พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Nursing Journal CMU
ISSN 2821-9120 (Print)
ISSN 2821-9139 (Online)

ปีที่ 49 ฉบับที่ 1 มกราคม-มีนาคม 2565 • Nursing Journal CMU Volume 49 No.1 January-March 2022

ที่ปรึกษา (Consultants)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี แก้วธรรมานุกูล	คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Thanee Kaewthummanukul	Dean, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุฑารัตน์ มีสุขโข	รองคณบดีฝ่ายวิจัยนวัตกรรม และวิเทศสัมพันธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Assistant Professor Dr. Jutarat Mesukko	Associate Dean for Research, Innovation, and International Relations, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ	อดีตนายกสภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Wichit Srisuphan	Former President of Thailand Nursing and Midwifery Council
ศาสตราจารย์ ดร.ประนอม โอทกานนท์	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
Professor Dr. Pranom Othaganont	Thailand Nursing and Midwifery Council Expert
ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนุเจริญกุล	ผู้ทรงคุณวุฒิ สภาการพยาบาล
Professor Emeritus Dr. Somchit Hanucharurnkul	Thailand Nursing and Midwifery Council Expert

บรรณาธิการ (Editor)

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

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.วีระพร ศุทธากรณ์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Associate 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 มหาวิทยาลัยบูรพา
Professor Dr. Darawan Thapinta	Faculty of Nursing, Burapha 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	School of Nursing, The University of Alabama at Birmingham, USA
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN	University of Washington Seattle, USA
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA	Department of Nursing, National Taiwan University, Taiwan
Tonda Hughes, PhD, RN, FAAN	Columbia School of Nursing, Columbia University Irving Medical Center, USA
Shake Ketefian, EdD, RN, FAAN	WMU Bronson School of Nursing, USA
Mari Kondo, PhD	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 and Health Informatics, School of Nursing University of Washington, USA
Alan Pearson, PhD, RN, FRCNA, FCN, FAAG, FRCN	The Joanna Briggs Institute, School of Translational Health Science Faculty of Health Sciences, The University of Adelaide, Australia
Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN	School of Nursing, The University of North Carolina at Chapel Hill, USA
Josefina A. Tuazon, DrPH, RN, MF	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 Informatics, University of Washington Seattle, USA
Hu Yan, PhD, RN	School of Nursing, Fudan University, China

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ (Editorial Staff)

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
นายไพชยันต์ สุโอชมา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Phaichayan Suochama	Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวนิตยา มะโนคำ	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Nittaya Manokam	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

คำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำหรับผู้เขียนบทความวิจัยและบทความวิชาการ

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ดำเนินการโดยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการของพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้บทความที่ส่งมาต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างส่งไปตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่น เนื้อหา บทความ หรือข้อคิดเห็นใด ๆ ในวารสารนี้ ถือเป็นความคิดเห็นของผู้เขียนเท่านั้น ทางกองบรรณาธิการพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยเสมอไป วารสารเปิดรับบทความวิจัย บทความวิชาการ รายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ทางด้านพยาบาลศาสตร์และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ที่กองบรรณาธิการมีความเห็นว่าบทความมีคุณภาพเหมาะสมจะตีพิมพ์เผยแพร่

วัตถุประสงค์และขอบเขต

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัยและผลงานวิชาการของพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และผู้ที่สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ทั้งในประเทศและต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือทางด้านวิชาการ ระหว่างบุคลากรที่อยู่ในวงการวิชาชีพการพยาบาลทั้งในประเทศและต่างประเทศ

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

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

กำหนดการออกวารสารปีละ 4 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม-มีนาคม

ฉบับที่ 2 เดือนเมษายน-มิถุนายน

ฉบับที่ 3 เดือนกรกฎาคม-กันยายน

ฉบับที่ 4 เดือนตุลาคม-ธันวาคม

พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รับตีพิมพ์บทความภาษาอังกฤษ และบทความภาษาไทย จำนวนบทความที่ตีพิมพ์ประมาณ 30 เรื่องต่อฉบับ

กระบวนการพิจารณาประเมินบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review Process)

บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ

การดำเนินการพิจารณาประเมินบทความทั้งหมด จะดำเนินการผ่านทางระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

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

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อย

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจสอบเนื้อหาของบทความ รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการอ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกบทความ (Plagiarism) ความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของวารสาร รวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาเห็นสมควรรับบทความเพื่อตีพิมพ์ จะดำเนินการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องตรวจสอบคุณภาพของบทความ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบเช่นกัน

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission)

กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอนการปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสารก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require)

กองบรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียน เพื่อเป็นแนวทางในการแก้ไขบทความ ทั้งนี้ขอให้ผู้เขียนจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไข ตามแบบฟอร์มตารางแสดงการแก้ไข โดยระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1, 2 และ 3 ในทุกหัวข้อ และส่งกลับมายังกองบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์ โดยรายละเอียดการแก้ไขบทความมีดังต่อไปนี้

5.2.1 ให้ปรับปรุงแก้ไขเพียงเล็กน้อย (Minor Revision)

เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังบรรณาธิการ เพื่อตรวจสอบผลการแก้ไข

5.2.2 ให้ปรับปรุงแก้ไขในประเด็นสำคัญค่อนข้างมาก (Major Revision)

เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืนมายังกองบรรณาธิการ เพื่อจะได้ส่งบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการแก้ไขในรอบที่ 2 (round 2) ซึ่งหากยังต้องมีการแก้ไขอีก กองบรรณาธิการจะดำเนินการส่งกลับไปยังผู้เขียนเพื่อแก้ไข หลังจากนั้น จะตรวจสอบผลการแก้ไขจนกว่าบทความมีคุณภาพที่จะตีพิมพ์เผยแพร่ได้

5.3 กรณีมีความเห็นให้ปฏิเสธการรับตีพิมพ์ (Decline Submission)

กองบรรณาธิการ จะแจ้งผลดังกล่าวให้ผู้เขียนบทความรับทราบ พร้อมทั้งเหตุผลของการปฏิเสธโดยผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO

เมื่อกองบรรณาธิการส่งผลการประเมินบทความของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน พร้อมกับแบบฟอร์มตารางสรุปผลการแก้ไขให้กับผู้เขียนแล้ว ขอให้ผู้เขียนแก้ไขบทความ รวมทั้งจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไขตามหัวข้อประเมิน ส่งมายังกองบรรณาธิการ

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทางคุณวุฒิ

หัวข้อประเมิน	**คำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ**	**การแก้ไข/คำชี้แจง**
ชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความครอบคลุมของบทคัดย่อและ Abstract	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของวัตถุประสงค์การวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
ความชัดเจนและความกระชับของคำถามการวิจัย	ผู้ทรงคุณวุฒิ 1: ผู้ทรงคุณวุฒิ 2: ผู้ทรงคุณวุฒิ 3:	
...	...	
...	...	
...	...	
...	...	
...	...	

จริยธรรมในการเผยแพร่ผลงาน (Publication Ethics)

บทบาทหน้าที่ของผู้เขียน (Duties of Authors)

1. บทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และจะต้องแน่ใจว่าผลงานดังกล่าวไม่ได้ทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น

2. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในเนื้อหา ต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ

3. ตรวจสอบการเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบข้อกำหนดของวารสาร ดังคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

4. รายนามของผู้วิจัยทั้งหมดที่ปรากฏในบทความวิจัย ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย

5. หากผลงานวิจัยมีการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจะต้องแนบหนังสือรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”

6. บทความต้องไม่ถูกส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่พร้อมกันกับส่งที่วารสารอื่น

บทบาทหน้าที่ของผู้ทรงคุณวุฒิประเมินบทความ (Duties of Reviewer)

1. ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of Interest) และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียน โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการโดยปราศจากอคติ หรือความคิดเห็นส่วนตัว

2. ไม่แสวงหาผลประโยชน์ จากบทความที่ตนเองได้รับมอบหมายให้ทำการประเมิน

3. หากพิจารณาตรวจสอบแล้วพบว่าบทความที่รับมอบหมายให้ประเมินนั้น เป็นบทความที่เคยได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำผลงานของบุคคลอื่น ผู้ทรงคุณวุฒิต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบทันทีเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนการเผยแพร่

4. รักษาระยะเวลาการประเมินตามกรอบเวลาที่กำหนด

5. ไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับรู้

บทบาทหน้าที่ของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

1. พิจารณาคุณภาพของบทความให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของวารสาร

2. ตรวจสอบคุณภาพบทความในทุกกระบวนการประเมินก่อนการตีพิมพ์เผยแพร่

3. ไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้วิจัยหรือผู้ทรงคุณวุฒิ และไม่นำบทความหรือผลงานทางวิชาการไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง

4. ไม่แก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความที่ผู้วิจัยได้ส่งมายังวารสาร และผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ

5. หากตรวจพบว่าบทความที่ส่งตีพิมพ์ได้รับการเผยแพร่มาก่อน และทำการคัดลอก หรือทำซ้ำ บรรณาธิการมีสิทธิ์ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความนั้นๆ

การจัดเตรียมต้นฉบับ

ผู้เขียนที่มีความประสงค์จะตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิจัย หรือบทความวิชาการในพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กองบรรณาธิการขอความร่วมมือให้ผู้เขียนดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. สมัครเป็นสมาชิกของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผ่านระบบวารสารออนไลน์ของระบบ ThaiJO โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย

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

3. การใช้ภาษาไทยให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน โดยใช้ภาษาไทยเป็นหลัก และใช้ภาษาอังกฤษในกรณีที่ไม่มีคำสะกดในภาษาไทย การแปลศัพท์อังกฤษเป็นไทย หรือการเขียนทับศัพท์ให้ยึดตามหลักราชบัณฑิตยสถาน สำหรับการใช้อักษรย่อต้องเขียนคำเต็มไว้ในการเขียนครั้งแรก และไม่ใช้คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน

ส่วนที่ 1 หน้าแรกของบทความวิจัยและบทความวิชาการ

ชื่อเรื่อง (Title) ต้องระบุทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ไว้หน้าแรกตรงกลาง ความยาวไม่เกิน 120 ตัวอักษร สำหรับชื่อเรื่องภาษาอังกฤษพิมพ์พยัญชนะตัวแรกของทุกคำโดยใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่ ยกเว้นคำเชื่อม ตัวอย่างเช่น Components of Innovative Work Behavior Among First-line Nurse Managers in Private Hospitals and Government Hospitals

ชื่อผู้เขียน (Author Name) ต้องระบุชื่อผู้เขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใส่ยศหรือตำแหน่งวิชาการ ในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคน สำหรับ e-mail ระบุเฉพาะผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding Author) นอกจากนี้ให้ใส่เครื่องหมายดอกจันทร์ (*) ต่อส่วนท้ายนามสกุลผู้เขียน และต่อท้ายชื่อเรื่องในกรณีเป็นวิทยานิพนธ์ของนักศึกษา

วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาให้ระบุชื่อหลักสูตร รวมทั้งสาขาวิชา ทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ตัวอย่างเช่น

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

* Master’s thesis, Master of Nursing Science Program in Midwifery, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

บทคัดย่อ (Abstract) เขียนแยกภาษาไทย และภาษาอังกฤษ โดยบทคัดย่อภาษาไทยไม่ควรเกิน 300 คำ และบทคัดย่อภาษาอังกฤษไม่ควรเกิน 250 คำ การใช้ภาษาให้เหมาะสมเป็นประโยคสมบูรณ์ และสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ

บทความวิจัย เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ ความสำคัญ รูปแบบการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย (กลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือการวิจัย การวิเคราะห์ข้อมูล) ผลการวิจัย และประโยชน์ของงานวิจัย

บทความวิชาการ เขียนบทคัดย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของการเขียนบทความ และบทสรุป

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงบทความ ควรเป็นคำที่สั้น กระทัดรัด ได้ใจความ และมีความหมาย ระบุทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

ส่วนที่ 2 ส่วนเนื้อหาของบทความ

บทความวิจัย

- ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา
- วัตถุประสงค์การวิจัย
- คำถามการวิจัย หรือสมมติฐานการวิจัย
- กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย
- วิธีดำเนินการวิจัย
  - ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
  - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
  - การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
  - การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - การวิเคราะห์ข้อมูล
- ผลการวิจัย
- การอภิปรายผล
- ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

บทความวิชาการ

- บทนำ (Introduction)
- เนื้อหา
- บทสรุป (Conclusions)

ส่วนที่ 3 การอ้างอิงและเอกสารอ้างอิง (Cite and References)

1. การอ้างอิงใช้ตามรูปแบบของ American Psychological Association ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 (6^{th} ed.) โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงในเอกสารอ้างอิงท้ายบท
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ หรือตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือปรัชญา
3. รายการอ้างอิงที่เป็นภาษาไทยให้ปรับเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ แล้วให้ระบุคำว่า (in Thai) ไว้ท้ายรายการ
4. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 30 รายการ

5. ผู้เขียนมีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารอ้างอิงตามรูปแบบของ American Psychological Association ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 6 อย่างเคร่งครัด

การเขียนอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation)

การเขียนอ้างอิงชื่อบุคคลในเนื้อหา ในกรณีที่เป็นคนไทยให้ระบุชื่อ ตามด้วยนามสกุล เป็นภาษาไทยไว้นอกวงเล็บ และภายในวงเล็บให้ระบุเฉพาะนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น กรรณิการ์ กันธะรักษา (Kantaruksa, 2022) หากผู้ถูกอ้างอิงเป็นชาวต่างประเทศให้ระบุเฉพาะนามสกุล เช่น แบนดูรา (Bandura, 1977) เป็นต้น

การเขียนอ้างอิงท้ายบท (Reference list)

1. การเรียงลำดับเอกสารอ้างอิง ให้เรียงนามสกุลของผู้เขียนตามลำดับพยัญชนะ A ถึง Z
2. กรณีผู้เขียนคนแรกเป็นคนเดียวกันและมีผลงานหลายเรื่อง ให้เรียงลำดับผลงานตามลำดับปีที่พิมพ์ โดยเริ่มจากปีที่พิมพ์ก่อน
3. เรียงลำดับผลงานที่มีผู้เขียนคนเดียวก่อนผลงานที่มีผู้เขียนร่วมถึงแม้จะพิมพ์ก่อนโดยเรียงลำดับตามอักษรของนามสกุล
4. กรณีมีผู้เขียนหลายคน ให้เรียงลำดับตามอักษรของนามสกุลผู้เขียนคนแรกและคนต่อ ๆ ไปตามลำดับ
5. การอ้างอิงผู้เขียนคนเดียวกัน หรือหลายคนที่มีผลงานหลายเรื่องในปีเดียวกัน ให้เรียงลำดับตามอักษรของชื่อเรื่อง (ไม่รวมคำว่า A หรือ The) โดยใช้อักษร a, b, c ตามลำดับปีที่พิมพ์

ตัวอย่างรูปแบบการเขียนอ้างอิงท้ายบทจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ มีดังนี้

1. การเขียนอ้างอิงจากวารสาร

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารเชิงวิชาการที่เป็นรูปเล่ม

Krikitrat, P., & Sriarporn, P. (2022). Encouraging fathers to support breastfeeding: The role of nurse-midwife. *Nursing Journal CMU, 49*(1), 329-339. (in Thai)

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ระบุหมายเลขรหัส doi

Robinson, P. (2021). Long COVID and breathlessness: An overview. *British Journal of Community Nursing, 26*(9), 438-443. doi:10.12968/bjcn.2021.26.9.438

ตัวอย่างการอ้างอิงวารสารวิชาการออนไลน์ที่ไม่ได้ระบุหมายเลขรหัส doi

World Health Organization. (2022). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. Retrieved from https://covid19.who.int/

ตัวอย่างการอ้างอิงในกรณีที่มีผู้เขียนมากกว่า 7 คน (ให้ระบุผู้เขียนคนที่ 1-6 ทุกคน หลังจากนั้นให้ใส่สัญลักษณ์จุด ... สามจุด โดยเว้นระยะ 1 ช่วงตัวอักษรในตำแหน่งหน้าจุดและหลังจุด และปิดท้ายด้วยชื่อผู้เขียนคนสุดท้าย)

Clarke, N., Dunne, S., Coffey, L., Sharp, L., Desmond, D., O'Conner, J., ... Gallagher, P. (2021). Health literacy impacts self-management, quality of life and fear of recurrence in head and neck cancer survivors. *Journal of Cancer Survivorship*, *15*(6), 855-865.

2. การเขียนอ้างอิงจากหนังสือ ตำรา

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม

Murdaugh, C. L., Pender, N. J., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). New York: Pearson.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Cunningham, F., Leveno, K. J., Dashe, J. S., Hoffman, B. L., Spong, C. Y., & Casey, B. M. (Eds.). (2022). *Williams Obstetrics* (26th ed.). New York: McGraw Hill.

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงบทในหนังสือที่มีบรรณาธิการ

Suwonnaroop, N., Piyopasakul, W., & Panitrat., R. (2016). Thailand: Nursing theory and theory-based education, practice, and research. In J. J. Fitzpatrick & A. L. Whall (Eds.), *Conceptual models of nursing: Global perspectives* (5th ed., pp. 198-212). London: Pearson Education.

3. การเขียนอ้างอิงจากวิทยานิพนธ์

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ได้จากเว็บไซด์

Axford, J. C. (2007). *What constitutes success in Pacific Island community conserved areas?* (Doctoral dissertation, University of Queensland, Brisbane, Australia). Retrieved from http://espace.library.uq.edu.au/view/UQ:158747

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ไม่ได้รับการตีพิมพ์

Knight, A. (2001). *Exercise and osteoarthritis of the knee* (Unpublished master's thesis). Auckland University of Technology, Auckland, New Zealand.

การส่งบทความต้นฉบับ

1. ผู้เขียนต้องลงทะเบียน (Register) เป็นสมาชิกของระบบ ThaiJo หรือหากเป็นสมาชิกของระบบThaiJo แล้วสามารถ log in เข้าสู่ระบบได้ และปฏิบัติตามคู่มือการใช้งานระบบ เพื่อดำเนินการส่งบทความผ่านเว็บไซต์พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามขั้นตอน โดยสามารถศึกษาข้อมูลคำแนะนำการใช้งานระบบวารสารของผู้เขียนของระบบ ThaiJo ได้

2. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอนำส่งบทความ ผ่านทางหน้าเว็ปไซต์ระบบ ThaiJo ของพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ URL: https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing โดยกรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางหน้าเว็ปไซต์ระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

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

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Nutritional Status and Fatigue of Patients with Cirrhosis in Tertiary Hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China **1**
ภาวะโภชนาการและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคตับแข็งในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน

ไคยู	ฮู	Kaiyu	Hu
ชมพูนุท	ศรีรัตน์	Chomphoonut	Srirat
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช	Chiraporn	Tachaudomdach

Mental Adjustment and Quality of Life in Breast Cancer Patients Receiving Operations and Chemotherapy, the Socialist Republic of Vietnam **13**
การปรับตัวทางจิตและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและเคมีบำบัด สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

หวง ธิ	เหงียน	Huong Thi	Nguyen
ชมพูนุท	ศรีรัตน์	Chomphoonut	Srirat
จินดารัตน์	ชัยอาจ	Jindarat	Chaiard

Components of Innovative Work Behavior Among First-line Nurse Managers in Private Hospitals and Government Hospitals **25**
องค์ประกอบของพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ

เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย	Phechnoy	Singchungchai
วรรณดี	สุทธิศักดิ์	Wandee	Sutthisak
บุปผา	กิจสหวงศ์	Bubpha	Kitsahawong
เกษราวัลณ์	นิลวรางกูล	Kessarawan	Nilvarangul

Emotional Intelligence and Job Performance of Nurses in Tertiary Hospitals of Xishuangbanna City, the People's Republic of China **38**
ความฉลาดทางอารมณ์และการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ของเมืองสิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

ซิงค์	กัว	Xing	Guo
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Perceived Organizational Support and Proactive Work Behavior of Temporary Nurses in Tertiary Hospitals in Xishuangbanna City, the People's Republic of China **48**
การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกของพยาบาลลูกจ้างชั่วคราว ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของเมืองสิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน

หง	จาง	Hong	Zhang
ฐิติณัฏฐ์	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt
กุลวดี	อภิชาตบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra

Perceived Head Nurses' Servant Leadership and Knowledge Sharing Behavior of Nurses in Kunming Medical University Hospitals, the People's Republic of China **61**
ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน

ฟาง	มา	Fang	Ma
วิภาดา	คุณาวิกติกุล	Wipada	Kunaviktiku
กุลวดี	อภิชาตบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra

Organizational Support and Thriving at Work as Perceived by Nurses in the Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China **74**
การสนับสนุนจากองค์การและความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน

มิน	หยู	Min	You
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee
ฐิติณัฏฐ์	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt

Head Nurses' Authentic Leadership and Group Cohesion as Perceived by Nurses in Tertiary Hospitals in Yunnan Province, China **86**
ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าพยาบาลและความเหนียวแน่นในกลุ่มตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน

เฉาหนาน	เซิ้ง	Chaonan	Zeng
วิภาดา	คุณาวิกติกุล	Wipada	Kunaviktikul
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

Factors Related to Workplace Violence Towards Nurses in University Hospitals, The People's Republic of China **99**
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สาธารณรัฐประชาชนจีน

หวู ไห่	หยวน	Wu Hai	Yun
ฐิติณัฏฐ์	อัคคะเดชอนันต์	Thitinut	Akkadechanunt
อรอนงค์	วิชัยคำ	Orn-anong	Wichaikhum

แผนงานการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยให้เป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ **110**
Administrative Plan for Thailand to be A Quality Wellness Tourism Destination

วิภาดา	คุณาวิกติกุล	Wipada	Kunaviktikul
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul
กุลวดี	อภิชาติบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra
อรอนงค์	วิชัยคำ	Orn-Anong	Wichaikhum
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์	Apiradee	Nantsupawat
สิริลักษณ์	วรรธนะพงษ์	Siriluck	Vadtanapong
วิไลพรรณ	ใจวิไล	Wilaipan	Jaiwilai

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ **126**
Factors Related to Intention of Near Miss Reporting of Nurses, Northern Regional Hospitals

ขจรวิชญา	ประภาเลิศ	KhajornwithayaPrapalert	
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล	Petsunee	Thungjaroenkul
กุลวดี	อภิชาตบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra

การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก **138**
Development of a Registered Nurse Competency Framework, Emergency Department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital

วิปัศยา	คุ้มสุพรรณ	Wipatsaya	Koomsuphan
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี	Bunpitcha	Chitpakdee
กุลวดี	อภิชาตบุตร	Kulwadee	Abhicharttibutra

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรม **148**
การดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์
Effect of a Breast Self-examination Promotion Program on Breast Self-examination
Skills and Breast Self-care Behavior Among Risk Groups
in Lomsak District, Phetchabun Province

ศรัญญา	งามนิมิตร	Saranya	Ngamnimit
ชุลีกร	ด่านยุทธศิลป์	Chuleekorn	Danyuthasilpe
อนามัย	นาอุดม	Anamai	Na-udom

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน **160**
ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
The Development of Community Strengthening Model to Prevent Road Traffic
Accidents in Ban Ped Sub-district, Mueang District, Khon Kaen Province

ปิยนุช	ภิญโย	Piyanuch	Phinyo
กิตติภูมิ	ภิญโย	Kittiphoom	Phinyo
กล้วยไม้	ธิพรพรรณ	Klauymai	Thipornphan
ประภัสศรี	ชาวงษ์	Prapatsri	Shawong

ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน **175**
Knowledge and Practices for Influenza Prevention Among Elderly
in Communities

พิชามญชุ์	หาญเจริญกิจ	Pichamon	Harncharoenkit
สุมาลี	เลิศมัลลิกาพร	Sumalee	Lirtmunlikaporn
วิลาวัณย์	เตือนราษฎร์	Wilawan	Tuanrat

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง **186**
Mental Health Literacy and Psychological Well-being Among Dependent Elders

ภาคิน	บุญพิชาชาญ	Pakin	Boonpichachan
ศิริรัตน์	ปานอุทัย	Sirirat	Panuthai
เดชา	ทำดี	Decha	Tamdee

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย **200**
Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 Among Older Persons at Risk for Dementia in a Rural Community in Chiang Rai Province

กรรณิกา	อุ่นอ้าย	Kannika	Unai
พนิดา	ชัยวัง	Panida	Chaiwang
พรภิมล	กรกกฎกำจร	Bhonpimon	Korakodkamchon
ดวงใจ	ปันเจริญ	Duangjai	Panjarean

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม **213**
Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Metabolic Syndrome

รำไพพรรณ	หน้อยบุญตัน	Rumpaipun	Noiboontun
ศิริรัตน์	ปานอุทัย	Sirirat	Panuthai
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์	Nattaya	Suwankruhasn

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม **225**
The Effects of a Social Support Program on Adherence to Hypertension Control Behaviors and Clinical Outcomes Among Chronic Kidney Disease Patients Receiving Hemodialysis

อัจฉรา	ขันธสนธิ์	Autchara	Khantason
บวรลักษณ์	ทองทวี	Borwarnluck	Thongthawee
ศศิพิมพ์	ไพโรจน์กิจตระกูล	Sasipim	Pairojkittraku

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ **238**
Factors Related to Paclitaxel Hypersensitivity Among Lung Cancer Patients Receiving Chemotherapy at Outpatient Chemotherapy Unit 1 Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

กำจัด	ปวนไฝ	Kamjad	Puanfai
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์	Nattaya	Suwankruhasn
ขวัญฟ้า	ตันติวุฒิ	Khwanfa	Tantiwut

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

รูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ **252**

Resistance of Arm Exercise Patterns on Maturation of Vascular Accesses Among Persons Receiving Hemodialysis: A Systematic Review

ดุษฎี ก้อนอาทร Dussadee Konartorn
พรรณี ไชยวงค์ Punnee Chaiwong

ผลของการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการต่อความคับข้องใจ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ **266**

The Effects of the Use of a Needs Communication Assistance Application on Frustration and Anxiety Among Intubation Patients

ณัฐพล ชัยหาญ Nattapol Chaihan
ศิริลักษณ์ กิจศรีไพศาล Sirilak Kitsripisarn
ภัทริน ภิรมย์พานิช Pattarin Pirompanich

ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน **279**

Symptom Experiences and Abdominal Pain Management in Post Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Patients

สายฝน ไทยประดิษฐ์ Saifon Thaipradit
อุมา จันทวิเศษ Uma Juntawises
กัลยา จรินทรานนท์ Kallaya Charintranont

ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก **290**

Transition Experience of Liver Cancer and Cholangiocarcinoma Patients after Receiving First Invasive Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage

ขนิษฐา รัตนกัลยา Kanittha Rattanakanlaya
นัทธมน วุทธานนท์ Nuttamon Vuttanon
ลลิดา นพคุณ Lalida Noppakun
วันทนีย์ แสงวัฒนะรัตน์ Wantanee Sangwattanarat
นงนุช บุญอยู่ Nongnuch Boonyu

สารบัญ

บทความวิจัย **หน้า**

การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ **302**

Development of Discharge Planning Guidelines for Pediatric Patients with Cancer Receiving Chemotherapy, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

ยสวันต์ รอดอารีย์ Yotsawan Rodaree
วรรณิตา สอนกองแดง Wannita Sonkongdang
อสมา อรุณฤทธิเดชา Asama Arunritthidecha
พรรณี เร่งรัด Pannee Rengrad
ทัตตา วงค์คม Sutadta Wongkom
ลลิตา สาธิตสมิตพงษ์ Lalita Sathitsamitphong

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ **317**

Factors Related to Self-management Behaviors Among Pregnant Women at Risk of Gestational Diabetes Mellitus

กฤษณา ปิงวงศ์ Kridsana Pingwong
กัญญาณัฐ สิทธิภา Kunyanut Sittipa

สารบัญ

บทความวิชาการ **หน้า**

การส่งเสริมบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ **329**
Encouraging Fathers to Support Breastfeeding: The Role of Nurse-Midwife
ปรียกมล ไกรกิจราษฎร์ Preeyakamon Krikitrat
พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ Punpilai Sriarporn

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **340**
ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง
The Roles of Nurse Practitioners in Health Promotion and Prevention for the Coronavirus Disease 2019 in Elderly Groups and Groups with Underlying Chronic Disease
นวพร วุฒิธรรม Nawapron Wutthitham
พิมพ์นิภา ศรีนพคุณ Pimnipa Srinopkhun
สุภาพร เชยชิด Supaporn Chaychit

การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคฝีในตับที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง **353**
Nursing and Caring for a Patient with a Liver Abscess and Percutaneous Drainage of a Liver Abscess
พูลทรัพย์ สุเทวี Poonsap Sutewee
จิตรานันต์ กงวงษ์ Jittranun Kongwong

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิต **364**
และป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต
Psychiatric Nurses' Roles in Using Digital Technology in Mental Health Promotion and Psychiatric Illness Prevention
สรัญญา วรรณชัยกุล Saranya Wannachaiyakul

