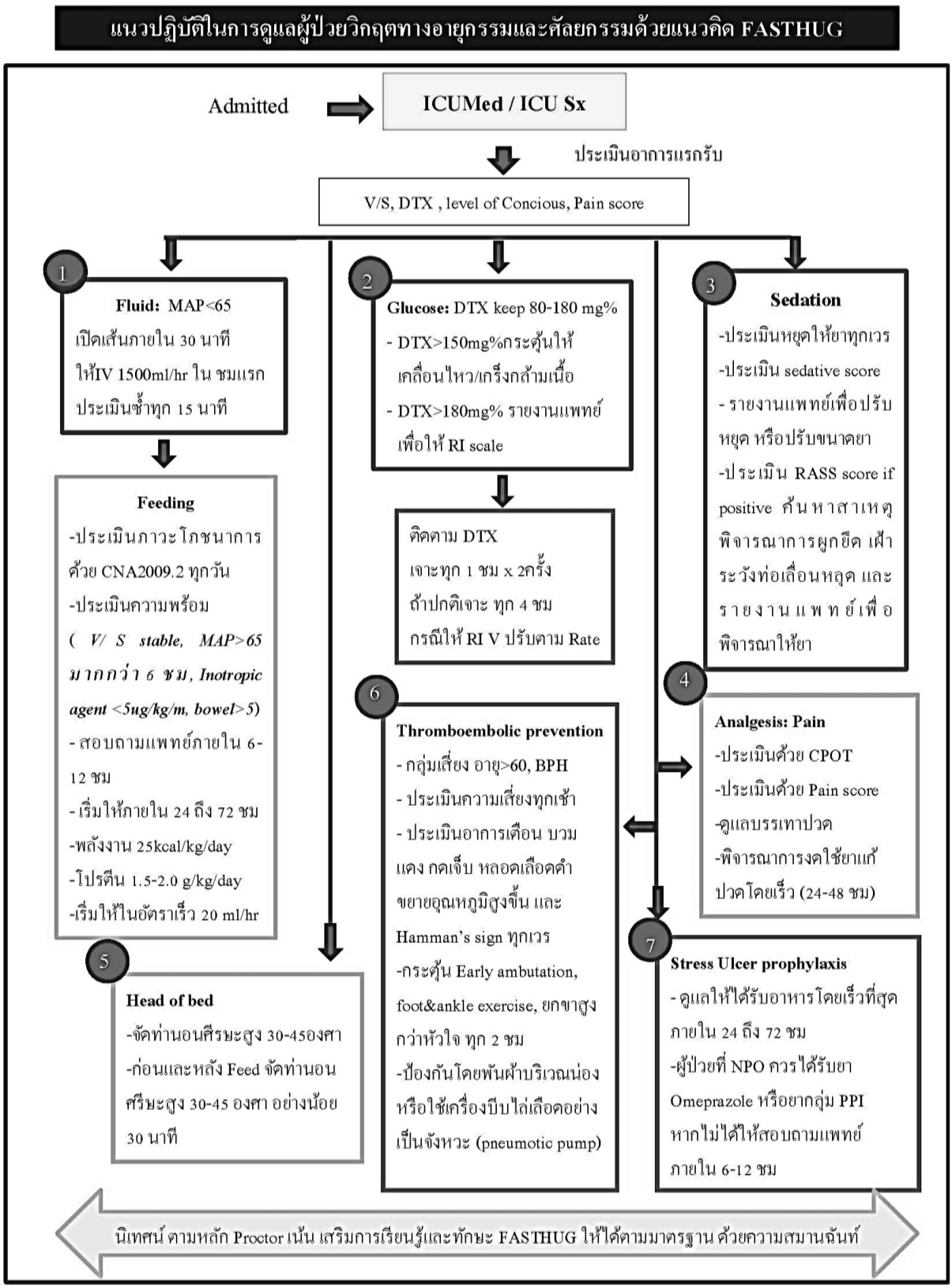
ด้านที่ 1 เพิ่มการได้รับสารน้ำภายใน 24 ชั่วโมง

ด้านที่ 2 ปรับระดับน้ำตาลจาก 110-180 mg% เป็น 80-180 mg% และพิ่มกลุ่มเสี่ยงที่มี DTX > 150 mg% กระตุ้นให้เคลื่อนไหวมีการเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อช่วยกระตุ้นการใช้น้ำตาลเพิ่มขึ้น

ด้านที่ 3 เน้นประเมินเพื่อหยุดให้ยาโดยเร็ว เพิ่มการประเมิน โดยใช้ RASS score

ด้านที่ 4 เพิ่มการประเมินด้วย CPOT และพิจารณาการงดใช้ยาโดยเร็วภายใน 24-48 ชม.

ด้านที่ 5 เพิ่มการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอายุ >60 ปี หรือผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโต ผู้ป่วยที่มีอาการเตือน เพิ่มการกระตุ้นให้ทำ foot & ankle exercise ทุก 2 ชม และปรับปรุงรูปแบบการดูแลที่เฉพาะเหมาะสมกับบริบทของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรมศัลยกรรมตามแนวคิด FAST HUG

2.3 การนำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติตามแนวคิด FASTHUG ลงสู่การปฏิบัติ และการติดตามประเมินผล โดยดำเนินการระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือน พฤษภาคม 2564 โดยจัดอบรมพยาบาลประจำหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมศัลยกรรม 100% มีการนิเทศน์และให้ความรู้ เสริมทักษะในการปฏิบัติ อย่างต่อเนื่องสม่ำเป็นเวลา 4 เดือน และติดตามประเมินการปฏิบัติของพยาบาล พบว่า

1) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยวิกฤติตามแนวคิด FAST HUG ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยของพยาบาลก่อนพัฒนาเท่ากับ 15.4 และหลังพัฒนาเท่ากับ 17.6 ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ แสดงให้เห็นว่าการอบรม และนิเทศงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยช่วยทำให้พยาบาลมีความรู้เพิ่มมากขึ้น

2) ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามตาม 7 bundle of nursing care ค่าเฉลี่ยในการปฏิบัติรวมร้อยละ 89.8

3) ผลลัพธ์ของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติตามแนวคิด FASTHUG ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงสิงหาคม 2564 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 191 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.54 เพศหญิงร้อยละ 21.46 อายุเฉลี่ย 61ปี มีระดับความรุนแรงทางสรีรวิทยาอยู่ในระดับรุนแรงมาก มีโรคร่วม 3 อันดับแรกได้แก่ โรคระบบหัวใจ ระบบภูมิคุ้มกัน และระบบ endocrine เปรียบเทียบความคล้ายคลึงกันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติ t-test และ Chi-Square Test พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน จึงวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิกฤติ พบว่า รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤติตามแนวคิด FAST HUG ช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาล อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ และอัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังช่วยอัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ อัตราการเกิด DVT อัตราการเกิดภาวะสับสน และอัตราการเสียชีวิตลดลง ถึงแม้จะไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังแสดงในตารางที่ 1) และ พยาบาลวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้รูปแบบในระดับมากที่สุดจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 69 และระดับมากจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 40.39 ส่วนหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการใช้รูปแบบและการนิเทศตามแบบ Proctor ในระดับมากที่สุดจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 37.5 และระดับมากจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 62.5 โดยยอมรับว่าการนิเทศแบบใหม่มีประสิทธาพ สามารถลดต้นทุน ลดกำลังคน เวลาและงบประมาณได้ แต่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่องทุกครั้ง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยวิกฤติ ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

ตัวแปร	ก่อน (N=260)			หลัง (N=191)			t	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	Mean	SD	จำนวน (ร้อยละ)	Mean	SD		
1. อุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ/ท่อช่วยหายใจเลื่อนหลุด	21 (8.01)	0.081	0.273	11 (5.76)	0.057	0.233	.946	.345
2. อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ	15 (5.77)	0.058	0.234	3 (1.57)	0.021	0.144	1.923	**.050***
3. การหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ	61 (13.5)	0.189	0.391	12 (6.28)	0.063	0.243	3.911	**.001***
4. อัตราการเกิด DVT	8 (3.08)	0.031	0.173	2 (1.05)	0.010	0.102	1.447	.149
5. อัตราการเกิดภาวะ AKI	16 (6.15)	0.062	0.241	15 (7.85)	0.078	0.269	.160	.482
6. อัตราการเกิดภาวะ Acidosis	14 (5.38)	0.054	0.226	14 (7.33)	0.073	0.261	.092	.399
7. อัตราการเกิดภาวะ DKA	3 (1.15)	0.115	0.107	3 (1.57)	0.157	0.124	.446	.703
8. อัตราการเกิดภาวะ Delirium	14 (5.38)	0.054	0.226	8 (4.19)	0.042	0.201	.244	.561
9. อัตราการเสียชีวิต	37 14.23)	0.142	0.350	23 12.04)	0.120	0.326	.675	.505
10. จำนวนวันนอนหอผู้ป่วยหนัก	6.727		5.687	5.623		5.270	2.101	**.036***
11. อัตราค่ารักษาพยาบาล	123,075		134,425	92,109		96,238	2.713	**.007***

การอภิปรายผล

การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FAST HUG ในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรมศัลยกรรม ครั้งนี้ เป็นการทบทวนวรรณกรรมและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ซึ่งมีความเฉพาะทางที่แตกต่างกัน ได้งานวิจัยจำนวนมาก แต่มีประเด็นหลักในการดูแลแบบองค์รวมที่เหมือนกัน โดยใช้กรอบแนวคิดของ FAST HUG เป็นหลักในการพิจารณาจึงได้งานวิจัยในระดับ A ถึง C จำนวน 12 เรื่อง ผลการประเมินความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้ อยู่ในระดับสูง บุคลากรทางการพยาบาลก็สามารถปฏิบัติได้ดีขึ้น โดยผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ การมีพี่เลี้ยงจากพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทาง และการนิเทศน์แบบสมานฉันท์จากหัวหน้าหอผู้ป่วย ทำให้ผู้ปฏิบัติที่มีประสบการณ์น้อยกว่าได้รับความรู้ และเทคนิคการปฏิบัติที่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยในภาวะวิกฤต อีกทั้งยังทำให้เกิดความตระหนักถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาและมีความมุ่งมั่นที่จะทำงานให้สำเร็จอย่างเป็นเลิศและยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชนีภรณ์ สุรนาทชยานันท์, วนิดา เคนทองดี, และ สุพัตรา กมลรัตน์ (Suranatchayanan, Kenthongdee, & Kamonrat, 2018) ที่เสนอว่าการปรับบทบาท โดยจัดให้พยาบาลที่

มีประสบการณ์มากกว่าเป็นพี่เลี้ยงให้แก่พยาบาลใหม่ และมอบหมายงานให้เหมาะสม ทำให้พยาบาลใหม่หรือผู้ปฏิบัติที่ประสบการณ์น้อยกว่า มีความมั่นใจและมีเวลาเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ ครบถ้วน และมีการนิเทศตามแนวคิดของพรอคเตอร์ (Proctor, 2010) ที่เน้นการให้ความรู้และทักษะจากการลงมือปฏิบัติจริง เน้นสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทัศนคติเชิงบวกต่อการนิเทศ ส่งเสริม ให้กำลังใจ ทำให้บรรยากาศในการทำงานดีขึ้น และสัมพันธภาพระหว่างผู้ปฏิบัติกับผู้นิเทศและผู้ปฏิบัติด้วยกันดีขึ้น ทำให้ผู้ปฏิบัติมีแรงจูงใจที่จะปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการประสานการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีคุณภาพ จะสอดคล้องกับการนิเทศตามแนวคิดของการจัดการความรู้ ที่มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติที่ดี (best practice) และมีการสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ปฏิบัติ ผู้นิเทศ และทีม จะส่งผลต่อการประสานการดูแลผู้ป่วยทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีคุณภาพ (Muangin, Akarawanasakun, Wongkaew, & Mongkhonittivech, 2020)

ผลลัพธ์จากการใช้รูปแบบการดูแลช่วยลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย ลดภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์ ได้แก่ จำนวนวันนอนในหอผู้ป่วยหนัก อัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อภิปรายได้ว่า การให้การพยาบาลตามแนวคิดของ FASTHUG มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญลงได้ จากผลการปฏิบัติของพยาบาลที่พบว่า พยาบาลเน้นให้การดูแลในการป้องกันปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจโดยการจัดท่านอนศีรษะสูง 30 องศาตลอดเวลา มีการจัดท่าศีรษะสูงก่อนและหลังให้อาหาร อย่างน้อย 30 นาที และติดตามภาวะแทรกซ้อนหลังจัดท่าอย่างใกล้ชิด โดยผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติสูงถึงร้อยละ 95.29 นอกจากนี้การได้รับสารอาหารและสารน้ำอย่างเพียงพอ (Monares, & Galindo, 2015) การจัดการความเจ็บปวดอย่างมีประสิทธิภาพ (Abhijit, Vibhavari, & Basanth, 2017) ช่วยให้ร่างกายผู้ป่วยมีพลังงานที่จะฟื้นตัวได้ดีขึ้น แข็งแรงมี ภูมิต้านทานเพิ่มขึ้น ทำให้ช่วยลดอัตราการติดเชื้อจากการใส่เครื่องช่วยหายใจลง และหย่าเครื่องช่วยหายใจสำเร็จได้ ซึ่งผู้ป่วยได้รับถึงร้อยละ 94.24 และ 96.90 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ แปปาดิมอส และคณะ (Papadimos et al., 2008) ที่พบว่า การใช้รูปแบบ FASTHUG ช่วยลดอัตราการเกิด VAP ได้ และจากการศึกษาของราแมนและคณะ ใช้การตรวจเยี่ยมผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวทาง FASTHUG พบว่าทำให้อุบัติการณ์การเกิด VAP การเลื่อนหลุดของ invasive line การเกิดแผลกดทับ และระยะวันนอนในผู้ป่วยหนักลดลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนผลลัพธ์ที่มีแนวโน้มลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อัตราการเกิดอุบัติการณ์ผู้ป่วยดึงท่อช่วยหายใจ อัตราการเกิด DVT อัตราการเกิดภาวะสับสน และอัตราการเสียชีวิต และผลลัพธ์การดูแลที่ยังคงเกิดขึ้นไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น ได้แก่ อัตราการเกิดภาวะ AKI อัตราการเกิดภาวะ Acidosis และอัตราการเกิด DKA อาจอภิปรายได้ว่า ภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้ เป็นภาวะเร่งด่วน ที่ต้องได้รับการแก้ไขด้วยรักษาที่ทันท่วงที ต้องได้รับความร่วมมือจากทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยเฉพาะแพทย์ผู้ให้การรักษาร่วมกับปัจจัยทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่การเจ็บป่วยที่รุนแรง พยาธิสภาพของโรคเกิดขึ้นหลายระบบสำคัญของร่างกาย ร่วมกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจึงทำให้การเปลี่ยนแปลงอาการต่าง ๆ เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และตอบสนองต่อการรักษาไม่ค่อยดี จึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้บริหารในการนิเทศให้พยาบาลตระหนักถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง ประเมินอาการเตือนต่าง ๆ อย่างใกล้ชิดและตรวจจับอาการได้อย่างรวดเร็ว เพื่อประสานความร่วมมือกับทีมแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพ ควรใช้ผลการวิจัยเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โดยใช้ FASTHUG เป็นต้นแบบในการประเมิน ติดตามอาการและรักษา ร่วมกันเป็นทีม จึงจะสามารถช่วยลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญนี้อย่างได้ผล ซึ่งสอดคล้องกับหลาย

จากการศึกษา ที่พบว่า FASTHUG ช่วยให้อัตราการดึงท่อช่วยหายใจหรือท่อเลื่อนหลุด อัตราการหย่าเครื่องช่วยหายใจไม่สำเร็จ และอัตราการเกิดปอดอักเสบจากการใช้เครื่องช่วยหายใจ มีอัตราที่ลดลง แต่ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pukkham & Wisettharn, 2016; Abhijit, Vibhavari, & Basanth., 2017; Armahizer, & Benedict, 2021; Magnan, 2013; Pukkham, & Wisettharn, 2016: Vincent, 2005) ซึ่งเป็นโอกาสในการพัฒนาให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤตตามแนวคิด FAST HUG อย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้เกิดความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ไม่พึงประสงค์และช่วยรักษาชีวิตผู้ป่วยไว้ได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และคุณภาพการพยาบาลได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FASTHUG ที่พัฒนาขึ้น เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เน้นบทบาทอิสระของพยาบาลที่ชัดเจน และเกิดผลลัพธ์ที่ดีมากต่อทั้งผู้ป่วย ผู้บริหารควรมีการติดตามประเมินผลลัพธ์ และปรับวิธีการส่งเสริมการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง และขยายผลให้หน่วยงานอื่น ๆ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤต รวมทั้งทีมสหสาขาวิชาชีพ ในทางการศึกษาควรทำการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยวิกฤตกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มเด็ก หรือกลุ่มผู้สูงอายุ หรือขยายขอบเขตของ แนวคิด FAST HUG ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพโดยเฉพาะแพทย์เพื่อแก้ไขประเด็นปัญหาที่ฉุกเฉิน เร่งด่วน ที่สามารถรักษาชีวิตผู้ป่วยรวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ต้องอาศัยความร่วมมือกับแพทย์ได้

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ได้รับความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากทีมการดูแลผู้ป่วยหนักทั้งอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้ทรงคุณวุฒิของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ คณะกรรมการวิจัย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ตลอดจนผู้บริหารที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโดยใช้แนวคิด FAST HUG ของโรงพยาบาล และให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

References

Abhijit, S. N., Vibhavari, M. N., & Basanth K. R. (2017). FAST HUGS BID: Modified mnemonic for surgical patient. *Indian Journal Critical Care Medicine, 21*(10), 713-720.

Armahizer, M. J., & Benedict, N. J. (2021). FAST HUG: ICU Prophylaxis. *American Society of Health-System Pharmacists, 35,* 1-11.

Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The action research planner* (3rd ed.). Geelong, Australia: Deakin University Press.

Mabasa, V. H., Malyuk, D. L., Weatherby, E. M., & Chan, A. (2011). A standardized, structured approach to identifying drug-related problems in the Intensive Care Unit: FASTHUG-MAIDENS. *The Canadian Journal of Hospital Pharmacy, 64*(5), 366–369.

Magnan, G. B., Vargas, R. S., Lins, L. F., Mendonça, K. R., Barbosa, M., Rocha, P. R., & Maia, M. O. (2009). FAST HUG in an ICU at a private hospital in Brasília: Checklist and the eighth evaluation item. *Critical Care, 13*(Suppl 3), 1-9.

Monares, Z. E., & Galindo, M. CA. (2015). Giving a nutritional fast hug in the intensive care unit. *Nutrition Hospital, 31*(5), 2212-2219.

Muangin, W., Akarawanasakun, B., Wongkaew, O., & Mongkhonittivech, N. (2020). Outcomes of nursing clinical practice guideline development for septic shock in medical intensive care unit at Chiang Rai Prachanukroh Hospital. *Journal of Nursing Science & Health, 43*(1), 97-108. (in Thai)

Papadimos, T. J., Hensley, S. J., Duggan, J. M., Khuder, S. A., Borst, M. J., Fath, J. J, ... Buchman, D. (2008). Implementation of the "FASTHUG" concept decreases the incidence of ventilator-associated pneumonia in a surgical Intensive Care Unit. *Patient Safety Surgery, 12,* 2-3. doi: 10.1186/1754-9493-2-3

Proctor, B. (2010). *Training for the supervision alliance attitude, skills and intention in Fundamental Themes in Clinical Supervision: 25-46.* London: Routledge.

Pukkham, K., & Wisettharn, T. (2016). Development of clinical guideline for surgical nursing practice in intensive care unit based on FAST HUG concept. *Journal of Health Science, 25*(1), 116-127. (in Thai)

Suranatchayanan, P., Kenthongdee, W., & Kamonrat, S. (2018). Nursing care system development for sepsis patients at Loei Hospital. *Journal of Nursing and Health Care, 36*(1), 207-215. (in Thai)

Uppanisakorn, S., & Boonyarat, J. (2014). Caring for intensive care unit patients: Application of the FASTHUG and BANDAIDS concepts. *Thai Journal of Nursing Council, 29*(3), 19-30. (in Thai)

Vincent, J. L. (2005). Give your patient a fast hug (at least) once a day. *Critical Care Medicine, 33*(5), 1212-1219.

Vincent, W. R., & Hatton, K. W. (2009). Critically ill patients need "FAST HUGS BID" (an updated mnemonic). *Critical Care Medicine, 37*(7), 2326-2337.

การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด
Promoting and Supporting Breastfeeding in Postpartum Mothers with Cesarean Section

นพรัตน์ ธาระณะ * Nopparat Tharana *

บทคัดย่อ

การผ่าตัดคลอด มีผลกระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดจะปวดแผลผ่าตัด รู้สึกอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า จากการสูญเสียเลือด เคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลให้ทารกเริ่มดูดนมแม่ครั้งแรกล่าช้า ทั้งยังกระทบต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนม ดังนั้นการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด จึงเป็นสิ่งสำคัญ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ข้อมูลเรื่องการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด ปัญหาของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีผลกระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ คลอดและหลังคลอด การนำทารกสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันทีหลังคลอด การนำทารกดูดนมแม่เร็วที่สุด การดูแลให้มารดาได้รับน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ การบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดขณะให้นมแม่ การดูแลมารดาและทารกอยู่ภายในห้องเดียวกันหลังคลอด และช่วยเหลือจัดท่าให้นมแม่ นวดและประคบอุ่นเต้านมมารดาอย่างต่อเนื่องระยะ 24 - 48 ชั่วโมงหลังคลอด นำทารกกระตุ้นดูดนมแม่ทุก 2 - 3 ชั่วโมง สนับสนุนด้านจิตใจ และติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่อง และประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

คำสำคัญ: การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มารดาหลังผ่าตัดคลอด

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ e-mail: nopparattharana229900@gmail.com

วันที่รับบทความ 2 กรกฎาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 17 สิงหาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 1 กันยายน 2564

Abstract

Cesarean section is affecting breastfeeding. Postpartum mothers have shown that incision pain, fatigue from blood loss, postural limitation, which is an obstacle to breastfeeding. As well as delay the initial breastfeeding, affects the production and lactation. Therefore, promoting and supporting breastfeeding for women undergoing cesarean section is critical.

This article has the objective in promoting and supporting breastfeeding in postpartum mothers with cesarean section, introducing the current situation of cesarean section, problems of mothers after cesarean that affect breastfeeding, and nurse-midwives should providing knowledge about breastfeeding from pregnancy, childbirth, and postpartum, immediately or early skin-to-skin contact and initial breastfeeding, providing enough water and nutrients, relieve pain while breastfeeding, rooming in, assist to positioning, breast massage and hot compress in 24–48 hours after cesarean birth, latching on and suckling every 2-3 hours, psychological support, and follow up on breastfeeding after the mother leaves the hospital. To allow mothers after cesarean birth to continue breastfeeding and successful breastfeeding.

Keywords: Promoting and supporting breastfeeding, Postpartum mothers with cesarean section

* Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University, Chiang Mai; e-mail: nopparattharana229900@gmail.com

Received 2 July 2021; Revised 17 August 2021; Accepted 1 September 2021

บทนำ

มารดาหลังผ่าตัดคลอด ต้องเผชิญความเจ็บปวดจากแผลผ่าตัด และการหดรัดตัวของมดลูก มีอาการเหนื่อยล้าจากการสูญเสียเลือดขณะผ่าตัดคลอด ซึ่งส่งผลให้มารดาอ่อนเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรงดูแลทารกและขาดความไวต่อการตอบสนองทารก เนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก ประกอบกับมีอาการข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก ซึ่งความเจ็บปวดแผลผ่าตัด ความเหนื่อยล้า และความอ่อนเพลีย มีผลกระทบต่อการให้นมแม่ครั้งแรก (initial breastfeeding) ล่าช้า (Saeliw, Kantaruksa, & Chaloumsuk, 2015; Babazade et al., 2020) โดยมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะเริ่มให้นมแม่ช้ากว่ามารดาหลังคลอดปกติ (Khotsang, Sangin, & Chuahorm, 2016; Afarzadeh et al., 2019) และทำให้น้ำนมไหลช้า ด้วยขาดการดูดเร็วตามหลัก 3 ดูด (ดูดเร็ว ดูดบ่อย และดูดถูกวิธี) นอกจากนี้การที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดเคลื่อนไหวร่างกายได้จำกัด การอุ้มและนำทารกเข้าเต้าดูดนมจึงทำได้ไม่ถนัด มีความยากลำบากอย่างมาก จนไม่สามารถนำทารกดูดบ่อยได้ทุก 2 - 3 ชั่วโมง

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีความสำคัญมาก เพราะมีประโยชน์ต่อทั้งมารดาและทารก โดยประโยชน์ต่อมารดา คือ ช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็ว เผาผลาญพลังงาน ทำให้น้ำหนักลดลงสู่ปกติในเวลาอันสั้น ทั้งยังป้องกันการตกเลือดหลังคลอด ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านม มะเร็งรังไข่ ภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 และช่วยป้องกันโรคกระดูกพรุน (Modugno et al., 2019) ช่วยให้มารดามีสุขภาพจิตดี (Webber, & Benedict, 2019) และลดอัตราการเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอด (Park, & Choi, 2019) ส่วนประโยชน์ต่อทารก ได้แก่ ทารกได้รับพลังงานและสารอาหารครบถ้วน โดยเฉพาะสารอาหารที่จำเป็นต่อการพัฒนาการสมอง มีภูมิต้านทานต่อโรคติดเชื้อ ลดโอกาสเกิดภูมิแพ้และโรคเรื้อรัง นอกจากนี้น้ำนมแม่สามารถปรับเปลี่ยนสารอาหารให้เหมาะสมกับสรีรวิทยาและความต้องการของทารก (Benedetto, Bottanelli, Cattaneo, Pariante, & Borsini, 2019) และการให้นมแม่ยังสร้างเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างมารดาและทารก (Simpson, Creehan, O'Brien-abel, Roth, & Rohan, 2021)

การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด ทำได้ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่อเนื่องมาจนถึงระยะคลอดและหลังคลอด การนำทารกมาดูดกระตุ้นนมแม่ทันทีหลังผ่าตัดคลอด และการช่วยบรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดให้มารดา นอกจากนี้ควรส่งเสริมการสร้างและหลั่งน้ำนมในระยะหลังคลอดด้วยการนวดและประคบอุ่นบริเวณเต้านม นวดมือและเท้าให้มารดารู้สึกผ่อนคลาย รวมทั้งติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่หลังจำหน่ายมารดาออกจากโรงพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์จำเป็นต้องเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของการผ่าตัดคลอด เพื่อคำนึงถึงผลกระทบต่อมารดาและทารก และวางแผนการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

สถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับการผ่าตัดคลอด

ปัจจุบันอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้นทั่วโลก แม้ว่าองค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้อัตราการผ่าตัดคลอดน้อยกว่าร้อยละ 10 - 15 แต่ยังพบว่าการผ่าตัดคลอดเป็นหัตถการผ่าตัดที่พบมากที่สุด (Kiyak, Bolluk, Canaz, Yüksel, & Gedikbasi, 2019) โดยสาเหตุจากภาวะคลอดยาก (dystocia) ภาวะทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน (fetal distress) และส่วนนำของทารกผิดปกติ (abnormal fetal presentation) สำหรับประเทศไทยมีอัตราผ่าตัดคลอดสูงขึ้น โดยปี พ.ศ. 2562 พบความชุกร้อยละ 34.5 (NSO, & Unicef, 2019) โดยมีอัตราผ่าตัดคลอดสูงเมื่อเทียบกับประเทศอื่นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Yukaew, 2017) และสูงกว่าเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้ สาเหตุเนื่องจาก 1) เหตุผลทางสูติกรรม 2) มารดาต้องการผ่าตัดคลอดเพิ่มขึ้นเนื่องจากกลัวเจ็บ กลัวทารกมีปัญหา กลัวช่องคลอดฉีกขาด และคำนึงถึงความสะดวกและฤกษ์ยาม 3) ปัญหาการฟ้องร้องทางกฎหมายเกี่ยวกับทุรเวชปฏิบัติ