สารจากบรรณาธิการ

พยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับนี้เป็นฉบับที่ ๑ (มกราคม-มีนาคม) ของการก้าวเข้าสู่ปีที่ ๔๙ ในการทำหน้าที่เผยแพร่ ผลงานวิจัย และผลงานวิชาการของพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการนักวิจัย นักศึกษา และผู้สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ ตลอดจนเป็นแหล่งค้นคว้าความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์ และศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ

วารสารฉบับนี้ได้นำเสนอบทความรวมทั้งสิ้น ๓๐ เรื่อง เป็นบทความวิจัยภาษาอังกฤษจำนวน ๙ เรื่อง เช่น Mental Adjustment and Quality of Life in Breast Cancer Patients Receiving Operations and Chemotherapy, the Socialist Republic of Vietnam สำหรับบทความวิจัยภาษาไทย เป็นบทความทางด้านการพยาบาลผู้ ใหญ่ จำนวน ๖ เรื่อง เช่น ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก บทความด้านการบริหารทางการพยาบาล จำนวน ๓ เรื่อง เช่น การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกบทความด้านการพยาบาลชุมชน จำนวน ๓ เรื่อง เช่น ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน บทความด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน ๓ เรื่อง เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง บทความด้านการพยาบาลเด็ก จำนวน ๑ เรื่อง ได้แก่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และบทความด้านการพยาบาลมารดา-ทารกและการผดุงครรภ์ จำนวน ๑ เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สำหรับบทความทางวิชาการในฉบับนี้มีจำนวน ๔ เรื่อง เช่น การส่งเสริมบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ผู้สนใจสามารถ download บทความได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

ในโอกาสเริ่มต้นปี พุทธศักราช ๒๕๖๕ กองบรรณาธิการ พยาบาลสาร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขออาราธนาคุณพระศรีรัตนตรัยจงดลบันดาลให้ ทุกท่านพบแต่ความสุข มีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถสร้างผลงานทางวิชาการที่มีคุณภาพต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา
บรรณาธิการ

Nutritional Status and Fatigue of Patients with Cirrhosis in Tertiary Hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China*

ภาวะโภชนาการและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคตับแข็ง ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ไคยู	ฮู **	Kaiyu	Hu **
ชมพูนุท	ศรีรัตน์ ***	Chomphoonut	Srirat ***
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช ****	Chiraporn	Tachaudomdach ****

Abstract

Nutritional status is one of the major concerns in patients with cirrhosis, which is likely to influence their perception of fatigue. This descriptive-comparative study aimed to examine the nutritional status and fatigue, and the difference of fatigue within different levels of nutritional status among patients with cirrhosis. Purposive sampling was used to select 133 participants from two tertiary hospitals in Yunnan province, the People's Republic of China. The research instruments included the Demographic Data form, Serum albumin concentration and the Fatigue Impact Scale (FIS). Data were analyzed by using descriptive statistics, the Kruskal-Wallis H test and the Mann-Whitney U for Post Hoc test.

The results of this study showed that:

1. The total mean concentration of serum albumin in participants was 32.71 g/L (SD = 7.01) with a range of 17.30 to 51.20.

2. The mean of the total FIS score was 33.00 (SD = 19.04) with a range of 5 to 123.

3. There were four pairs of different levels of nutritional status which showed a significant difference in fatigue: normal nutrition and moderate malnutrition ($p < .01$), normal nutrition and serious malnutrition ($p < .01$), mild malnutrition and moderate malnutrition ($p < .01$) and mild malnutrition and serious malnutrition ($p < .01$).

The results of this study could be useful for clinical nurses to be aware of fatigue symptoms among patients with cirrhosis by considering serum albumin concentration levels. Also, they may be useful in developing effective fatigue management programs and improving nutritional status.

Keywords: Nutritional status, Fatigue, Cirrhosis

* 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: 1264582417@qq.com

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

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

Received 8 November 2021; Revised 6 December2021; Accepted 10 December 2021

บทคัดย่อ

ภาวะโภชนาการเป็นปัญหาสำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยโรคตับแข็งซึ่งมีแนวโน้มที่จะส่งผลต่อความเหนื่อยล้า การศึกษาเชิงพรรณานาเปรียบเทียบครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและความเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคตับแข็ง และความแตกต่างของความเหนื่อยล้าในระดับภาวะโภชนาการที่แตกต่างกัน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงเพื่อเลือกผู้ป่วยโรคตับแข็งจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิสองแห่ง ในมณฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 133 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคล ความเข้มข้นของอัลบูมินในเลือด และแบบวัดความเหนื่อยล้า (the Fatigue Impact Scale) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การทดสอบของครัสคาลและวัลลิส และแมนท์วิทนีย์ ยู สำหรับทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า

1. ค่าเฉลี่ยของความเข้มข้นของอัลบูมินในเลือดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 32.71 กรัม/ ลิตร (SD = 7.01) พิสัย 17.30 ถึง 51.20

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเหนื่อยล้าของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 33.00 (SD = 19.04) พิสัย 5 ถึง 123

3. ความเหนื่อยล้ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มที่มีระดับภาวะโภชนาการต่างกันสี่กลุ่ม ได้แก่ ภาวะโภชนาการปกติและภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ($p < .01$) ภาวะโภชนาการปกติและภาวะทุพโภชนาการรุนแรง ($p = .01$) ภาวะทุพโภชนาการเล็กน้อยและภาวะทุพโภชนาการปานกลาง ($p < .01$) และ ภาวะทุพโภชนาการเล็กน้อยและภาวะทุพโภชนาการรุนแรง ($p < .01$)

ผลการศึกษานี้จะเป็นประโยชน์สำหรับพยาบาลในคลินิกในการตระหนักถึงอาการเหนื่อยล้าของผู้ป่วยโรคตับแข็งโดยพิจารณาจากระดับความเข้มข้นของอัลบูมิน และยังอาจพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเหนื่อยล้าที่มีประสิทธิภาพและแก้ไขภาวะโภชนาการ

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ ความเหนื่อยล้า โรคตับแข็ง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: 1264582417@qq.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 8 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 6 ธันวาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 10 ธันวาคม 2564

Background and Significance

Cirrhosis is advanced chronic liver disease, which is defined by irreversible chronic injury of the liver, and diffuse fibrosis associated with nodular liver regeneration (Di Pascoli et al., 2017). The prevalence of cirrhosis worldwide is estimated to be at around 1% of the population (Di Pascoli et al., 2017). China bears the greatest number of cirrhosis cases, with up to 7 million cases (about 0.5% of the total Chinese population) (Xiao et al., 2019). Each year, the exact number of cirrhosis cases admitted in Tertiary Hospitals, Yunnan Province, is unknown. However, most patients with cirrhosis tend to seek medical help from tertiary hospitals because the proportion of superior resources is relatively low in primary-level medical and health institutions (Liang, Huang & Zhang 2020).

Cirrhosis trajectories include two stages: compensated cirrhosis is often asymptomatic, while decompensated cirrhosis mainly presents portal hypertension and decreased liver function (Chinese Society of Hepatology, 2020). Nutritional status relating to cirrhosis is an important factor affecting patients' health-related quality of life (Rojas-Loureiro, Servín-Caamaño, Pérez-Reyes, Servín-Abad, & Higuera-de la Tijera, 2017), which is associated with incidences of complications such as ascites, hepatic encephalopathy, and infections (Chinese Society of Hepatology, 2020). Serum albumin is a common tool used to measure nutritional status with its reflection for the severity and prognosis of disease, and can help categorize the level of nutritional status (Łapiński & Łapińska, 2019). Its disadvantage of being affected by water retention can be mini - mized by excluding participants who develop ascites.

Due to complications of cirrhosis, patients with cirrhosis suffer a variety of symptoms, such as fatigue, abdominal distension, pain, drowsiness, loss of weight, loss of appetite, poor sleep, feelings of sadness, dry mouth and anxiety (Bao, Wang, Lei, & Liu, 2014). Among the many symptoms in patients with cirrhosis, fatigue is considered as the most common and prominent. Bao et al., (2014) reported that fatigue ranked first in incidence, frequency, and severity among all the symptoms reported by patients with cirrhosis. Elderly patients with cirrhosis may be prone to fatigue more easily. Ekerfors et al. (2019) found that an age > 65 is one of the significant variables to predict fatigue in patients with cirrhosis.

The cause of fatigue in cirrhosis is believed to be related to conditions such as metabolic abnormality, inflammation, and peripheral and central nerve interaction (Gerber, Weinstein, Mehta, & Younossi, 2019; Louati & Berenbaum, 2015; Swain & Jones, 2019). Therefore, alteration in nutritional status is likely to affect perception of fatigue. Abnormalities of metabolism often lead to a lack of energy because nutritional status features such as insufficient glycogen, hyper-metabolism, and poor nutritional intake often occur in patients with cirrhosis (Chinese Society of Hepatology, 2020). Negative energy balance, abnormal protein synthesis, and muscle depletion can lead to skeletal muscle loss, weakness, and decreased physical performance (Ekerfors et al., 2019), thus also leading to immune dysfunction, and increasing the risk for infection and inflammation, which in turn contributes to fatigue (Louati & Berenbaum, 2015). Moreover, nutritional status is implicated in neurological complications, and even contributes to developing hepatic encephalopathy, leading to physical, cognitive and emotional impairments (Pérez-Reyes et al., 2016). If patients have a satisfactory nutritional

status, they may have more chances to relieve their fatigue because improved nutritional status of patients with cirrhosis helps to protect patients against complications, inflammation and hepatic encephalopathy (Pérez-Reyes et al., 2016).

However, there was no information about the fatigue of patients with cirrhosis in China, and it remained unknown whether there was any difference in fatigue among different levels of nutritional status in patients with cirrhosis. In this study, we analyzed the level of nutritional status and fatigue, and also explored the differences in fatigue within different levels of nutritional status among patients with cirrhosis. The results of this study provided fundamental knowledge about nutritional status and fatigue in patients with cirrhosis. The gained knowledge serves to benefit the detection, prevention, and management of nutritional status and fatigue among patients with cirrhosis, in nursing practice.