และ 4) การบริหารเวลาของแพทย์ โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจผ่าตัดคลอดของสตรีตั้งครรภ์แรก ได้แก่ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Jaiborisuttikul, Suppasri, & Tachasuksri, 2017) ที่มีความใกล้ชิดและไว้วางใจแบ่งปันประสบการณ์คลอดของตนเองแก่สตรีตั้งครรภ์ และจากประสบการณ์ตรงของผู้เขียนในการปฏิบัติงานแผนกหลังคลอด พบว่าการที่สตรีตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เลือกผ่าตัดคลอด มาจากสาเหตุกลัวความเจ็บปวดจากการคลอดทางช่องคลอด ได้รับข้อมูลจากเพื่อน หรือญาติถึงข้อดีของการผ่าตัดคลอดเมื่อเทียบกับการคลอดทางช่องคลอด และการขาดความรู้เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดคลอด จึงทำให้เชื่อและตัดสินใจผ่าตัดคลอด ทั้งที่การผ่าตัดคลอดก่อให้เกิดปัญหาที่มีผลกระทบต่อมารดาและทารกในหลายด้าน รวมทั้งต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ปัญหาของมารดาหลังผ่าตัดคลอดที่มีผลกระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

มารดาหลังผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่มีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ต่ำกว่ามารดาหลังคลอดปกติ เนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดเริ่มให้ทารกดูดนมล่าช้า (Hobbs, Mannion, McDonald, Brockway, & Tough, 2016) เพราะทารกถูกแยกจากมารดาชั่วคราวเพื่อให้การดูแลโดยนำทารกไปเช็ดตัว ป้ายตา ฉีดวิตามินเค และชั่งน้ำหนัก แล้วนำทารกมาให้มารดาดู พร้อมทั้งบอกเพศ แต่ไม่ได้ให้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ (early skin-to-skin contact) และไม่ได้กระตุ้นให้ทารกดูดนมเร็วภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้นมทารก ได้แก่ มารดาปวดแผลผ่าตัด เหนื่อยล้าและอ่อนเพลีย จึงไม่สามารถดูแลทารก และขาดความไวต่อการตอบสนองทารก อันเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ทารกไม่ได้รับการกระตุ้นตามหลัก 3 ดูด การสร้างน้ำนมจึงล่าช้า และส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งผู้เขียนพบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดส่วนใหญ่จะเริ่มให้ทารกดูดนมหลังจากคลอด 24 ชั่วโมงหรือนานกว่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า มารดาหลังคลอดปกติมีสัดส่วนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอด (Tipsing, Sangin, & Suppasri, 2019)

การผ่าตัดคลอดส่งผลกระทบต่อมารดาหลังคลอดทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เพราะเป็นการผ่าตัดใหญ่ มารดาต้องได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป หรือเฉพาะส่วน ทำให้เกิดปัญหาตามมา ดังนี้

1. อาการปวด เกิดขึ้นเฉียบพลันและรุนแรงมากในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัด จาก 2 สาเหตุ ได้แก่ 1) ความปวดจากการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อจากการผ่าตัด และ 2) ความปวดจากมดลูกหดรัดตัวหลังคลอด (Iamchareon, 2016) ความปวดจะเพิ่มมากขึ้นเมื่อเคลื่อนไหวร่างกาย เนื่องจากกระเทือนแผลผ่าตัด พบมากในระยะ 24 ชั่วโมงแรก โดยมีความปวดระดับปานกลางถึงรุนแรง (Zeng, Nami, Wu, & Murphy, 2016) ทำให้มารดาอุ้มทารกไม่ถนัด จึงไม่สามารถให้นมแม่บ่อยทุก 2 - 3 ชั่วโมง การให้นมได้น้อยครั้งส่งผลต่อการสร้างและหลั่งน้ำนม นอกจากนี้ผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึก ยังมีผลต่อการให้นมแม่ (Cankaya, & Ratwisch, 2020) เพราะความถี่ในการดูดนม (Chaingm, Yusamran, & Pahuwattnakorn, 2019) ดังนั้นมารดาหลังผ่าตัดคลอดจึงมีน้ำนมไหลช้า นอกจากนี้ความปวดจะยับยั้งการสร้างน้ำนม ลดการหลั่งของฮอร์โมนออกซิโตซิน (Chawanpaiboon, Titapant, & Pooliam, 2021) และส่งผลต่อการดูแลทารก รวมทั้งระยะเวลาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Lara-Cinisomo, & Akinbode, 2020) ดังนั้นการบรรเทาความปวดระยะหลังคลอดจึงเป็นเรื่องที่จำเป็นอย่างยิ่ง

2. การได้รับยาบรรเทาความปวดในระยะคลอดเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มหลั่งน้ำนม โดยมารดาได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด ซึ่งเป็นยากลุ่มเสพติด ได้แก่ มอร์ฟีน โดยให้ทันทีหลังผ่าตัด เพื่อบรรเทาปวดในระยะ 18 - 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด (McKinney, James, Murray, Nelson, & Ashwill, 2018) มารดาจะมีอาการง่วงนอน จึงส่งผลต่อระยะเวลาที่ให้ทารกดูดนมแม่ครั้งแรก ส่งผลกระทบต่อการสร้าง

และหลั่งน้ำนม ทำให้เริ่มหลั่งน้ำนมช้ากว่ามารดาที่ไม่ได้รับยาบรรเทาความเจ็บปวดในระยะคลอด (Chaingm et al., 2019)

3. อาการอ่อนเพลียและความต้องการพักผ่อน จากผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกขณะผ่าตัดคลอด ทำให้ต้องแยกทารกจากมารดา จึงไม่ได้นำทารกกระตุ้นดูดนมแม่โดยเร็ว ซึ่งการดูดเร็ว หมายถึงการนำทารกกระตุ้นดูดนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด การที่ทารกดูดเร็วจะกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า (anterior pituitary gland) ของมารดาให้ผลิตฮอร์โมนโปรแลคติน เพื่อสร้างน้ำนม และกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลัง (posterior pituitary gland) ของมารดาให้ผลิตฮอร์โมนออกซิโตซิน ส่งผลต่อการหลั่งน้ำนม (Leifer, 2019) และจากผลข้างเคียงของยาระงับความรู้สึกซึ่งยังคงอยู่ ทำให้มารดาต้องการพักผ่อน มารดาจึงไม่ให้นมทารก

4. การแยกจากของมารดาและทารกภายหลังผ่าตัดคลอด ระหว่างการเย็บแผลผ่าตัดและการที่มารดาพักอยู่ห้องพักฟื้นหลังผ่าตัด ซึ่งระยะเวลาดังกล่าวมารดาและทารกถูกแยกจากกัน โดยไม่มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน ทารกไม่ได้ดูดนมแม่ ดังการศึกษาที่พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดจะเริ่มให้นมแม่ช้ากว่ามารดาหลังคลอดปกติ ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความเสี่ยงสูงที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน (Paksoy, & Erbaydar, 2020)

5. การเคลื่อนไหวร่างกายลำบาก จากการถูกคาสายสวนปัสสาวะ และการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำบริเวณมือหรือแขน ทำให้การเคลื่อนไหวร่างกายทำได้ยาก อุ้มทารกเข้าเต้าไม่ถนัด ดังนั้นการให้นมแม่ต้องขอรับความช่วยเหลือจากพยาบาลผดุงครรภ์ หรือสมาชิกครอบครัว ไม่สามารถให้นมทารกได้เองตามความต้องการ ส่งผลต่อการสร้างและหลั่งน้ำนมลดลง

6. ความเครียด ความวิตกกังวล และความกลัว ซึ่งเป็นผลกระทบด้านจิตใจที่ส่งผลต่อการให้นมแม่ เนื่องจากมารดาอยู่ในสภาพผู้ป่วยหลังผ่าตัดและมารดาหลังคลอด พบว่าร้อยละ 80 มีความวิตกกังวล กลัวความเจ็บปวด กลัวสัมพันธภาพกับสามีเปลี่ยนแปลง กังวลเกี่ยวกับการหายของแผล รวมทั้งเกิดความกลัว วิตกกังวลว่าตนเอง และ/หรือทารกจะได้รับอันตราย หรือเสียชีวิต ส่งผลต่อความผูกพันระหว่างมารดาและทารกบกพร่อง (Benton, Salter, Tape, Wilkinson, & Turnbull, 2019) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดามีความเครียดสูง ส่งผลต่อระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง (Foligno et al., 2020) ดังนั้นภาวะอารมณ์ของมารดาล้วนส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

7. การรับรู้ประสบการณ์คลอดด้านลบ เป็นความรู้สึกของมารดาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในการคลอด เนื่องจากสภาพร่างกายของมารดาหลังผ่าตัดคลอด ยังไม่พร้อมต่อการปฏิบัติบทบาทมารดาในการให้นมแม่และการเลี้ยงดูทารก ทำให้รู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ล้มเหลวต่อการแสดงบทบาทมารดา และทุกข์ทรมานใจ โดยมีอาการหรือปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ซึมเศร้า ไม่รับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานเพิ่มขึ้น ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดมองประสบการณ์การคลอดด้านลบ (Coates, Thirukumar, & Henry, 2020) และมีแรงจูงใจในการให้นมแม่น้อย สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเหมาะสมน้อยกว่ามารดาหลังคลอดปกติ (Saeliw et al., 2015)

จากการที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจดังกล่าวข้างต้น ทำให้มารดาเริ่มให้ทารกดูดนมครั้งแรกล่าช้า ซึ่งส่งผลต่อเนื่องต่อการสร้างและหลั่งน้ำนมตามมา ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ในการส่งเสริมและสนับสนุนมารดาหลังผ่าตัดคลอดให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่

การส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอด

การผ่าตัดคลอดก่อให้เกิดปัญหาและอุปสรรคในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นมารดาหลังผ่าตัดคลอดควร

ได้รับการช่วยเหลือ ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างดีจาก พยาบาลผดุงครรภ์ ทำโดยเตรียมมารดาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ดูแลช่วยเหลือในระยะคลอดและระยะหลังคลอด มีรายละเอียดในการปฏิบัติ ดังนี้

1. ให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยประเมินระดับการศึกษาของมารดาก่อนวางแผนให้ความรู้ เนื่องจากปัจจุบันมีการให้ความรู้แก่สตรีตั้งครรภ์ในหน่วยฝากครรภ์อยู่แล้ว แต่ส่วนใหญ่มักจะเป็นการบรรยายและสาธิต ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังพบว่ามารดาหลังคลอดส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาและความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เป็นปัจจัยสำคัญมากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน (Tangsuksan, Ratinthorn, Sindhu, Spatz, & Viwatwongkasem, 2020) ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์ถือว่าเป็นแหล่งความรู้แรกของมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ในระยะตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นช่วงของการเตรียมความพร้อมแก่มารดาในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจให้สตรีตั้งครรภ์มั่นใจและแน่วแน่ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ที่หน่วยฝากครรภ์ต้องหมั่นพูดคุยให้ความรู้และสร้างทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างสม่ำเสมอ เพราะเมื่อสตรีตั้งครรภ์มีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากพอ จะทำให้มีความพยายามเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากขึ้น

2. หลังผ่าตัดคลอดทันที หรือภายใน 10 นาทีหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ต้องนำทารกที่มี คะแนน APGAR ในนาทีที่ 1 มากกว่า 7 คะแนน ให้ได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทุกคน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง (World Health Organization, 2018) โดยนำทารกวางบนอกมารดา ขณะนอนบนเตียงผ่าตัดคลอด (Guala et al., 2017) ให้หน้าอก แขน ขาของทารกสัมผัสกับผิวหนังของมารดา ช่วงเวลานี้ต้องดูแลไม่ให้สิ่งใดรบกวนมารดาและทารกเป็นเวลาอย่างน้อย 60 นาที และให้ทารกได้รับการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อต่อ หลังย้ายมารดาไปแผนกหลังคลอดต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ชั่วโมง (Alden, 2018) เนื่องจากการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อ ทำให้ฮอร์โมนโปรแลคตินหลั่ง ช่วยสร้างน้ำนม และฮอร์โมนออกซิโตซินช่วยกระตุ้นการหลั่งน้ำนม แต่ปัจจุบันการนำทารกสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดาทันทีหลังคลอดยังพบน้อย ไม่ว่าจะเป็นมารดาคลอดปกติหรือมารดาหลังผ่าตัดคลอด อาจเนื่องจากเกรงว่าทารกจะเกิดภาวะอุณหภูมิกายต่ำ เพราะทารกต้องไม่สวมเสื้อผ้าขณะสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดา และอาจกลัวความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุทารกตกเตียงหากไม่มีผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด ดังนั้นหากจะทำให้ทารกสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อทันทีกับมารดาในระยะหลังคลอดทุกราย พยาบาลผดุงครรภ์ต้องเห็นความสำคัญว่า การสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อเป็นจุดเริ่มต้นในการเริ่มดูดนมของทารก รวมถึงผู้บริหารของหน่วยงานห้องคลอด หรือห้องผ่าตัดอาจต้องจัดอัตรากำลังให้บุคลากรที่ผ่านการอบรมเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เข้ามามีส่วนช่วยในการดูแลโดยบุคคลากรดังกล่าวต้องไม่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลมารดาขณะผ่าตัดคลอด ซึ่งอาจเป็นพยาบาลผดุงครรภ์ที่ประจำคลินิกนมแม่ ให้เป็นผู้นำทารกรับการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อ หรืออาจวางแผนสร้างทีมงานที่ช่วยการสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อเป็นทีมเฉพาะกิจ เพื่อให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่มั่นใจว่า การนำทารกให้ได้รับการสัมผัสเนื้อแนบเนื้อมีความปลอดภัยต่อมารดาและทารก และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง

3. นำทารกดูดนมแม่เร็วที่สุด หรือทันทีที่สามารถปฏิบัติได้ โดยมารดาตื่นพอที่จะอุ้มทารกได้ (World Health Organization, 2018) กระตุ้นทารกดูดนมขณะได้สัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อกับมารดา นอกเหนือจากเป็นการกระตุ้นการสร้างและหลั่งน้ำนมให้เร็วขึ้นแล้ว ยังช่วยให้ทารกได้รับน้ำนมเหลือง ซึ่งมีภูมิคุ้มกันในการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากพบว่าหากทารกดูดนมแม่ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ลำไส้ของทารกจะสร้างแบคทีเรียที่มีประโยชน์ คือ พรีไบโอติก (prebiotic) ช่วยป้องกันการติดเชื้อ ภูมิแพ้ โคลิก

และภาวะอ้วน (Layak, Sinrang, & Asad, 2021) แต่หากมารดายังไม่ตื่น ให้นำทารกสัมผัสแบบเนื้อแนบเนื้อก่อน แล้วค่อยกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่ภายหลังเมื่อมารดาตื่น ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด พยาบาลผดุงครรภ์ในห้องคลอดควรกระตุ้นให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็วที่สุด แต่ทางปฏิบัติยังพบน้อยมากที่พยาบาลผดุงครรภ์นำทารกดูดนมแม่เร็วที่สุด ไม่ว่าจะเป็นมารดาหลังคลอดปกติ หรือหลังผ่าตัดคลอด เนื่องจากมารดาหลังผ่าตัดส่วนใหญ่พักหลับประมาณ 8 - 12 ชั่วโมงหลังคลอด (McKinney et al., 2018) ร่วมกับอาจมาจากสาเหตุของภาระงานในหน้าที่รับผิดชอบที่มีมาก อีกทั้งระยะคลอดเป็นระยะวิกฤติที่ต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วน จนบางครั้งไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการนำทารกดูดนมแม่เร็วที่สุด ประกอบกับจำนวนบุคลากรที่มีจำกัด ทำให้พยาบาลผดุงครรภ์ไม่ได้ปฏิบัติดังกล่าว ซึ่งผู้เขียนมีความเห็นว่า การนำทารกดูดนมแม่เร็วที่สุดได้นั้น ทางผู้บริหารระดับสูงต้องตระหนักถึงความสำคัญของการนำทารกดูดนมแม่เร็วที่สุด และเสริมอัตรากำลังให้มีจำนวนบุคลากรหน่วยห้องคลอดเพียงพอต่อการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะคลอด

4. บรรเทาอาการปวดแผลผ่าตัดหลังคลอดขณะให้นมแม่ ด้วยวิธีต่อไปนี้

4.1 ให้มารดาหลังคลอดสวมผ้ายึดรัดหน้าท้อง (abdominal blinders) 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด เพื่อช่วยลดความเจ็บปวดแผลขณะเคลื่อนไหวร่างกายและลดความไม่สุขสบายจากการไอหรือจาม การสวมผ้ายึดรัดหน้าท้องยังช่วยให้มารดาอุ้มทารกได้ทั้งสองมือ เพราะไม่ต้องใช้มือข้างใดข้างหนึ่งประคองแผลผ่าตัด (Christina, Lesly, Kenneth, Curtis, & Natasha, 2019) จึงอุ้มทารกถนัดขึ้น และเมื่อมารดาปวดแผลลดลง จะช่วยมารดาให้นมแม่ได้สะดวกและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

4.2 ประคบเย็นร่วมกับการรัดหน้าท้อง ซึ่งความเย็นจะกระตุ้นใยประสาทขนาดใหญ่ ทำให้ประตูปิด เกิดการยับยั้งกระแสประสาทความเจ็บปวด และเกิดการหลั่งสารเบต้าเอ็นดอร์ฟิน ซึ่งออกฤทธิ์ช่วยลดความเจ็บปวด รู้สึกมีความสุข พึงพอใจ และสุขสบายขึ้น นอกจากนี้ความเย็นยังลดศักยภาพการทำงานของตัวรับสัมผัสที่ปลายประสาทรับความรู้สึก ทำให้ลดการไหลเวียนเลือด ลดอุณหภูมิของผิวหนังและกล้ามเนื้อ ลดการเผาผลาญของเนื้อเยื่อ ลดการเกร็งของกล้ามเนื้อ และทำให้การส่งกระแสประสาทความปวดล่าช้า (Onpan, & Khunkumhaeng, 2020; Lohitthai, & Tongkoop, 2019)

4.3 นวดมือและเท้ามารดาหลังคลอด ระยะหลัง 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด โดยนวดมือและเท้าข้างละ 5 นาที รวม 20 นาที ทำให้อาการปวดแผลผ่าตัดคลอดลดลง (Sharma, & Kumari, 2019) เนื่องจากการนวดจะกระตุ้นระบบประสาทพาราซิมพาเธติก (parasympathetic) ส่งผลให้หัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง หายใจช้าลง ส่งผลให้เกิดการผ่อนคลาย (relaxation) ลดความวิตกกังวล (Pasyar, Rambod, & Kahkhaee, 2018) และอาการปวดลดลง

5. ดูแลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดได้รับน้ำและสารอาหารอย่างเพียงพอ เนื่องจากก่อนผ่าตัดคลอดมารดาถูกจำกัดอาหารและน้ำดื่มอย่างน้อย 8 ชั่วโมง มีการสูญเสียเลือดและพลังงานจากการผ่าตัดคลอด ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรดูแลมารดาให้ได้รับสารอาหารครบถ้วน และน้ำอย่างเพียงพอ เพราะน้ำและสารอาหารเป็นองค์ประกอบสำคัญของน้ำนมแม่

6. ดูแลมารดาและทารกให้อยู่ห้องเดียวกันตลอด 24 ชั่วโมง หรือเมื่อมารดาสามารถตอบสนองต่อทารกจนกระทั่งจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยอนุญาตให้สามีและญาติดูแลช่วยเหลือให้ทารกได้ดูดนมแม่ทุกเวลาตามความต้องการ แต่ในทางปฏิบัติผู้เขียนพบว่าหลังผ่าตัดคลอด มารดาและทารกแรกเกิดส่วนใหญ่จะถูกแยกจากกันอย่างน้อย 4 - 6 ชั่วโมง เพื่อปฏิบัติการดูแลทารกแรกเกิด ส่วนมารดาหลังผ่าตัดคลอดจะมีความเจ็บปวดร่วมกับมีอาการข้างเคียงจากยาระงับความรู้สึก ทำให้ต้องการพักผ่อนมาก ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ความสำคัญ และดูแลให้มารดาและทารกอยู่ร่วมกันตลอดเวลาโดยเร็วที่สุด

7. ดูแลช่วยเหลือมารดาหลังผ่าตัดคลอดในการจัดท่าให้นมแม่ โดยเลือกท่าที่เหมาะสม ได้แก่ ท่าอุ้มฟุตบอล (clutch hold or football hold) ท่านอนตะแคง (side lying) และท่านอนหงายแบบประยุกต์ (modified lying position) (Tharana, 2020) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

7.1 ท่าอุ้มฟุตบอล มารดาอุ้มทารกกอดกระชับกับสีข้างในท่ากึ่งตะแคงกึ่งนอนหงาย ขาทารกชี้ไปทางด้านหลังมารดา มือของมารดาจับบริเวณต้นคอและท้ายทอยของทารก ส่วนมืออีกข้างประคองเต้านมไว้ ท่านี้ทารกจะไม่กดทับแผลผ่าตัด เนื่องจากดูดนมจากเต้านมข้างเดียวกับมือที่จับทารก

7.2 ท่านอนตะแคง ท่านี้มารดากับทารกนอนตะแคงเข้าหากัน มารดานอนศีรษะสูงเล็กน้อย ลำตัวไม่งอโค้ง แขนของมารดาโอบหลังทารกให้ชิดลำตัวมารดา อาจใช้หมอน หรือผ้าม้วนหนุนหลังทารกแทนแขนของมารดา ปากของทารกอยู่ระดับเดียวกับหัวนมมารดา ใช้มืออีกข้างประคองเต้านม ท่านี้เหมาะสำหรับให้นมช่วงเวลากลางคืน เพราะมารดาสามารถเปลี่ยนท่าให้ทารกดูดนมอีกข้างหนึ่งโดยไม่ต้องลุกขึ้น

7.3 ท่านอนหงายแบบประยุกต์ โดยให้มารดานอนหงายราบ หนุนหมอน 1 ใบ ใช้หมอนรองใต้เข่า เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องหย่อน จึงลดความตึงของแผลผ่าตัด จัดสะโพกและหลังอยู่แนวตรง ทารกนอนตะแคงเข้าหามารดาบนที่นอน หรือหมอนหนุนที่มีความยาวตั้งแต่รักแร้มารดาจนถึงสะโพก มีความสูงระดับเดียวกับลำตัวมารดา หรือต่ำกว่าเล็กน้อย มารดาใช้วงแขนโอบกอดทารก โดยให้ศีรษะทารกแหงนเล็กน้อยอยู่บนต้นแขนของมารดา หรือใช้หมอนหนุนศีรษะทารก เพื่อปรับระดับปากของทารกให้อยู่ระดับพอดีกับหัวนมมารดา

การจัดท่าให้นมอย่างถูกต้องในมารดาหลังผ่าตัดคลอดมีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ หากจัดท่าไม่ถูกต้องย่อมทำให้ทารกดูดนมไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มารดาเจ็บหัวนม และหยุดให้นมแม่ (Carreiro et al., 2018)

8. การนวดเต้านมในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ทำให้ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินสูงขึ้น ส่งผลต่อการสร้างน้ำนมและหลั่งน้ำนม โดยทำให้มารดาเริ่มหลั่งน้ำนมภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Chu et al., 2017) ส่วนใหญ่ในทางปฏิบัติ พบว่ามีการนวดเต้านมในมารดาหลังคลอดรายที่น้ำนมไหลช้าเท่านั้น แต่หากมารดาหลังผ่าตัดคลอดทุกรายได้รับการนวดเต้านมภายใน 2 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอด จะมีส่วนช่วยกระตุ้นให้น้ำนมเริ่มไหลเร็วขึ้น

9. การประคบอุ่นเต้านมอย่างต่อเนื่องในระยะ 24 - 48 ชั่วโมงหลังคลอด เพื่อช่วยกระตุ้นเซลล์ไมโออิพิทีเลียม (myoepithelial cell) หลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน และส่งเสริมการไหลเวียนเลือด ทำให้น้ำนมไหลเร็วขึ้น (Khotsang et al., 2016)

10. นำทารกดูดกระตุ้นทุก 2 - 3 ชั่วโมงทันทีที่มารดาเริ่มรู้สึกตัว โดยมีพยาบาลผดุงครรภ์ สามี หรือญาติคอยช่วยเหลือตลอดเวลา เนื่องจากระยะนี้มารดาปวดแผลผ่าตัดมาก และเหนื่อยล้าจากการคลอด ไม่สามารถให้นมได้ด้วยตนเอง จึงทำให้มารดาให้นมแม่ได้ไม่บ่อย (Zhang, Cheng, Yan, Wu, & Bai, 2019)

11. หลีกเลี่ยงการให้นมผสมแก่ทารก มารดาหลังผ่าตัดคลอดบางรายที่ได้รับยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไประหว่างที่มารดายังไม่รู้สึกตัว พยาบาลผดุงครรภ์ผู้ดูแลทารกควรหลีกเลี่ยงการให้นมผสมแก่ทารกโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการให้นมผสมแก่ทารก ส่งผลให้ทารกดูดนมแม่ครั้งแรกล่าช้า เพราะทารกอิ่มท้องนาน ทารกจึงไม่ตื่นดูดนมมารดาทำให้ขาดการดูดบ่อย ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่สั้นลง (Chen et al., 2018)

12. การสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อช่วยมารดาปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรายที่ไม่ได้วางแผนผ่าตัดคลอด จะปรับตัวต่อการเป็นมารดาไม่ดี และมารดาหลังผ่าตัดคลอดทั้งที่วางแผนและไม่ได้วางแผน มีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลระหว่างคลอดต่ำกว่ามารดาที่คลอดปกติ (Alderdice et al., 2019) ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์ควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการคลอด และคอยดูแลช่วยเหลือมารดาระยะ

หลังผ่าตัดคลอดอย่างใกล้ชิด เพื่อให้มารดาพึงพอใจและปรับตัวต่อบทบาทการเป็นมารดาได้ดีขึ้น

13. ติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ภายหลังจากมารดาถูกจำหน่ายจากโรงพยาบาล พยาบาลผดุงครรภ์ควรติดตามการให้นมแม่อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อจะได้ให้คำปรึกษาและแก้ปัญหาได้อย่างทันท่วงที การติดตามนี้มีส่วนช่วยสนับสนุนให้มารดาเกิดความมั่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยติดตามด้วยการเยี่ยมบ้าน หรือปัจจุบันที่มีการระบาดของโควิด 19 อาจติดตามผ่านช่องทางออนไลน์ เช่น line, facebook เป็นต้น (Lei et al., 2020)

ข้อแสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

พยาบาลผดุงครรภ์ควรตระหนักว่า ปัจจุบันมีอัตราการผ่าตัดคลอดสูงขึ้น ทำให้กระทบต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจ ควรนำแนวทางการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในมารดาหลังผ่าตัดคลอดไปวางแผนการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

บทสรุป

น้ำนมแม่มีประโยชน์มากที่สุดต่อทั้งมารดาและทารก การผ่าตัดคลอดทำให้มารดาต้องเผชิญกับความเจ็บปวด และความเหนื่อยล้า ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการให้นมแม่ ทำให้ทารกดูดนมแม่ครั้งแรกล่าช้า ส่งผลต่อกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมล่าช้าตาม พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการช่วยปกป้อง ส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด รวมทั้งติดตามการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาอย่างสม่ำเสมอภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และมีอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เพิ่มขึ้น

References

Afarzadeh, A., Hadavi, M., Hassanshahi, G., Rezaeian, M., Vazirinejad, R., Aminzadeh, F., . . . Sarkoohi, A. (2019). Cesarean or cesarean epidemic? *Archives of Iranian Medicine, 22*(11), 663-670.

Alden, K. R. (2018). Newborn nutrition and feeding. In S. E., Perry, D. L., Lowdermilk, K., Cashion, K. R., Alden, & E. F., Olshansky (Ed.), *Maternal child nursing care* (6th ed.). Missouri: Elsevier.

Alderdice, F., Henderson, J., Opondo, C., Lobel, M., Quigley, M., & Redshaw, M. (2019). Psychosocial factors that mediate the association between mode of birth and maternal postnatal adjustment: Findings from a population-based survey. *BMC Women's Health, 19*(1), 1-12.

Babazade, R., Vadhera, R. B., Krishnamurthy, P., Varma, A., Doulatram, G., Saade, G. R., . . . Turan, A.. (2020). Acute postcesarean pain is associated with in-hospital exclusive breastfeeding, length of stay and post-partum depression. *Journal of Clinical Anesthesia, 62,* Retrieved from https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2019.109697

Benedetto, M. G., Bottanelli, C., Cattaneo, A., Pariante, C. M., & Borsini, A. (2019). Nutritional and immunological factors in breast milk: A role in the intergenerational transmission from maternal psychopathology to child development. *Brain, Behavior, and Immunity, 85,* 57-68.

Benton, M., Salter, A., Tape, N., Wilkinson, C., & Turnbull, D. (2019). Women's psychosocial outcomes following an emergency caesarean section: A systematic literature review. *BMC Pregnancy & Childbirth, 19*(1), 1-24.

Cankaya, S., & Ratwisch, G. (2020). The effect of reflexology on lactation and postpartum comfort in caesarean-delivery primiparous mothers: A randomized controlled study. *International Journal of Nursing Practice, 26*(3), 1-12. doi.org/10.1111/ijn.12824

Carreiro, J. D. A., Francisco, A. A., Freitas de Vilhena Abrao, A. C., Marcacine, K. O., Abuchaim, E. D. S., & Coca, K. P. (2018). Breastfeeding difficulties: Analysis of a service specialized in breastfeeding. *Acta Paul Enferm, 31*(4), 430-438.

Chaingm, N., Yusamran, C., & Pahuwattanakorn, W. (2019). Factors predicting the onset of lactation in breastfeeding mothers. *Journal of Nursing and Health Care, 37*(1), 52-59. (in Thai)

Chawanpaiboon, S., Titapant, V., & Pooliam, J. (2021). A randomized controlled trial of the effect of music during cesarean sections and the early postpartum period on breastfeeding rates. *Breastfeeding Medicine, 16*(3), 200-214.

Chen, C., Yan, Y., Gao, X., Xiang, S., He, Q., Zeng, G., . . . Li, L. (2018). Influences of cesarean delivery on breastfeeding practices and duration: A prospective cohort study. *Journal of Human Lactation, 34*(3), 526-534.

Christina, T., Lesly, A., Kenneth, J., Curtis, B., & Natasha, M. (2019). Reducing discomfort after cesarean birth using abdominal blinders. *The American Journal of Nursing, 44*(6), 310-316.

Chu, J. Y., Zhang, L., Zhang, Y. J., Yang, M. J., Li, X. W., & Sun, L. L. (2017). The effect of breast massage at different time in the early period after cesarean section. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi, 51*(11), 1038-1040. doi.org/10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2017.11.016. PMID: 29136752.

Coates, D., Thirukumar, P., & Henry, A. (2020). Women's experiences and satisfaction with having a cesarean birth: An integrative review. *Birth: Issues in Perinatal Care, 47*(2), 169-182.

Foligno, S., Finocchi, A., Brindisi, G., Pace, A., Amadio, P., Dall'Oglio, I., . . . Salvatori, G. (2020). Evaluation of mother's stress during hospitalization can influence the breastfeeding rate: Experience in intensive and non intensive departments. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(4), 1298. doi.org/10.3390/ijerph17041298

Guala, A., Boscardini, L., Visentin, R., Angellotti, P., Grugni, L., Barbaglia, M., . . . Finale, E. (2017). Skin-to-skin contact in cesarean birth and duration of breastfeeding: A cohort study. *The Scientific World Journal,* 1-5.

Hobbs, A. J., Mannion, C. A., McDonald, S. W., Brockway, M., & Tough, S. C. (2016). The impact of caesarean section on breastfeeding initiation, duration and difficulties in the first four months postpartum. *BMC Pregnancy & Childbirth, 16,* 1-9.

Iamchareon, T. (2016). Nursing roles in pain management after cesarean section. *Journal of Nursing and Health Care, 34*(1), 6-14. (in Thai)

Jaiborisuttikul, S., Suppasri, P., & Tachasuksri, T. (2017). Factors influencing elective cesarean section intention among primigravida women. *Journal of Nursing Science & Health, 40*(1), 53-62. (in Thai)

Khotsang, K., Sangin, S., & Chuahorm, U. (2016). The effects of lactational program on milk secretion time, onset of lactation and breastfeeding self-efficacy in mothers after cesarean section. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 24*(1), 13-26. (in Thai)

Kiyak, H., Bolluk, G., Canaz, E., Yüksel, S., & Gedikbası, A. (2019). The evaluation of cesarean section rates in accordance with Robson Ten-Group Classification System and the data of perinatology (tertiary center). *Perinatal Journal Perinatoloji Dergisi, 27*(2), 89-100.

Lara-Cinisomo, S., & Akinbode, T. D. (2020). Research recommendations on the effects of postpartum depression and pain on infant care and development. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 49*(5), 416-422. doi.org/10.1016/jjogn.2020.05.005

Layak, N., Sinrang, W. A., & Asad, S. (2021). Early initiation of breastfeeding and gut microbiota of neonates: A literature review. *Medicina Clinica Practica, 4,* 1-4.

Lei, H., Tingting, D., Juan, H., Biru, L., Hu, L., Ding, T., . . . Luo, B. (2020). Promoting breastfeeding in Chinese women undergoing cesarean section based on the health belief model: A randomized controlled trial. *Medicine, 99*(28), 1-7.

Leifer, G. (2019). *Introduction to maternity and pediatric nursing* (8th ed.). St.Louis: Elsevier.

Lohitthai, S., & Tongkoop, B. (2019). The effect of cold compress belly band on cesarean incision pain among post-cesarean section delivered mothers. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 27*(1), 23-32. (in Thai)

McKinney, E. S., James, S. R., Murray, S. S., Nelson, K. A., & Ashwill, J. W. (2018). *Maternal-child nursing.* St.Louis: Elsevier.

Modugno, F., Goughnour, S. L., Wallack, D., Edwards, R. P., Oduns, K., Kelley, J. L., . . . Brooks, M. M. (2019). Breastfeeding factors and risk of epithelial ovarian cancer. *Gynecologic Oncology, 153,* 116-122.

NSO, & Unicef. (2019). *Generating evidence to diliver for children.* Retrieved from https://www.unicef.org/thailand/media/5151/file/

Onpan, K., & Khunkumhaeng, N. (2020). Impact of belly band on pain after cesarean section. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical, 37*(3), 196-203. (in Thai)

Paksoy, N., & Erbaydar, T. (2020). Relationship between caesarean section and breastfeeding: Evidence from the 2013 Turkey demographic and health survey. *BMC Pregnancy & Childbirth, 20*(1), 1-9. doi.org/10.1186/s12884-020-2732-6

Park, S., & Choi, N-K. (2019). Breastfeeding reduces risk of depression later in life in the postmenopausal period: A Korean population-based study. *Journal of Affective Disorders, 248,* 13-17.

Pasyar, N., Rambod, M., & Kahkhaee, F. R. (2018). The effect of foot massage on pain intensity and anxiety in patients having undergone a tibial shaft fracture surgery: A randomized clinical trial. *Journal of Orthopaedic Trauma, 32*(12), e482-e486. doi.org/10.1097/BOT.0000000000001320

Saeliw, P., Kantaruksa, K., & Chaloumsuk, N. (2015). Perceptions of childbirth experience, social support and maternal role attainment among mothers with cesarean section. *Nursing Journal, 42,* 69-81. (in Thai)

Sharma, K., & Kumari, R. (2019). Study to assess the effectiveness of foot and hand massage on reducing pain among post natal mothers who had undergone caesarean section. *International Journal of Nursing Education, 11*(1), 79–84. doi.org/10.5958/0974-9357.2019.00017.5

Simpson, K. R., Creehan, P. A., O'Brien-abel, N., Roth, C. K., & Rohan, A. J. (2021). *Perinatal nursing* (5th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Tangsuksan, P., Ratinthorn, A., Sindhu, S., Spatz, D. L., & Viwatwongkasem, C. (2020). Factors influencing exclusive breastfeeding among urban employed mothers: A case-control study. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 24*(1), 54-72.

Tharana, N. (2020). *Breastfeeding.* Bangkok: Green Printing House. (in Thai)

Tipsing, N., Sangin, S., & Suppasri, P. (2019). Factors affecting exclusive breastfeeding during 4-6 week postpartum among mothers with pre-pregnancy overweight and obese. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 31*(1), 72-84. (in Thai)

Webber, E., & Benedict, J. (2019). Postpartum depression: A multi-disciplinary approach to screening, management and breastfeeding support. *Archives of Psychiatric Nursing, 33,* 284-289.

World Health Organization. (2018). *Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: The revised Baby-friendly Hospital Initiative.* Retrieved from https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf

Yukaew, N. (2017). Cesarean section rate according to Robson's classification. *Journal of Prevention Medicine Association of Thailand, 7*(3), 262-271. (in Thai)

Zeng, A. M., Nami, N. F., Wu, C. L., & Murphy, J. D. (2016). The analgesic efficacy of nonsteroidal anti-inflammatory agents (NSAIDs) in patients undergoing cesarean deliveries: A meta-analysis. *Regional Anesthesia & Pain Medicine, 41*(6), 763-772. doi.org/10.1097/AAP.0000000000000460

Zhang, F., Cheng, J., Yan, S., Wu, H., & Bai, T. (2019). Early feeding behaviors and breastfeeding outcomes after cesarean section. *Breastfeeding Medicine, 14*(5), 325-333.

การเข้าถึงแบบเปิด: แหล่งสารสนเทศสำคัญต่อวงการวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
Open Access: An Important Information Resource for Health Sciences

มัณฑะณี คำโพธิ์ * Muntanee Khumpho *

บทคัดย่อ

การเข้าถึงแบบเปิด (Open Access หรือ OA) มุ่งหวังให้ผลงานทางวิชาการที่ตีพิมพ์ในวารสารอิเล็กทรอนิกส์ได้รับการเผยแพร่โดยไม่จำกัดการเข้าถึง เป็นการให้สิทธิ์กับผู้ใช้สารสนเทศในรูปแบบออนไลน์ เพราะเข้าถึงได้สะดวกและรวดเร็ว อีกทั้งยังช่วยประหยัดค่าใช้จ่าย จากความก้าวหน้าของเทคโนโลยี วารสารแบบเปิด (Open Access Journal) เกิดขึ้นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว การพิจารณาเรื่องคุณภาพวารสารแบบเปิดจึงเป็นเรื่องสำคัญที่ผู้ใช้ควรให้ความสำคัญ เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบคุณภาพ เช่น นามานุกรมวารสารที่เปิดให้เข้าถึงได้อย่างเสรี หรือ DOAJ (Directory of Open Access Journals) ช่วยในการพิจารณาคุณภาพวารสารวิชาการ ว่ามีขั้นตอนการเผยแพร่ตามมาตรฐานวารสารวิชาการหรือไม่ เพื่อป้องกันการขาดจริยธรรมทางวิชาการ รวมถึงขาดการประเมินคุณภาพของบทความที่ส่งเข้ามาตีพิมพ์ เพื่อให้ชื่อวารสารถูกเผยแพร่และเป็นการทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ คณาจารย์ต้องพิจารณาก่อนส่งผลงานวิชาการไปตีพิมพ์เผยแพร่ เพื่อจะไม่ตกเป็นเหยื่อตีพิมพ์ในวารสารล่าเหยื่อ การตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่มีคุณภาพบทความทั้งหมดของคณาจารย์จะถูกนับจำนวน เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับจำนวนการถูกอ้างถึง ซึ่งสัมพันธ์กับค่าดัชนีชี้วัดคุณภาพด้านต่างๆ ทั้งตัวของคณาจารย์ สถาบัน และวารสาร เช่น ค่า H-index ค่า Impact factor ค่าเหล่านี้จะถูกนำกลับมาประเมินผลความสามารถทางวิชาการของคณาจารย์ในคณะและมหาวิทยาลัยในการรับรางวัลคุณภาพต่างๆ และจัดอันดับมหาวิทยาลัย Quacquarelli Symonds (QS) ที่ใช้ในการจัดอันดับมหาวิทยาลัยชั้นนำของโลก

คำสำคัญ: การเข้าถึงแบบเปิด วารสารวิชาการสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ นามานุกรมวารสารที่เปิดให้เข้าถึงได้อย่างเสรี

* พนักงานปฏิบัติงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 25 สิงหาคม 2563 วันที่แก้ไขบทความ 15 กรกฎาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 6 สิงหาคม 2564

Abstract

Open Access (OA) aims for academic papers to be published in electronic journals without access limitations. Users are given the right to access information in an online format so that it is convenient, quick and also saves costs. Due to the advancement of technology, the number of open access journals is growing rapidly. Therefore, consideration of the quality of open access journals is of great importance for users. DOAJ (Directory of Open Access Journals) is a quality inspection tool that helps determine the quality of journals and whether or not the publishing processes follow the journals' standards correctly. This is to prevent a lack of academic ethics, including a lack of quality assessment of articles that are submitted for publication. In order for a journal name to be published and to build credibility, faculty members have to consider the journal before submitting their academic work for publication in order not to be victimized by a predatory journal. For the publication of quality journals, all articles are counted and analyzed along with the number of references that are related to various quality indicators of the users, the institutes and the journals, such as H-index and Impact factor. These values are used to evaluate the academic ability of faculties and universities in receiving quality awards and the Quacquarelli Symonds (QS) university ranking that is used in the world's top university rankings.