Objectives

1. To identify the nutritional status and fatigue in patients with cirrhosis admitted to tertiary hospitals in Yunnan province, the People's Republic of China.

2. To examine the differences in fatigue among differing nutritional status levels among patients with cirrhosis admitted to tertiary hospitals in Yunnan province, the People's Republic of China.

Research Questions

1. What is the nutritional status and fatigue of patients with cirrhosis admitted to tertiary hospitals in Yunnan province, the People's Republic of China?

2. Is there a significant difference in fatigue experienced, among differing levels of nutritional status, in patients with cirrhosis admitted to tertiary hospitals in Yunnan province, the People's Republic of China?

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was derived from the literature review. Nutritional status, being a result of the interaction of food intake, absorption and utilization of nutrients (Bedogni, Battistini, Severi, & Borghi, 1996) will affect fatigue via alteration of metabolism, change muscle performance, and increase or decrease risk of complications, considering fatigue may be caused by metabolic abnormality, inflammation, and peripheral and central interaction (Gerber et al., 2019; Louati & Berenbaum, 2015; Swain & Jones, 2019). Fatigue in patients with cirrhosis is a sense of tiredness or lack of energy, which significantly interferes with the desire or ability to perform basic, daily, physical and intellectual functions (Canadian MS Research Group, 1987). If patients with cirrhosis have differing nutritional statuses, as reflected by albumin concentration at different levels, they may experience fatigue in varying degrees of severity (in each of its physical, cognitive, and psychosocial dimensions). This can be measured by the Fatigue Impact Scale (FIS). The results of this study can serve as basic information for nutrition and fatigue management in patients with cirrhosis, in order to control the progression of the disease and promote their daily lives.

Methodology

Population and sample

The target population was defined as patients diagnosed with cirrhosis. The sample size for this study was calculated based on G* power analysis, and computer software (G*-Power 3.1) was used. Because there were no

relevant earlier findings, a modest size of .3 was adopted for effect size. The risk of a Type I error (α) was usually employed at .05, and the conventional standard for power (1-β) was .8, with a 20% risk of Type II error (Polit & Beck, 2017). With serum albumin levels divided into 4 groups, a sample size not less than 128 was acceptable. Considering the possible loss of participants, 20% of the sample size was added. Thus, the number of proposed participants for this study was 154. The purposive sampling method was used. Samples were selected in equal proportion within each setting. Inclusion criteria for this study were: 1) being diagnosed with cirrhosis, either in the compensated or decompensated stage by physicians. The dif- ference between the two stages of cirrhosis is that in the decompensated stage, patients developed portal hypertension and compli- cations of cirrhosis, while those in the compensated stage are often asymptomatic (Chinese Society of Hepatology, 2020); 2) being over 18 years of age; 3) having the ability to communicate in the Chinese language; 4) being willing to participate in this study (patients who planned for surgery were included); and 5) being the participant's first day of admission (to minimize the influence of treatment procedures on fatigue experienced by participants during their hospital stay). Exclusion criteria for this study were: 1) being a drug addict or having alcohol addiction; 2) having any type of cancer; and 3) having complications such as shock from esophageal ruptures or ascites.

Research Instruments

The research instruments for this study consisted of three parts: 1) The Demographic Data Form, developed by the researchers; 2) The Clinical Information Form developed by the researchers. The assessment of nutritional status by albumin concentration was done in the first test after admission within 24 hours after admission, in order to avoid effects of treatments such as human albumin or plasma infusion. Based on the assumptions of a previous study, nutritional status was defined as "normal" when serum albumin concentration ≥ 35.00g/L, while malnutrition was defined as "mild" when serum albumin concentration was 30.00-34.99 g/L, "moderate" when 21.00-29.99 g/L, and "serious" when < 21.00 g/L (Łapiński & Łapińska, 2019); and 3) The Chinese version of the Fatigue Impact Scale (FIS), developed by (Fisk, Ritvo, Ross, Haase, Marrie,& Schlech, 1994). This scale assesses patients' perceptions of the functional limitations that fatigue has caused over the past month and contains 40 items in three dimensions: cognitive functioning, physical functioning and psychosocial functioning. Items' responses are measured on a 5-point rating type scale, ranging from 0, meaning "no problem," to 4 meaning "extreme problem" (Fisk et al., 1994). The Chinese version of the Fatigue Impact Scale was translated by the Mapi Research Trust. The validity of the FIS was confirmed by the original developers (Fisk et al., 1994), and the structure and items of the original scale were not changed in the Chinese version. The internal consistency reliability for this study, tested with 10 participants who met the inclusion criteria showed a Cronbach's alpha coefficient of .942.

Ethical Considerations

The protocol was met with approval from the Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University (Study code: 2020-EXP028). Afterwards, approval for the data collection was obtained from the directors of nursing of the two tertiary hospitals. Confidentiality and anonymity of the individual responses were guaranteed by a statement included in the information sheet.

Participants gave their informed consent before distribution of the questionnaire.

Data Collection

The participants were recruited from the wards of gastroenterology departments in the two selected hospitals. The researcher then met the participants in the ward, and explained the study's methods, benefits, and ethical consideration to them. Patients who agreed to participate in this study were asked to sign an informed consent form. The Fatigue Impact Scale questionnaires were provided to participants to complete. It took approximately 10-20 minutes for each participant. Clinical information including albumin concentration was taken from the patients' medical records. The finished questionnaires were kept in a cabinet.

Data Analysis

The Statistical Package for Social Science (SPSS) 13.0 was used to analyze the data, and the significance level was set at .05. Descriptive statistics were used to describe demographic characteristics, clinical information (including serum albumin concentration) and FIS score of participants. After testing data distribution using Kolmogoro-Smirov's test, scores for FIS were not normally distributed ($P<.05$); the Kruskal-Wallis H test was used to explore differences of total FIS scores within the nutritional status groups and the Mann-Whitney U test was used for post hoc.

Results

The sample size of this study was originally planned as 154, but the effective responses resulted in 133 samples. For the other 21 participants, 15 failed to fully complete the questionnaire, and 6 could not provide the serum albumin concentration. The 133 participants, with a mean age of 54.78 (SD = 11.46), were included in this study. More than half of the participants (68.42%) were female. A majority of participants (71.43%) were diagnosed with decompensated cirrhosis, which was more than twice the number of those with compensated cirrhosis.

This study showed the mean of albumin concentration of all participants was 32.00 g/L (SD = 7.01, range = 17.30-51.20). Of the 133 participants, 35.30 % (n = 47) had normal nutrition, 21.80% (n = 29) had mild malnutrition, 40.60% (n = 54) had moderate malnutrition and 2.30% (n = 3) had serious malnutrition.

The mean of the total FIS score in this study was 33.00 (SD = 19.04, range = 5-123). Concerning the difference in fatigue within various levels of nutritional status among participants, the average total FIS score for participants with normal nutrition, mild malnutrition, moderate malnutrition and serious malnutrition was 22.27 (SD = 12.18), 22.10 (SD = 12.37), 46.79 (SD = 17.89) and 51.00 (SD = 9.54), respectively. The details are shown in Table 1.

Table 1 Mean, Range and Standard Deviation of Total FIS Score Among Each Group of Nutritional Status

Nutritional status	Albumin Concentration	Range of FIS Score	Mean of FIS Score	SD of FIS Score
Normal nutrition	35g/L	9-64	22.27	12.18
Mild malnutrition	30-34.9g/L	5-77	22.10	12.37
Moderate malnutrition	21-29.9g/L	26-123	46.79	17.89
Serious malnutrition	<21g/L	42-59	51.00	8.54

The results of the Kruskal-Wallis H Test showed that there were statistically significant differences for fatigue ($\chi 2 = 76.70$, $P = .000$, $df = 3$) among at least two categories of participants with different nutritional statuses (but which pair of groups remained unknown). Therefore, a post hoc test using the Mann-Whitney U test was conducted to compare each pair and clarify which groups of nutritional statuses had differences in fatigue. The results showed that significant differences in fatigue existed in the following four pairs of participants: participants with 1) normal nutrition and moderate malnutrition, 2) normal nutrition and serious malnutrition, 3) mild malnutrition and moderate malnutrition, and 4) mild malnutrition and serious malnutrition. The details are shown in Table 2.

Table 2 Results of differences in fatigue among differing nutritional status levels

	Nutritional status	N	Mean rank	Z	P
Total FIS score	Normal nutrition	47	37.93	-.29	0.77
	Mild malnutrition	29	39.43		
	Normal nutrition	47	29.61	-6.85	0.000[a]
	Moderate malnutrition	54	69.62		
	Normal nutrition	47	24.15	-2.58	0.001[a]
	Serious malnutrition	3	46.67		
	Mild malnutrition	29	18.03	-6.64	0.000[a]
	Moderate malnutrition	54	54.87		
	Mild malnutrition	29	15.10	-2.62	0.01[a]
	Serious malnutrition	3	30.00		
	Moderate malnutrition	54	28.48	-1.00	0.32
	Serious malnutrition	3	38.33		

a Grouping variable: Nutritional

Discussion

Nutritional status

The results of this study showed that more than half of the participants (64.66%) had malnutrition. Nutritional status is a significant issue of concern in patients with cirrhosis. Patients with cirrhosis frequently have malnutrition due to inadequate nutritional intake, low absorption, and increased losses (Madan et al., 2016). The impact of malnutrition is substantial and omnifarious. Rojas-Loureiro et al. (2017) reported that malnutrition is a significant factor related to impairment of health-related quality of life among patients with cirrhosis. It is also one of the significant predictive factors for complications in patients with cirrhosis (Pérez-Reyes et al., 2016).