Keywords: Open access, Academic Journal of Health Science, Directory of Open Access Journals (DOAJ)

* Academic Officer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: tukkie.koung@gmail.com

Received 25 August 2020; Revised 15 July 2021; Accepted 6 August 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเภทของสารสนเทศที่มีความสำคัญมากขึ้นในปัจจุบันต่อวงการวิชาการ คือ วารสาร เนื่องจากเป็นแหล่งตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการของคณาจารย์ คณาจารย์จึงต้องคัดเลือกวารสารที่มีคุณภาพในสาขาของตน ในการส่งบทความไปตีพิมพ์ และหลังจากบทความได้รับการตีพิมพ์ บทความทั้งหมดของคณาจารย์จะถูกนับจำนวน เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับจำนวนการถูกอ้างถึง ซึ่งสัมพันธ์กับค่าดัชนีชี้วัดคุณภาพด้านต่างๆ ทั้งตัวของคณาจารย์ สถาบัน และวารสาร เช่น ค่า H-index ค่า Impact factor ค่าเหล่านี้จะถูกนำกลับมาประเมินผลความสามารถทางวิชาการของคณาจารย์ในคณะและมหาวิทยาลัย ในการรับรางวัลคุณภาพต่างๆ และจัดอันดับมหาวิทยาลัย Quacquarelli Symonds (QS) หรือชื่อที่เรารู้จักกัน QS World University Rankings ที่ใช้ในการจัดอันดับมหาวิทยาลัยชั้นนำของโลก โดยเกณฑ์หนึ่งที่ใช้วิเคราะห์ประกอบการจัดอันดับคือ Citations per faculty สัดส่วนจำนวนการอ้างอิงต่อผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ นอกจากนี้ค่าดัชนีชี้วัดคุณภาพยังสามารถใช้ในการเปรียบเทียบคุณภาพของวารสารในสาขาต่างๆ โดยเฉพาะสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพที่องค์ความรู้มีการพัฒนาอย่างรวดเร็ว วารสารจึงเป็นสารสนเทศที่สำคัญที่คณาจารย์สามารถใช้เป็นแหล่งในการค้นหาสารสนเทศที่ตนต้องการ มีความทันสมัย อีกทั้งเป็นสารสนเทศที่คณาจารย์ใช้เป็นแหล่งสำคัญในการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการ และเพื่อให้ผลงานวิชาการได้รับการยอมรับนำไปอ้างถึง คณาจารย์จึงต้องคัดเลือกวารสารที่มีคุณภาพในสาขาของตนเพื่อส่งผลงานไปตีพิมพ์

วารสารวิชาการแบบเดิมกับวารสารวิชาการแบบเปิด

ปัจจุบันจากความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีส่งผลกระทบต่อการผลิต เผยแพร่ และใช้สารสนเทศอย่างเห็นได้ชัดเจน เกิดสารสนเทศมากมายมหาศาลจากกระบวนการผลิตและเผยแพร่สารสนเทศที่อยู่รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงขึ้นในวงการวิชาการ การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการวารสารถูกจัดทำในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-journal) มากขึ้น ทั้งรูปแบบที่ไม่ได้เปิดให้เข้าถึงได้อย่างเสรี และเข้าถึงได้อย่างเสรี (Albert, 2006) ทำให้การเข้าถึงบทความในวารสารสะดวกและรวดเร็วผ่านทางเว็บไซต์

วารสารวิชาการรูปแบบเดิม การตีพิมพ์บทความในวารสารผู้เขียน เมื่อส่งบทความไปตีพิมพ์ในวารสารจะไม่เสียค่าใช้จ่ายเนื่องจากสำนักพิมพ์ของวารสารจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในกระบวนการ จัดพิมพ์เผยแพร่ (Article Processing or Article Production) สำนักพิมพ์จะมีรายได้จากการเรียกเก็บเงิน ค่าเข้าถึงบทความ จากการบอกรับสมาชิกผ่านทางระบบฐานข้อมูล ดังนั้นผู้อ่านจึงเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงเอง และกลายเป็นภาระสำคัญของสถาบันการศึกษา หรือ คณะ ที่ต้องจัดซื้อจัดหาวารสาร เพื่อให้บริการคณาจารย์ และนักศึกษาในการเข้าถึงบทความ ซึ่งปัจจุบันมีราคาค่อนข้างสูง จึงทำให้สถาบันการศึกษาขาดงบประมาณในการบอกรับวารสารในสาขาทั้งหมด

วารสารแบบเปิด (Open Access Journal) จึงเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่คณาจารย์ และคณะ สถาบันการศึกษา หันมาให้ความสนใจ ถึงแนวทางการรับตีพิมพ์บทความของวารสารแบบเปิด ที่ปรับเปลี่ยนให้ผู้อ่านไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเข้าถึงบทความ (Eysenbach, 2006) แต่สำนักพิมพ์จะเรียกเก็บค่าใช้จ่ายจากผู้เขียน หรือเรียกว่า ค่า Article Processing/ Production Charge ดังนั้นเมื่อผู้เขียนเป็นผู้จัดการค่าใช้จ่ายในกระบวนการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการ จึงมีผลต่อความเป็นเจ้าของหรือลิขสิทธิ์ในการเผยแพร่และการอนุญาตให้ผู้อ่านใช้ผลงาน (Licenses and Rights) เพื่อให้ผู้อ่านสามารถเข้าถึงบทความได้อย่างเสรี สำนักพิมพ์ยังคงได้รายได้ แต่เปลี่ยนจากการเรียกเก็บจากผู้อ่านเป็นการเรียกเก็บจากผู้เขียน และผู้เขียนสามารถนำผลงานของตนไปเผยแพร่ในคลังข้อมูลของสถาบันได้ แต่การที่ผู้เขียนเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในกระบวนการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการนั้น อาจไม่ใช่ข้อเสียของการเลือกเผยแพร่ในวารสารแบบเปิด หากมองอีกมุมมองหนึ่ง

การเลือกเผยแพร่ในวารสารแบบเปิด จะทำให้ผลงานมีการเข้าถึงมากขึ้น ถูกนำไปอ้างถึงมากขึ้น เพราะการให้บริการสารสนเทศที่ผู้ใช้เข้าถึงได้อย่างเสรี ทำให้ค่า Impact factor สูงขึ้น และได้รับการอ้างอิงมากขึ้น ผู้ใช้สามารถเข้าถึงได้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (Antelman, 2004)

วารสารกับการเข้าถึงแบบเปิด

การเข้าถึงแบบเปิด หรือ การเข้าถึงแบบเสรี หรือ Open Access (OA) ซึ่งคำนี้เป็นประเด็นที่กล่าวถึงอย่างแพร่หลายในวงวิชาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสารสนเทศที่เป็นผลงานทางวิชาการในรูปแบบของบทความวารสาร ดังที่ น้ำทิพย์ วิภาวิน (Wipawin, 2019) กล่าวว่า Open Access (OA) หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลทางวิชาการออนไลน์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย โดยมีการจัดการในเรื่องลิขสิทธิ์ก่อนเผยแพร่ ได้แก่ การเข้าถึงบทความวิจัย และข้อมูลวิจัยที่เผยแพร่ในวารสารที่เปิดให้เข้าถึงแบบเสรี หรือคลังสารสนเทศดิจิทัล โดยผู้ใช้จะไม่เสียค่าใช้จ่าย และสามารถนำสารสนเทศนั้นไปใช้ซ้ำได้ อาจสรุปได้ว่า Open Access (OA) มีลักษณะสำคัญ 3 ประการ (Thaotip, 2010) คือ 1) ต้องเป็นสารสนเทศที่ผู้ใช้ทุกคนสามารถเข้าถึงได้โดยเสรีผ่านทางเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ผู้ใช้สามารถสืบค้น อ่าน คัดลอก สั่งพิมพ์ เผยแพร่ จัดเก็บ รวมถึงจัดทำลิงก์ไปยังสารสนเทศนั้นได้ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ ทั้งสิ้น 2) ผลงานที่เผยแพร่ในแหล่งสารสนเทศเสรีจะยังคงเป็นลิขสิทธิ์ของผู้แต่ง ดังนั้นเมื่อนำไปใช้ต้องมีการทำรายการอ้างอิงอย่างเหมาะสม 3) เป็นสารสนเทศฉบับเต็ม (Full text) ที่จัดทำในรูปอิเล็กทรอนิกส์ มีการจัดเก็บในแหล่งที่เหมาะสม เพื่อสะดวกต่อการสืบค้นและนำไปใช้ในอนาคต ดังนั้น การเข้าถึงสารสนเทศแบบเปิด ทั้งการเผยแพร่และใช้บริการจึงต้องเข้าใจรูปแบบของการเข้าถึงแบบเปิด (Open Access: OA) ด้วย (Eng, 2017)

รูปแบบของการเข้าถึงแบบเปิด

รูปแบบของการเข้าถึงแบบเปิด (Open Access: OA) (Sumriddetchkajorn, 2010; Wongkaew, 2018) มีดังนี้

1. Gold OA คือ สารสนเทศที่สามารถเข้าใช้ได้อย่างเสรี โดยผู้เขียนสามารถเผยแพร่ผลงานได้อย่างไม่มีเงื่อนไข นอกจากนี้ ผู้เขียนหรือหน่วยงานเจ้าของผลงานเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย โดยการนำผลงานวิชาการไปเผยแพร่ในแหล่งสารสนเทศที่เข้าถึงได้อย่างเสรีนั้น ผลงานนั้นจะต้องผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญของแต่ละสาขา เช่น วารสารของสำนักพิมพ์ Public Library of Science (PLoS) และ BioMed Central

2. Green OA คือ สารสนเทศที่สามารถเข้าใช้ได้อย่างเสรี โดยผู้เขียนสามารถนำผลงานของตน ทั้งที่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญของแต่ละสาขาแล้ว และที่ยังไม่ผ่านการพิจารณาตรวจสอบจัดเก็บไว้ในคลังข้อมูลได้ แต่อาจอยู่ภายใต้เงื่อนไขการเข้าถึงแบบเสรีได้ เช่น ระยะเวลาของการให้เข้าถึงล่าช้า (Embargo Period) หรืออยู่ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น นอกจากนี้ยังอนุญาตให้ผู้เขียนสามารถเผยแพร่และจัดเก็บเอกสาร (Self-archiving) ในระบบคลังข้อมูลคลังสารสนเทศดิจิทัลของสถาบันหรือบนเว็บไซต์ที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์ได้ เช่น วารสารที่เผยแพร่ใน Thai Journal Online (ThaiJO) และ PubMed Central ซึ่งกำหนดลิขสิทธิ์ของบทความที่ถูกตีพิมพ์เผยแพร่เป็นของวารสารหรือหน่วยงานต้นสังกัด เนื่องจากหน่วยงานเป็นแหล่งทุนของวารสาร ดังนั้นการเลือกตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการไทย จะต้องพิจารณาและยอมรับรูปแบบของลิขสิทธิ์ด้วย (Nursing Journal, 2020)

นอกจากนี้รูปแบบของการเข้าถึงแบบเปิดสามารถแบ่งอย่างละเอียด (Wittayawuttikul, 2012) ได้ดังนี้

3. Hybrid OA คือ สารสนเทศที่สามารถเข้าใช้ได้อย่างเสรี แต่บางสารสนเทศต้องบอกรับเป็นสมาชิก จึงจะสามารถเข้าใช้ได้ หรืออาจกล่าวได้ว่าสารสนเทศนั้น

มีทั้งที่เป็น OA และไม่ใช่ OA

4. Delayed OA คือ สารสนเทศที่สามารถเข้าใช้ได้อย่างเสรี หลังจากพ้นระยะห้ามใช้งานไปแล้ว หรืออาจกล่าวได้ว่า แหล่งสารสนเทศนั้นมีสารสนเทศที่สามารถเปิดให้อ่านฉบับย้อนหลังได้ฟรี หลังจากตีพิมพ์ไปแล้วประมาณ 6 เดือนหรือ 1-2 ปี

จากทั้ง 4 รูปแบบของการเข้าถึงแบบเปิด สามารถสรุปรวมได้ว่า สารสนเทศที่ถูกสร้างขึ้นใหม่ มักจะอยู่ในรูปแบบ Gold OA ที่สามารถเปิดให้เข้าถึงได้อย่างเสรีทันทีที่สารสนเทศนั้นตีพิมพ์หรือเผยแพร่ แต่อาจมีการใช้รูปแบบผสมผสาน สำหรับบางสารสนเทศแบบเดิมที่ผู้อ่านต้องบอกรับเป็นสมาชิกก่อน เรียกว่า Hybrid OA หรืออาจจะเป็นสารสนเทศแบบเดิม แต่สามารถเปิดให้อ่านฉบับย้อนหลังได้ฟรี หลังจากตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้วประมาณ 6 เดือนหรือ 1-2 ปี เรียกว่า Delayed OA สำหรับ Green OA คือ สารสนเทศที่ได้รับการอนุญาตให้จัดเก็บไว้ในคลังข้อมูลสถาบันหรือเว็บไซต์ส่วนตัวของผู้เขียน ซึ่งส่วนใหญ่ผลิตโดยหน่วยงาน หรือสถาบันที่ไม่หวังผลกำไร ให้บริการโดยไม่มีค่าใช้จ่ายทั้งหมดบนอินเทอร์เน็ต (Wipawin, 2016)

วารสารแบบเปิดกับการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการ

วารสารแบบเปิด ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพในปัจจุบันมีการจัดพิมพ์เผยแพร่เป็นจำนวนมาก ดังที่ลักษณา เถาว์ทิพย์ (Thaotip, 2015) กล่าวว่า การจัดพิมพ์วารสารแบบเปิดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2556 วารสารที่มีเข้าถึงจำนวนสูงสุด ได้แก่วารสารในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ โดยปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจตีพิมพ์และไม่ตีพิมพ์ผลงานในวารสารแบบเปิดของอาจารย์สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (สังกัดคณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ และคณะสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม) ได้แก่ 1) ผู้จัดพิมพ์วารสารที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชา 2) วารสารถูกทำดรรชนีในฐานข้อมูลขนาดใหญ่ 3) การกลั่นกรองบทความโดยผู้เชี่ยวชาญ และ Peer-review ของวารสาร 4) ค่า Impact Factor ของวารสาร 5) การเป็นวารสารที่เข้าถึงกลุ่มผู้อ่านในสาขาวิชา และการเป็นวารสารที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางในสาขาวิชา 6) ความรวดเร็วในการตีพิมพ์ ความต่อเนื่องในการจัดพิมพ์ สถิติการถูกอ้างอิงที่สูง และการที่วารสารมีผู้อ่านจำนวนมาก 7) ผู้จัดพิมพ์วารสารเป็นสมาคม ชมรม วิชาชีพเฉพาะด้าน และค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์ไม่สูง 8) ระยะเวลาในการตอบรับรวดเร็ว และคุณภาพการให้บริการวารสารบนเว็บไซต์ 9) วารสารที่จัดพิมพ์โดยสำนักพิมพ์ที่มีชื่อเสียง 10) มีรายละเอียดเกี่ยวกับวารสารที่ปรากฏอย่างชัดเจนบนเว็บไซต์ 11) การส่งต้นฉบับสามารถได้ง่าย เช่น ผ่านเว็บไซต์วารสาร 12) คณะบรรณาธิการมีความน่าเชื่อถือ 13) วารสารที่ปรากฏ DOAJ (Directory of Open Access Journal) ซึ่งเป็นนามานุกรม รายชื่อวารสาร Open Access ที่รู้จักอย่างแพร่หลาย 14) วารสารที่ผู้เขียนไม่ต้องโอนลิขสิทธิ์ ให้แก่สำนักพิมพ์ และ 15) รูปแบบของเว็บไซต์วารสาร เช่น ความสวยงาม ความเป็นมิตรกับผู้ใช้ มีผลต่อการตัดสินใจตีพิมพ์ในวารสารแบบเปิด ดังนั้นความน่าเชื่อถือของวารสารแบบเปิดจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการใช้และเลือกตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน ซึ่งคณาจารย์ต้องประเมิน และพิจารณาคัดเลือกวารสารแบบเปิดก่อนการส่งผลงานวิชาการไปเผยแพร่ด้วย (Powdwal, 2017)

ความน่าเชื่อถือของวารสารแบบเปิด

ปัจจุบันวารสารในรูปแบบแบบเปิด สามารถจัดทำได้ง่าย ความน่าเชื่อถือของวารสารในวงการวิชาการจึงเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากผู้เขียนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการตีพิมพ์บทความ หากขาดประสบการณ์ ความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ อาจถูกหลอกลวง และเรียกค่าตีพิมพ์หากตีพิมพ์ในวารสารล่าเหยื่อ (Predatory Journal) ได้ ซึ่งหมายถึงวารสารหลอกลวงเพื่อหารายได้จากการตีพิมพ์ ซึ่งวารสารกลุ่มนี้ถูกจัดทำให้ดูเหมือนถูกต้องตามรูปแบบ อาจมีการใช้ชื่อใกล้เคียงกับวารสารที่ได้มาตรฐานอื่นๆ แต่ไม่ได้มีการตีพิมพ์บทความจริง ขาดขั้นตอนมาตรฐานวารสารวิชาการ ขาดจริยธรรมทางวิชาการ

รวมถึงขาดการประเมินคุณภาพของบทความที่ส่งเข้ามาตีพิมพ์ วารสารแบบเปิดส่วนใหญ่ จึงมีการนำรายชื่อวารสารจัดทำดัชนีวารสารในฐานข้อมูลที่มีการตรวจสอบคุณภาพ เช่น SCOPUS, Web of Science, PubMed Central, DOAJ เป็นต้น เพื่อให้ชื่อวารสารถูกเผยแพร่และเป็นการทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ

การเข้าถึงอย่างเสรี ทำให้วารสารแบบเปิดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีความเสี่ยงที่จะเป็นวารสารล่าเหยื่อ ดังนั้น วารสารกลุ่มนี้ จึงต้องแสดงข้อมูลมาตรฐานในการจัดทำวารสาร ข้อมูลวารสารและแนวปฏิบัติทางจริยธรรม เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือ (Praditphum, 2018) การนำเสนอวารสารแบบเปิดของนามานุกรมวารสารที่เปิดให้เข้าถึงได้อย่างเสรี หรือ Directory of Open Access Journals (DOAJ) ที่ได้กำหนดความโปร่งใส่และแนวปฏิบัติที่ดีในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ (Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing) (Directory of Open Access Journals, 2018) ซึ่งประกอบไปด้วย

1. เว็บไซต์วารสาร (Website) ต้องแสดงผู้รับผิดชอบวารสารที่ชัดเจน เป็นไปตามมาตรฐานทางจริยธรรมและวิชาชีพ วัตถุประสงค์และสาขาวิชาที่รับพิมพ์ และมีเลข ISSN ทั้งฉบับพิมพ์และฉบับอิเล็กทรอนิกส์

2. ชื่อวารสาร (Name of Journal) ต้องไม่ซ้ำหรือใกล้เคียงกับวารสารอื่น ที่อาจทำให้เข้าใจผิดกับหน่วยงานรับผิดชอบวารสาร

3. กระบวนการประเมินบทความ (Peer Review Process) ต้องมีการระบุให้ชัดเจนว่า บทความในวารสารมีการตรวจสอบและประเมินโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ (peer review) ในสาขาที่เกี่ยวข้องกับบทความ มีการอธิบายวิธีการประเมินที่ใช้

4. ความเป็นเจ้าของวารสารและการจัดการ (Ownership and management) ข้อมูลเกี่ยวกับเจ้าของวารสารและการจัดการต้องแสดงข้อมูลให้ชัดเจน ที่จะไม่ทำให้เกิดความเข้าใจผิดถึงหน่วยงานที่เป็นเจ้าของวารสาร

5. หน่วยงานที่ดูแล (Governing body) กองบรรณาธิการหรือหน่วยงานกำกับดูแลอื่น ๆ ของวารสารที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นผู้เชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่รับตีพิมพ์

6. ทีมบรรณาธิการ และข้อมูลการติดต่อ (Editorial team/contact information) กองบรรณาธิการหรือหน่วยงานกำกับดูแลอื่น ๆ ของวารสารต้องระบุชื่อและนามสกุลของบรรณาธิการหลักของวารสาร และข้อมูลที่ติดต่อได้บนเว็บไซต์ให้ชัดเจน

7. ลิขสิทธิ์และการอนุญาตให้ใช้สิทธิ์ (Copyright and Licensing) ต้องระบุนโยบายด้านลิขสิทธิ์ที่ชัดเจนเพื่อแนะนำผู้ที่จะเผยแพร่บทความวิชาการ อีกทั้งต้องระบุเจ้าของลิขสิทธิ์บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ และสัญญาอนุญาตการให้ใช้บทความ ข้อมูลการอนุญาตให้ใช้สิทธิ์จะต้องระบุไว้ในทุกรูปแบบการตีพิมพ์เผยแพร่ทั้ง HTML และ PDF กรณีที่เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาตแบบครีเอทีฟคอมมอนส์ (Creative Commons license) จะต้องระบุให้ชัดเจนอนุญาตแบบใด นโยบายเหล่านี้ต้องระบุให้ชัดเจนตั้งแต่เริ่มส่งบทความเข้ามา จนกระทั่งการจัดเก็บบนระบบคลังสารสนเทศ

8. ค่าธรรมเนียมผู้เขียน (Author fees) เป็นค่าใช้จ่ายในการเผยแพร่บทความต้องระบุชัดเจน มีการอธิบายให้ผู้เขียนทราบก่อนที่จะเริ่มเตรียมต้นฉบับ มีการระบุให้ชัดเจนเกี่ยวกับการเก็บค่าธรรมเนียม

9. ขั้นตอนการพิจารณา (Process for identification of and dealing with allegations of research misconduct) ต้องมีการระบุขั้นตอนการดำเนินการอย่างเหมาะสม และป้องกันไม่ให้มีการประพฤติที่ไม่ถูกต้องในการวิจัย รวมถึงการโจรกรรมทางวิชาการหรือการคัดลอกผลงานทางวิชาการ และการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งหากมีความผิดบรรณาธิการต้องปฏิบัติตามแนวทางของ COPE (Committee on Publication Ethics)

10. จริยธรรมในการเผยแพร่ (Publication Ethics) วารสารต้องมีการกำหนดจริยธรรมการเผยแพร่บนเว็บไซต์อย่างชัดเจนและควรมีการอ้างถึง นโยบาย

เกี่ยวกับผู้เขียนและผู้จัดทำวารสาร การจัดการเรื่องร้องเรียนและการอุทธรณ์ นโยบายเกี่ยวกับผลประโยชน์ทับซ้อน นโยบายเกี่ยวกับการแบ่งปันข้อมูลและการทำซ้ำ นโยบายเกี่ยวกับการดูแลด้านจริยธรรม นโยบายของวารสารเกี่ยวกับทรัพย์สินทางปัญญา และแนวทางการดำเนินการหลังจากการเผยแพร่ผลงานวิชาการแล้ว

11. กำหนดการตีพิมพ์เผยแพร่ (Publishing schedule) วารสารต้องระบุช่วงเวลาตีพิมพ์ ตามเวลาที่กำหนดไว้ และเผยแพร่อย่างต่อเนื่อง

12. การเข้าถึง (Access) วารสารต้องแสดงการเข้าถึงบทความในวารสารแต่ละฉบับให้ชัดเจน เช่นผู้อ่านสามารถเข้าถึงได้อย่างเสรี ไม่มีค่าใช้จ่าย หรือต้องสมัครสมาชิกหรือการจ่ายเงินค่าเข้าถึงบทความ หากมีค่าใช้จ่ายต้องระบุค่าธรรมเนียม

13. การจัดเก็บข้อมูล (Archiving) วารสารต้องมีแนวปฏิบัติในการสำรองสารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์และการสงวนรักษาบทความในวารสาร หากเกิดกรณีวารสารหยุดตีพิมพ์เผยแพร่

14. แหล่งรายได้ของวารสาร (Revenue sources) วารสารต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุน และแสดงการแสวงหารายได้ เช่นค่าธรรมเนียมของผู้เขียน ค่าธรรมเนียมการบอกรับสมาชิก ค่าโฆษณาบนเว็บไซต์ของวารสาร

15. การโฆษณา (Advertising) วารสารต้องระบุนโยบายการโฆษณาหากมีเนื้อหาเกี่ยวข้อง ประเภทของโฆษณาที่รับ ผู้ตัดสินใจในการรับโฆษณา และการนำเสนอโฆษณาจะทำเป็นลิงก์ผ่านทางเว็บไซต์ หรือแสดงโฆษณาแบบสุ่มออนไลน์ และไม่ควรมีความเกี่ยวข้องกับการพิจารณาบทความของบรรณาธิการอีกทั้งควรแยกลิงก์เนื้อหาโฆษณาออกจากหน้าเว็บไซต์วารสารหลัก

16. การตลาดทางตรง (Direct marketing) วารสารอาจมีกิจกรรมการตลาดทางตรงกับผู้เขียนและผู้อ่าน ซึ่งจะต้องมีความเหมาะสม และกิจกรรมจะต้องเป็นความจริง ไม่ทำให้ผู้อ่าน หรือผู้เขียนเข้าใจผิด

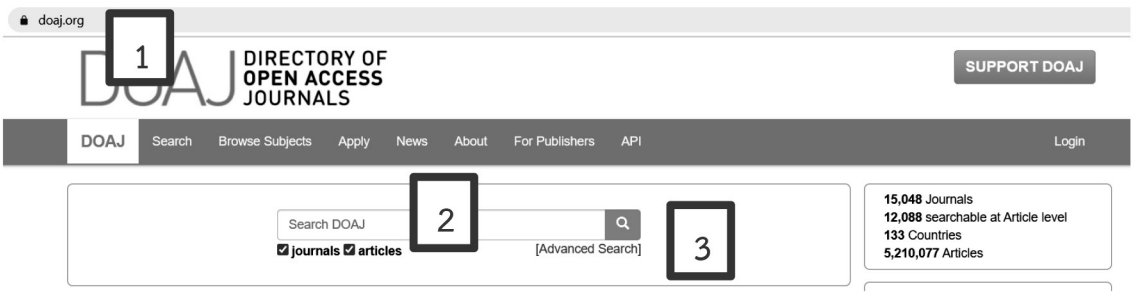
ดังนั้นการพิจารณาความน่าเชื่อถือของวารสารก่อนส่งผลงานวิชาการไปตีพิมพ์ จึงมีความสำคัญมาก เพราะหากตีพิมพ์ในวารสารที่ไม่ได้มาตรฐาน รายชื่อวารสารและสำนักพิมพ์สุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรส่งผลงานไปตีพิมพ์เผยแพร่ หากส่งผลงานไปจะได้รับผลกระทบ เช่น ไม่สามารถเสนอขอตำแหน่งทางวิชาการ ตามประกาศของ ก.พ.อ หรือไม่สามารถใช้เป็นหลักฐานการจบการศึกษาของนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาได้ ตามประกาศของ สกอ. เป็นต้น (Wittayawuttikul, 2012; Wipawin, 2018) บทความนี้นอกจากจะกล่าวถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือแล้ว จะขอแนะนำแหล่งสารสนเทศแบบเปิดที่สำคัญต่อวงการวิชาการในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่คณาจารย์ นักวิจัย และนักศึกษาสามารถเข้าสารสนเทศที่ตนต้องการได้มากขึ้น