However, this finding was lower than a study conducted by Łapiński & Łapińska (2019) which reported that malnutrition determined by serum albumin concentration was found in 84% (47/56) of its patients. Eating habits of participants and food culture in Yunnan province might explain the relatively lower prevalence of malnutrition in this study.

In this study, more participants reported that they had a normal diet rather than loss of appetite or food restrictions. Patients with a normal diet may have a better nutritional status than those who have poor appetites or restrictions in their diet. According to Madan et al. (2016), alcoholic etiology, protein restriction and a vegetarian diet are all associated with markers of poor nutrition. Food intake is the main source of nutrients for the human body, so patients with cirrhosis who are in a hypermetabolic state can easily suffer from malnutrition if they fail to take in key nutrients.

Besides, the food culture in Yunnan province has its own unique characteristics, which may influence the nutritional status of its residents to some extent. There are many ingredients, condiments and diverse cooking methods involved in the Yunnan diet (Wen & Li, 2019), which may promote healthy appetites for residents there, and thus improve nutritional status. Also, some ethnic minority diet cultures include the profound concept of health preservation. For example, the Hui people advocate eating meat, vegetables and fruits, while alcohol and excessive eating are forbidden (Yang, Tai, & Guo, 2018)

Fatigue

This study revealed that fatigue is a common symptom among patients with cirrhosis. Fatigue is a quite complex and multidimensional symptom. According to the Canadian MS Research Group (1987), attention to the impacts of fatigue is particularly important in patient care. The impacts of fatigue on patients with cirrhosis mainly relate to cognitive, physical, and psychosocial function. Cognitive fatigue concerns the impact of fatigue on the processes of concentration, reminiscence, intelligence and organization of thoughts (Fisk et al., 1994; Gerber et al. (2019) described the fatigue of patients with cirrhosis as a feeling of drowsiness, cognitive decline, "fuzzy" thinking, and/or decreased motivation. Physical fatigue refers to an impairment of motivation, effort, stamina and coordination (Fisk et al., 1994). It appears to be an experience of tiredness in the musculoskeletal system, such as muscle fatigue, and poor recovery from exercise (Gerber et al., 2019). Psychosocial fatigue refers to the impact of fatigue in relation to various aspects such as solitary feelings, one's workload, or the ability to cope (Fisk et al., 1994). For example, fatigue interferes with the functions of daily life, and can

affect one's mental state, leading to a sense of uncertainty among patients with cirrhosis (Lin, Huang, & Sun, 2018).

The findings of this study regarding fatigue reflected by FIS scores were somewhat higher than those of a previous study conducted by Ekerfors et al. (2019), in which the median total FIS score of 270 patients with chronic liver disease was 30.00.

Differences in the liver disease severity of participants between the two studies may be one of the major explanations. Participants in the two studies were all patients with chronic liver disease, but this study only included patients who had also developed cirrhosis. Fatigue experienced by patients with cirrhosis is likely to be associated with their disease status, such as inflammation, ascites, hepatic encephalopathy, anemia, impaired renal function or malnutrition. Besides, the higher proportion of female participants (n = 91, 68.42%) in this study may account for the relatively higher instances of fatigue reported by participants. Ekerfors et al. (2019) included 115 female participants and 119 male participants in their study, and concluded that female participants significantly experienced more severe fatigue than males. Females may experience more severe fatigue than males, due to their generally lower resistance and higher sensitivity.

Importantly, Yunnan is home to multi-ethnic living and profound cultural accumulation (Yue, 2017). The unique religious culture and beliefs are likely to affect the daily lives of residents, and even affect attitudes towards diseases and coping strategies of individuals. Some people may interpret and deal with illness and the symptoms they are experiencing in superstitious ways. For example, the Bimo religion of the Yi people is polytheistic, with ancestor, nature and totem worship as its main traditional beliefs (Yue, 2017).

Fatigue in cirrhosis patients can be affected by multiple factors. It mainly includes illness-related characteristics such as pain and disease; physical functions, such as disability and sleep quality; cognitive and emotional impairment, such as anxiety and depression; and personal components such as gender, age, work/ employment and environment (Louati & Berenbaum, 2015). Furthermore, according to the pathophysiology of fatigue (Gerber et al., 2019; Louati & Berenbaum, 2015; Swain & Jones, 2019) and the linkage between nutritional status and fatigue in patients with cirrhosis as mentioned before, nutritional status, therefore, is a significant factor related to fatigue in patients with cirrhosis.

The differences in fatigue among differing levels of nutritional statuses

In the current study, participants who had worse nutritional statuses were more likely to report a higher total FIS score. Generally, participants with moderate or serious mal-nutrition reported a relatively higher total FIS score than those who were in the normal nutritional status category (or those with mild malnutrition). The differences in fatigue were statistically significant among these four group-pairs of participants: a) normal nutrition and moderate malnutrition, b) normal nutrition and serious malnutrition, c) mild and moderate malnutrition and d) mild and serious mal-nutrition.

A relatively greater difference in nutritional status of participants reflects that they may have large differences in the severity of their cirrhosis. For example, Łapiński & Łapińska (2019) reported that malnutrition was found most

frequently in patients with cirrhosis in advanced stages due to the fact that the ability of the liver to regulate nutrient metabolism gradually degenerates with the aggravation of cirrhosis. At different levels of cirrhosis severity, participants may experience various types of physical and psychological distress, and their changes in lifestyle to adapt to this progressive illness (such as reducing workload and social activities) may also differ. Compared to patients in earlier stages of cirrhosis, patients in advanced stages of cirrhosis may have more underlying problems, such as anorexia, vomiting, poor absorption, and other gastrointestinal disorders, which can also contribute to fatigue. Actually, Rojas-Loureiro et al. (2017) found that those patients with malnutrition exhibited more severe troubles in their daily lives, such as a feeling of tiredness or fatigue, having trouble lifting or carrying objects, decreased levels of energy, and decreased strength, compared with well-nourished cirrhosis patients.

Participants may have different risks for complications based on their nutritional status. For instance, Pérez-Reyes et al. (2016) reported malnourished patients had a higher frequency of the development of ascites and infections due to the fact that malnutrition can lead to decreased liver function, which fosters the progression of the disease and facilitates the development to fcomplications. It also contributes to severe abnormalities in the immune system, which can leave patients with cirrhosis susceptible to infection (Pérez-Reyes et al., 2016). Moreover, complications of cirrhosis, such as hepatic encephalopathy, variceal bleeding, poor wound healing and poor hepatic function, are associated with nutritional status (Chinese Society of Hepatology, 2020). Considering complications of cirrhosis are the cause of many symptoms including fatigue, participants may experience different levels of fatigue when they have differing nutritional statuses and complications.

However, this study showed that there was no significant difference in fatigue between two pairs of groups of participants: a) normal nutrition and mild malnutrition, and b) moderate malnutrition and serious malnutrition. This might be due to the small difference in nutritional status (the interval value of serum albumin concentration was less than 5g/L), which is reflected in the difference in albumin concentration between the two groups of participants. Furthermore, only 3 participants reported serious malnutrition, and there may be some other reasons for this.

Conclusions and Recommendations

In conclusion, this study found that fatigue in patients with cirrhosis was significantly different when patients have differing nutritional statuses, as determined by serum albumin concentration. This current study was the first study in China examining fatigue among patients with cirrhosis and its differences within groups of nutritional status. However, because our participants were patients with cirrhosis in two in tertiary hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China our findings might not be generalizable to those living in other settings with different contexts.

Conclusions and Implications

Application of research findings

The gained knowledge about nutritional status and fatigue in patients with cirrhosis can enlighten nurses and health caregivers to the important concerns of these problems. Also, the difference of fatigue within groups of patients

with cirrhosis in different nutritional statuses indicate that nurses should consider the impact of fatigue on their patients, as well as the importance of assessing their patients' nutritional status. Serum albumin concentration could be a basic indicator to monitor nutritional status as well as fatigue. If patients have moderate or serious malnutrition, as determined by serum albumin concentration, a program including nursing education and corresponding intervention for protection should be provided to promote patients' nutritional status and decrease potential impacts caused by fatigue.

Suggestions for further research

It is possible that a larger population, or another method to test nutritional status, is needed to ascertain the difference of fatigue within groups of differing nutritional status in patients with cirrhosis. In addition, qualitative research should be considered to reveal the fatigue experience of patients with cirrhosis at different nutritional statuses. Furthermore, an interventional research design may be considered, to implement a program that can promote nutritional status and relieve fatigue in patients with cirrhosis.

References

Bao, M. J., Wang, J. N., Lei, X.Y., & Liu, A.Z. (2014). Investigation and analysis of symptoms in hospitalized patients with liver cirrhosis. *China Practice Nurse*, *21*(7), 67-70. (in Chinese)

Bedogni, G., Battistini, N., Severi, S., & Borghi, A. (1996). The physiological bases of the assessment of nutritional. *Clinica Dietologica*, *23*, 141-146.

Canadian MS Research Group. (1987). A randomized controlled trial of amantadine in fatigue associated with multiple sclerosis. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, *14*(3), 273-278.

Chinese Society of Hepatology. (2020). Chinese guidelines on the management of liver cirrhosis. *Modern Medicine & Health*, *36*(2), 320-339. (in Chinese)

Di Pascoli, M., Ceranto, E., De Nardi, P., Donato, D., Gatta, A., Angeli, P., & Pontisso, P. (2017). Hospitalizations due to cirrhosis: Clinical aspects in a large cohort of Italian patients and cost analysis report. *Digestive Diseases*, *35*(5), 433-438.

Ekerfors, U., Sunnerhagen, K., Westin, J., Jakobsson Ung, E., Marschall, H. U., Josefsson, A., & Simrén, M. (2019). Muscle performance and fatigue in compensated chronic liver disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, *54*(7), 925-933.

Fisk, J. D., Ritvo, P. G., Ross, L., Haase, D. A., Marrie, T. J., & Schlech, W. F. (1994). Measuring the functional impact of fatigue: Initial validation of the Fatigue Impact Scale. *Clinical Infectious Diseases*, *18*(1), S79-S83.