แหล่งสารสนเทศสำคัญของการเข้าถึงแบบเปิด

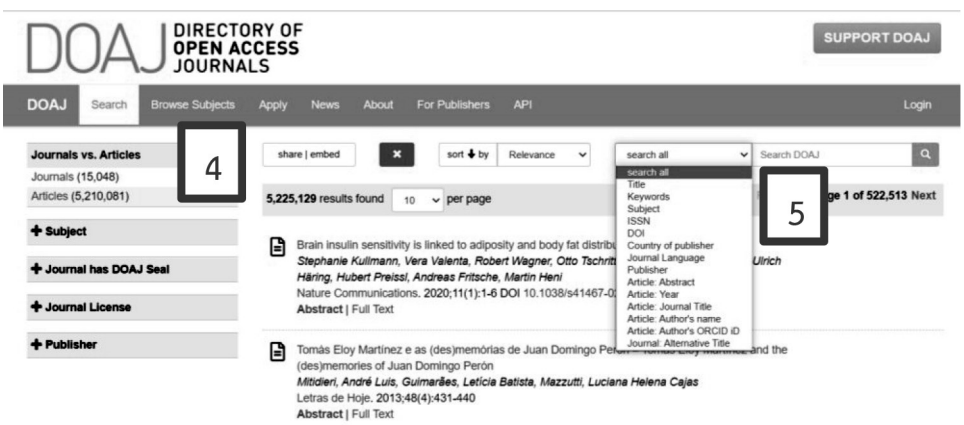
แหล่งสารสนเทศสำคัญที่คณาจารย์ นักวิจัย และนักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ สามารถเข้าถึงวารสารแบบเปิดที่มีความน่าเชื่อถือ ได้แก่ นามานุกรมวารสารที่เปิดให้เข้าถึงได้อย่างเสรี หรือ Directory of Open Access Journal (DOAJ) เว็บไซต์ฐานข้อมูลดัชนีวารสาร ที่รวบรวมวารสารแบบเปิด เพื่อให้สามารถสืบค้นบทความและลิงก์ไปบทความฉบับเต็มและสามารถดาวน์โหลดได้ โดยวารสารนั้นต้องไปตามแนวทางของ Open Access ที่ DOAJ ได้ระบุไว้ตามที่กล่าวข้างต้น อีกทั้งยังเปิดรับวารสารในภาษาอื่นที่ไม่ได้ใช้ภาษาอังกฤษในการสื่อสาร ปัจจุบัน DOAJ มีรายชื่อวารสารสูงถึง 15,048 รายชื่อ จาก 133 ประเทศทั่วโลก และมีบทความจำนวนมากถึง 5,208,052 บทความ และมีบทความของวารสารวิชาการไทยอยู่จำนวน 6,547 บทความ จากวารสารไทย 30 รายชื่อ (Directory of Open Access Repositories, 2020) DOAJ มีเนื้อหาครอบคลุมทุกสาขาวิชาและการวิจัย ถือได้ว่าเป็นคลังความรู้ขนาดใหญ่ ที่ช่วยเพิ่มโอกาสในการเผยแพร่ผลงานวิชาการได้มากขึ้น เข้าถึงสารสนเทศที่ต้องการ มีสารสนเทศที่เพียงพอต่อการศึกษา วิจัยเพิ่มมากขึ้น

การเข้าถึงนามานุกรมวารสารที่เปิดให้เข้าถึงได้อย่างเสรี หรือ Directory of Open Access Journal (DOAJ)

1. การเข้าถึง DOAJ สามารถเข้าใช้ผ่าน URL: https://doaj.org/ ซึ่งหน้าแรก หากต้องการสืบค้นสามารถค้นหาวารสารหรือบทความ ได้จากช่องทางหมายเลย 2 ซึ่งอาจพิมพ์เป็นคำสั้นก็ได้ และหากต้องการเพิ่มขอบเขตการสืบค้น ให้ใช้ช่องทางแบบ Advanced search หมายเลข 3



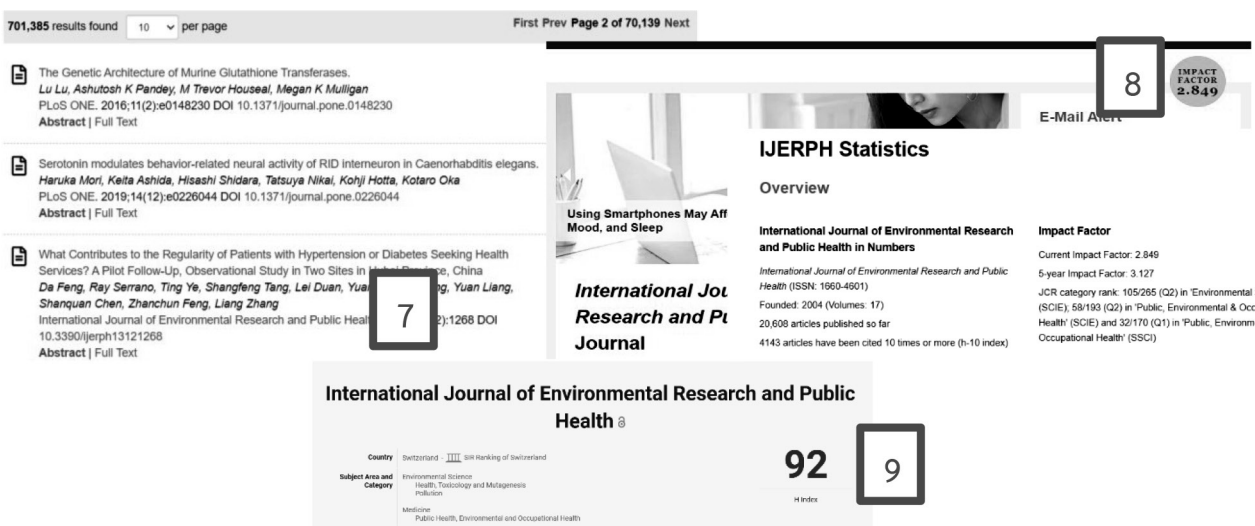
2. การแสดงผลการสืบค้น หากต้องการให้ผลการสืบค้นตรงกับความต้องการมากที่สุด สามารถเลือกขอบเขตการแสดงผลการสืบค้นได้ จากหมายเลข 4 และหากต้องการกำหนดการสืบค้นใหม่ สามารถกำหนดการค้นได้จากช่องหมายเลข 5



3. การสืบค้นจากหัวเรื่องหรือสาขา สามารถเลือกค้นได้จากหมายเลข 6 DOAJ จะแสดงหัวเรื่อง/สาขา ของวารสารในฐานข้อมูล ซึ่งถ้าเลือกสาขาใดสาขาหนึ่ง DOAJ ก็จะแสดงรายชื่อวารสารที่อยู่ในสาขานั้นทั้งหมด เช่นถ้าเลือกกลุ่ม Medicine ก็จะพบว่า มีบทความและวารสารในสาขา Medicine ถึง 701,308 รายการ



4. รายการแสดงผลการค้น หากต้องการพิจารณาค่าดัชนีชี้วัดคุณภาพของวารสาร สามารถลิงค์ที่ชื่อวารสารได้ หมายเลข 7 การแสดงผลค่า Impact Factor ของวารสาร หมายเลข 8 และตรวจสอบค่า H-index เพิ่มเติมได้จาก SJRScimago Journal & Country Rank หมายเลข 9



นามานุกรมวารสารที่เปิดให้เข้าถึงได้อย่างเสรี (DOAJ) เว็บไซต์ฐานข้อมูลดัชนีบทความที่รวบรวมวารสารที่มีคุณภาพของกลุ่มวารสารแบบเปิด การใช้งาน DOAJ เป็นมิตรต่อผู้ใช้งาน สามารถสืบค้นได้ผ่านช่องทางเดียว (Single search) และหากต้องการเพิ่มขอบเขตการค้น (Advanced Search) หรือหากต้องการสารสนเทศในกลุ่มสาขาวิชาก็สามารถใช้ช่องทางการเข้าถึงบทความวารสารในกลุ่มสาขาวิชา (Browse Subjects) ด้วยการเข้าถึงที่ง่าย และช่องการที่หลากหลายผู้ใช้งาน หรือคณาจารย์จะสามารถเข้าถึงบทความที่ตนต้องการได้รวดเร็ว อีกทั้งยังเห็นภาพรวมของจำนวนบทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร รายชื่อวารสารแบบเปิด และสามารถตรวจสอบค่าดัชนีชี้วัดคุณภาพได้โดยลิงค์เข้าไปหน้าไซต์ของวารสาร ซึ่งสามารถนำมาพิจารณาประกอบการส่งผลงานตีพิมพ์เผยแพร่ได้

บทสรุป

การเข้าถึงแบบเปิด (OA) เป็นแนวคิดที่เปิดให้ผู้ใช้เข้าถึงสารสนเทศอย่างเสรี การเผยแพร่ผลงาน

วิชาการในวารสารกลุ่มนี้ จะเพิ่มโอกาสให้ผลงานได้รับการอ้างถึง หรือถูกนำไปใช้มากขึ้น ซึ่งการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่มีคุณภาพบทความทั้งหมดของคณาจารย์จะถูกนับจำนวน เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับจำนวนการถูกอ้างถึง อันจะแสดงคุณภาพด้านต่างๆ ทั้งตัวของคณาจารย์ สถาบัน และวารสาร ดังนั้นการพิจารณาเรื่องคุณภาพวารสารแบบเปิดจึงเป็นเรื่องสำคัญที่คณาจารย์ต้องพิจารณาก่อนส่งผลงานวิชาการไปตีพิมพ์เผยแพร่ โดยผ่านทางการใช้ Directory of Open Access Journals (DOAJ) ซึ่งเป็นเว็บไซต์ฐานข้อมูลดัชนีบทความที่รวบรวมวารสารที่มีคุณภาพของกลุ่มวารสารแบบเปิด นอกจากจะเป็นช่องทางการเข้าถึงบทความแล้ว คณาจารย์สามารถเลือกพิจารณาวารสารที่ปรากฏใน DOAJ ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการได้ เนื่องจากวารสารที่ปรากฏใน DOAJ จะต้องผ่านเกณฑ์ข้อกำหนดความโปร่งใสและแนวปฏิบัติที่ดีในการเผยแพร่ผลงานวิชาการ (Principles of Transparency and Best Practice in Scholarly Publishing) นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาถึงขอบเขตเนื้อหาของวารสารต่อความสนใจของผู้อ่าน และการประเมินคุณภาพวารสารจากค่า Impact Factor ค่า H-index จำนวนบทความที่ตีพิมพ์ในแต่ละปี และการประเมินช่วงอายุเฉลี่ยของการใช้วารสารด้วย ดังนั้นนักวิชาการ คณาจารย์ ในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพควรทำความเข้าใจกับแนวคิดที่เปิดให้ผู้ใช้เข้าถึงสารสนเทศอย่างเสรี รูปแบบของ Open Access วารสารวิชาการในปัจจุบัน การพิจารณาขอบเขตและประเมินคุณภาพวารสาร และการใช้ประโยชน์จากการเข้าถึงข้อมูลวารสารวิชาการตามสิทธิ์ที่พึงได้ เพื่อให้นักวิชาการ คณาจารย์และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับวารสารวิชาการทางสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพได้นำแนวปฏิบัติของ DOAJ ในแต่ละองค์ประกอบไปตรวจสอบบริบทของวารสารก่อนการตัดสินใจเลือกวารสารเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการ

References

Antelman, K. (2004). Do open access articles have a greater research impact? *College & Research Libraries News, 65*(5), 372-382.

Albert, K. M. (2006). Open access: Implications for scholarly publishing and medical libraries. *Journal of the Medical Library Association, 94*(3), 253-262.

Directory of Open Access Repositories (DOAR). (2020). *About directory of open access journals.* Retrieved from http://www.doaj.org/

Directory of Open Access Journals (DOAJ). (2018). *Principles of transparency and best practice in scholarly publishing.* Retrieved from http://www.doaj.org/

Eysenbach, G. (2006). The open access advantage. *Journal of Medical Internet Research, 8*(2), e8. doi: 10.2196/jmir.8.2.e8

Eng, S. (2017). The library profession in the time of open access. *The Serials Librarian, 73*(3-4),215-225.

Nursing Journal. (2020). *About nursing journal.* (in Thai) Retrieved from https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/ethics

Powdwal, S. C. (2017). Open access initiatives: Reframing the role of Librarians. *Library Herald, 55*(4), 467-487.

Praditphum, S. (2018). The librarian's role in providing Thai scholarly journal services in open access era. *Journal of Library and Information Science Srinakharinwirot University, 11*(2), 196-211. (in Thai)

Sumriddetchkajorn, O. (2010). *Scientific information in the digital age: Access and dissemination.* (in Thai) Retrieved from https://www2.mtec.or.th/th/e-magazine/admin/upload/250_37-44.pdf

Thaotip, L. (2010). Libraries in open access era. *Journal of Library and Information Science Srinakharinwirot University. 3,* 136-142. (in Thai)

Thaotip, L. (2015). Open access publishing and health sciences researchers of Mahasarakham University. *Information, 22*(1), 11-18. (in Thai)

Wipawin, N. (2016). The proposed standard for the quality assurance of the research data management in institutional repositories for Thai universities. *TLA Research Journal, 9*(2), 22-39. (in Thai)

Wipawin, N. (2018). *Scholarly communication and open access.* Bangkok: Chulabook. (in Thai)

Wipawin, N. (2019). *Research issues related to open libraries.* (in Thai) Retrieved from https://km.li.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2019/04/namthip.pdf

Wittayawuttikul, R. (2012). *Warning for publication a research article in open access journal.* (in Thai) Retrieved from https://stang.sc.mahidol.ac.th/pdf/research/OpenAccess.pdf

Wongkaew, C. (2018). Thai scholarly journals and open access. *T.L.A. Bulletin, 62*(1), 68-84. (in Thai)