Gerber, L. H., Weinstein, A. A., Mehta, R., & Younossi, Z. M. (2019). Importance of fatigue and its measurement in chronic liver disease. *World Journal of Gastroenterology*, *25*(28), 3669-3683.

Liang, B. H., Huang L. F., & Zhang X., H. (2020). Analysis of the service capacity of Chinese medical institutions in the context of the Health China Strategy. *Management of Rural Health Services in China*, *12*(1), 858-863. (in Chinese)

Lin, W. R., Huang, H. M., & Sun, F. K. (2018). The relationship between fatigue and uncertainty in patients with liver cirrhosis. *Journal of Nursing*, *65*(3), 38-46. (in Chinese)

Louati, K., & Berenbaum, F. (2015). Fatigue in chronic inflammation-a link to pain pathways. *Arthritis Research & Therapy*, *17*(1), 254.

Łapiński, T. W., & Łapińska, M. (2019). Nutritional status in patients with liver cirrhosis. *Clinical and Experimental Hepatology, 5*(1), 30–34.

Madan, K., Gupta, E., Saju, L., Kumar, P., Paliwal, M., Dhingra, R., . . . Yadav, M. (2016). Prevalence of malnutrition and factors associated with it, among North Indian cirrhotics presenting to a tertiary care centre. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, *6*(2), S51-S52.

Pérez-Reyes, E., Rivera-Sánchez, J., Servín-Caamaño, A. I., Pérez-Torres, E., Abdo-Francis, J. M., & Higuera-De La Tijera, F. (2016). Malnutrition is related to a higher frequency of serious complications in patients with cirrhosis. *Revista Médica del Hospital General de México*, *79*(1), 11-16.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.).* Philadelphia: Wolters Kluwer Health.

Rojas-Loureiro, G., Servín-Caamaño, A., Pérez-Reyes, E., Servín-Abad, L., & Higuera-de la Tijera, F. (2017). Malnutrition negatively impacts the quality of life of patients with cirrhosis: An observational study. *World Journal of Hepatology, 9*(5), 263–269.

Swain, M. G., & Jones, D. E. (2019). Fatigue in chronic liver disease: New insights and therapeutic approaches. *Liver International, 39*(1), 6-19.

Wen, H. R., & Li, B. W. (2019). Adhere to the characteristics of Yunnan national diet, develop Yunnan diet culture. *Industrial & Science Tribune*, *18*(1), 23-24. (in Chinese)

Xiao, J., Wang, F., Wong, N. K., He, J., Zhang, R., Sun, R., . . . He, W. (2019). Global liver disease burdens and research trends: Analysis from a China perspective. *Journal of Hepatology, 71*(1), 212-221.

Yang, Y. J., Tai, X. T., & Guo, T. P. (2018). On the view of health preservation in the culture of Hui ethnic group diet. *Western Journal of Traditional Chinese Medicine*, *31*(8), 42-43. (in Chinese)

Yue, Y. J. (2017). *Research on social governance function of national culture*. Kunming: Yunnan. (in Chinese)

Mental Adjustment and Quality of Life in Breast Cancer Patients Receiving Operations and Chemotherapy, the Socialist Republic of Vietnam

การปรับตัวทางจิตและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและเคมีบำบัด สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม

หวง ธิ	เหงียน*	Huong Thi	Nguyen*
ชมพูนุท	ศรีรัตน์**	Chomphoonut	Srirat **
จินดารัตน์	ชัยอาจ**	Jindarat	Chaiard**

Abstract

Patients with breast cancer have to adjust to the effects of the disease and the treatments received. The ways they adjust impacts on their quality of life. This descriptive correlational research aimed to identify types of mental adjustment, quality of life and the relationship between mental adjustment and quality of life among breast cancer patients undergoing operations and chemotherapy. Purposive sampling was used to select 150 participants who met the inclusion criteria at Hanoi Oncology Hospital, the Socialist Republic of Vietnam. The research instruments included a demographic data record form, the Mini-Mental Adjustment to Cancer (MAC) and the Functional Assessment Cancer Therapy - Breast Cancer version 4 (FACT-B) questionnaire. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's Rank – order correlation coefficient.

The study results indicated that:

1. Five types of mental adjustment were used. They were helplessness/ hopelessness, anxious preoccupation, cognitive avoidance, fighting spirit, and fatalism. The mean scores of these items were 2.65, 2.64, 2.45, 2.31 and 2.64, respectively.

2. The mean score of Quality of life of FACT-B was 72.78 (SD = 21.46).

3. Fighting spirit and fatalism had a positive correlation with quality of life (r_s = .68, $p < .01$; r_s = .62; $p < .01$, respectively). Helplessness/hopelessness had a negative correlation with quality of life (r_s = -.71, $p < .01$).

The results of this study provide a baseline of information for clinical nurses to enhance the quality of life of patients undergoing operations and chemotherapy through promoting effective mental adjustments.

Keywords: Mental adjustment, Quality of life, Breast cancer receiving operations and chemotherapy

* 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: tamcoi.nguyen@gmail.com

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

Received 6 October 2021; Revised 16 November 2021; Accepted 2 December 2021

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมต้องปรับตัวให้เข้ากับผลที่เกิดขึ้นจากโรคและการรักษาที่ได้รับ วิธีการปรับตัวส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้เพื่อระบุประเภทของการปรับตัวทางจิตและคุณภาพชีวิต และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปรับตัวทางจิตและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและเคมีบำบัด ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 ราย ที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ จากโรงพยาบาลมะเร็งวิทยาฮานอย สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดการปรับตัวทางจิตฉบับสั้น และแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรุ่นที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงอันดับแบบสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. การปรับตัวทางจิตทั้ง 5 ประเภทที่ใช้ได้แก่ หมดหนทาง/ สิ้นหวัง หมกมุ่นกลุ้มกังวล เลี่ยงการเผชิญกับการรู้คิด จิตวิญญาณการต่อสู้ และความเชื่อในโชคชะตา โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.65, 2.64, 2.45, 2.31และ 2.64 ตามลำดับ

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านม เท่ากับ 72.78 (SD = 21.46)

3. จิตวิญญาณการต่อสู้และความเชื่อในโชคชะตา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต (r_s = .68, p < .01; r_s = .62; p<.01 ตามลำดับ) หมดหนทาง/ สิ้นหวัง มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต (r_s = -.71, p < .01)

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในคลินิกเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและเคมีบำบัด โดยการสนับสนุนให้มีการปรับตัวทางจิตอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การปรับตัวทางจิต คุณภาพชีวิต มะเร็งเต้านมที่ได้รับการผ่าตัดและเคมีบำบัด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: tamcoi.nguyen@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 6 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤศจิกายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 2 ธันวาคม 2564

Background and significance

Breast cancer is a malignant tumor that has developed from cells in the breast (American Cancer Society, 2019). Breast cancer is the most commonly diagnosed cancer and the leading cause of death among females. The number of cases has increased over the decades in most countries. Worldwide, there were an estimated 2. 1 million new female breast cancer cases diagnosed out of 8.6 million new cases of cancer among women (Bray et al., 2018). The number of women who died of breast cancer in 2018 was 630,000, accounting for 15% of all female cancer-related deaths (Bray et al., 2018). Among Vietnamese women, breast cancer has had the highest number of new cases for nearly 20 years, as compared to other types of cancer (Sung et al., 2021). The numbers of women newly diagnosed and dying of breast cancer are increasing. In 2012, there were about 11,067 new cases and this increased to 15,229 new cases breast cancer diagnosed in 2018. In addition, the number deaths from breast cancer increased from about 4,671 cases to 6,103 cases in 2018 (Bray et al., 2018; Ferlay et al., 2015).

The treatment for breast cancer in stages II and III was mainly the combination of surgery and chemotherapy (National Comprehensive Cancer Network, 2019): surgery to remove cancer cells by breast-conserving surgery or mastectomy with or without lymph nodes staging and chemotherapy for patients with a combination of two of three main drugs including Doxorubicin, Cyclophosphamide and paclitaxel and a few other drugs that are alternately administered at intervals of 14 or 21 days per infusion (National Comprehensive Cancer Network, 2019). Chemotherapy can help destroy the remaining cancer cells that were missed during surgery. The combination of surgery and chemotherapy has high effectiveness which helps destroy cancer cells and prolong a patient's life (American Cancer Society, 2019; National Comprehensive Cancer Network, 2019). Thus, this therapy has been commonly applied in the world and in Vietnam. However, adverse effects of these treatments commonly occur and have major impacts on quality of life (Farthmann et al., 2016; Lôbo, Fernandes, Almeida, Carvalho, & Sawada, 2014; Kamiński et al., 2015).

Quality of life is defined as the appraisal and satisfaction of women with breast cancer receiving operations and chemotherapy with their current level of functioning compared to what they perceive to be possible or ideal (Cella, 1992). It composes four subscales including physical well-being, functional well-being, emotional well-being and social/family well-being. The deterioration of quality of life in breast cancer patients receiving operation and chemotherapy was seen in all dimensions. In terms of physical well-being, patients had pain after surgery and nausea/vomiting because of the side effects of chemotherapy (Lôbo et al., 2014). For functional well-being, patients may have difficulty when raising hands or with shoulder movement because of lymphedema, or arm and shoulder stiffness after surgery (American Cancer Society, 2019; Farthmann et al., 2016). In addition, gastrointestinal dysfunction with appetite loss, nausea and vomiting, diarrhea, constipation and mouth sores, was also frequently studied (American Cancer Society, 2019; Farthmann, 2016; Kamiński et al., 2015; National Comprehensive Cancer Network, 2019). Sexual function in patients with breast cancer was impaired after surgery (Farthmann et al., 2016). The complication of insomnia is one of the most common side effects (American Cancer Society, 2019).

In terms of emotional well- being, depression and anxiety were common among breast cancer patients who had surgery and chemotherapy (Kamińska et al., 2015; Lôbo et al., 2014; National Comprehensive Cancer Network, 2019; Zanuso, Freggoni, & Gervaso, 2020). Patients who are worried about their condition may be more focused on the possibility of death (Trieu, Mello-Thoms, & Brennan, 2015). Finally, for social well-being, breast cancer patients who suffered from physical and functional disorders frequently felt isolated from other people. They did not participate in social activities and had limited communication with other people (Kamińska et al., 2015).

Surgery and chemotherapy create a lot of changes that require adjustments for patients. One of the effective ways that patients can cope and overcome these changes is through mental adjustment. Mental adjustment reflects the way patients cope and adapt to changes due to cancer as well as the impact of treatments (Watson et al., 1988). Mental adjustment refers to the cognitive and behavioral response of breast cancer patients after having received an operation and chemotherapy (Watson et al., 1988). It is composed of 5 types including fighting spirit (FS), helplessness/hopelessness (HH/HH), cognitive avoidance (CA), anxious preoccupation (AP) and fatalism (F) (Watson et al., 1988). Fighting spirit is characterized by the positive ways that patients adapt to the disease, fully accept the diagnosis and find ways to fight the disease. Helplessness/ hopelessness is characterized by pessimistic attitudes, and feelings of giving up in patients who are diagnosed with disease. Cognitive avoidance refers to the condition in which patients avoid thinking about the illness and deny or minimize its seriousness. Anxious preoccupation is characterized by the persistent anxiety of patients when reacting to the diagnosis of cancer. Fatalism is characterized by the acknowledgement of patients with the diagnosis of disease. Diagnosis of cancer is seen as a minor threat; patients assume an attitude of resignation and passive acceptance without confrontative strategies.

The relationship between mental adjustment and quality of life has been investigated in some Western countries. Fighting spirit and fatalism had positive correlations with quality of life (Kugbey, Meyer-Weitz, & Oppong Asante, 2019; Patoo, Allahyari, Moradi, Payandeh, & Hassani, 2017; Pereira & Santos, 2016). Cognitive avoidance, anxious preoccupation and HH/HH had negative correlations with quality of life (Kugbey et al., 2019; Patoo et al., 2017; Pereira & Santos, 2016). However, the relationship between the effect of cognitive avoidance and fighting spirit is still unknown. FS did not correlated with quality of life (Cotton, Levine, Fitzpatrick, Dold, & Targ, 1999). Neither did cognitive avoidance correlate with quality of life (Lauriola & Tomai, 2019). Moreover, there have been no studies that looked at this relationship in breast cancer patients receiving operations and chemotherapy.

The results in Western countries are difficult to generalize within a Vietnamese context because of the different cultures and beliefs. Being diagnosed with breast cancer is extremely serious for Vietnamese women. While some patients believe cancer is a punishment for the bad things that they have done, which makes them passively accept and adjust to their illness and the side effects of treatment, others thought that they lived very well, so they could not accept or believe they had to experience something as traumatic as breast cancer. In some cases, the patient's relatives provide care in

improper ways by hiding the patient's disease. As a result, patients do not have a positive attitude and cannot actively fight the disease.

In Vietnam, as well as at the Hanoi Oncology Hospital, no studies have been conducted to assess mental adjustment and quality of life in cancer patients. The results of this study are expected to provide a clearer result of the patient's quality of life and the types of mental adjustment that patients used, as well as the relationship between mental adjustment and quality of life among breast cancer patients undergoing operations and chemotherapy. Through the relationship, types of mental adjustment should be encouraged to improve the quality of life for breast cancer patients during the treatment phase.

Objectives

1. To identify the types of mental adjustment among breast cancer patients receiving an operation and chemotherapy.

2. To determine the quality of life among breast cancer patients receiving an operation and chemotherapy.

3. To examine the relationship between each type of mental adjustment and quality of life among breast cancer patients receiving an operation and chemotherapy.

Conceptual Framework

Breast cancer has increased in incidence and prevalence worldwide as well as in Vietnam. The standard treatments are operations and chemotherapy. Besides their effectiveness in disease control, adverse effects can be anticipated. Quality of life is impacted directly. Quality of life is defined as the appraisal and satisfaction of patients with breast cancer who received an operation and chemotherapy with their current level of functioning compared to what they perceive to be possible or ideal including physical well-being, functional well-being, emotional well-being and social/family well-being. To maintain quality of life, mental adjustment is needed. Mental adjustment refers to the cognitive and behavioral responses of breast cancer patients who have received an operation and chemotherapy. Elements of mental adjustment include fighting spirit, cognitive avoidance, helplessness/hopelessness, anxious preoccupation and fatalism.

Methodology

A descriptive correlational research design was used.

Population and sample

The sample size of this study was calculated based on the formula of Yamane (1973). Using purposive sampling, 150 breast cancer patients receiving an operation and chemotherapy were selected.

Research Instruments

1. A demographic data record form which was developed by the researchers based on the literature review and included age, educational status, marital status, occupation, income, stage of disease, type of surgery and type and cycle of chemotherapy.

2. The Breast cancer version 4 (FACT-B questionnaire) was developed by Brady et al. (1997). The FACT-B consists of the FACT-General (FACT-G) plus the Breast Cancer Subscale (BCS), which complements the general scale with items specific to QOL in breast cancer. This questionnaire has 37 items with 4 subscales of FACT-G including functional well-being (7 items), physical well-being (7 items), emotional well-being (6 items), family/social well-being (7 items) and the breast cancer subscale (10 items). The questionnaire uses a five-point Likert - type

response format and the scores range from 0 to 148. A lower score means a lower QOL, while higher score indicates a higher QOL. The English version was translated to Vietnamese language and validated by Eremenco, Cella, & Arnold (2005) following back-translation. The Vietnamese version of the FACT-B version 4 questionnaire was used without any modification. The reliability of the questionnaire was tested with the value of Cronbach's alpha coefficient for the FACT-B version 4 at .869. The Cronbach's alpha coefficient of emotional well-being, physical well-being, social/family well-being, functional well-being, and the breast cancer subscale were .88, .86, .87, .86, .86, and .86 respectively.

3. The Mini-Mental Adjustment to Cancer questionnaire was developed by Watson et al. (1994). This questionnaire has 29 items in 5 domains (helplessness-hopelessness - 8 items, anxious preoccupation - 8 items, cognitive avoidance - 4 items, fighting spirit - 4 items, fatalism - 5 items) to identify types of mental adjustment. The questionnaire uses a four - point Likert – type scale ranging from 1 (definitely does not apply) to 4 (definitely applies). A total score for each type of mental adjustment to cancer was obtained by summing the response values across the relevant items. The mean score for each type ranged from 1-4. The higher the score, the stronger the behavior typical for a given strategy of mental adjustment to cancer. Validation of Mini-MAC has been well documented by Watson et al. (1994) with factor analysis. The English version was translated by researchers to Vietnamese using back-translation. After that, the Vietnamese version could be used without modification. The Cronbach's alpha coefficient of the Mini - MAC questionnaire was .822 and the values of the Cronbach's alpha coefficient for helplessness/hopelessness, fighting spirit, anxious preoccupation, cognitive avoidance and fatalism were .80, .86, .82, .80, and .82 respectively. The value of Cronbach's alpha coefficient was accepted.

Ethical Considerations

The study was approved by the Faculty of Nursing Research Ethics Committee (protocol no: 2020-EXP029) at Chiang Mai University and the Hanoi Oncology Hospital Ethics Committee (protocol no: 846). Participants were given an explanation of the study which also contained their rights. They were told that their participation was voluntary and they had the right to withdraw from the study at any time. The anonymity and confidentiality of participants' information were protected at all the times during this study. The use of patients' information only includes an initial from their name.

Data Collection

After approval by the relevant ethical committees, the researchers obtained permission for data collection from the hospital. In a relatively private and quiet environment, researchers explained the purpose of the study and obtained consent. The researcher read each item to the participants without explanation and marked their response on the questionnaire before they received chemotherapy. All participants were voluntary. They could refuse to participate or interrupt the researchers during data collection at any time. The researcher checked the completeness of the questionnaire and thanked the participant.

Data Analysis

Descriptive correlational statistics were used to analyze the data. Demographic data, quality of life and mental adjustment were analyzed using descriptive statistics including frequency distribution, range, mean, standard deviation and percentage. The relationship

between quality of life and mental adjustment was analyzed. The data were tested for the assumption of normal distribution using the Kolmogorov – Smirnov. The QOL data did not have a normal distribution, Spearman's rank-order correlation coefficient was used to test the correlation between mental adjustment and quality of life.

Results

1. Demographic characteristics

The participants in this study consisted of 150 breast cancer patients. They ranged in age from 30-77 years, with a mean age of 51.54, (SD = 9.81). A majority of participants were 51-60 years old (38%) or 41-50 years old (34%). Most of them were married (76.67%). The educational level of most participants was mostly at the secondary school (39.33%) or high school (32.67%) level. Most participants were farmers (44.67%) or freelance laborers (35.33%). The incomes of 58.67% of the participants were between 130$ - 220$ per month. The majority (60.67%) had stage 2 breast cancer. Most of the participants had surgery with mastectomy with axillary staging (77.33%). The largest proportion of participants were receiving their 6th cycle of chemotherapy (34%), followed by 2nd cycle (22.67%) and 3rd cycle (19.33%).

2. Types of mental adjustment

Five types of mental adjustment to cancer were used by the participants. The method most used was helplessness/hopelessness (mean score = 2.65), followed by anxious preoccupation and fatalism (mean score = 2.64). Cognitive avoidance and fighting spirit were used less often than others with mean scores of 2.45 and 2.31, respectively.

3. Quality of life among subjects

Quality of life in breast cancer patients was affected during the treatment period because the score of FACT-B among subjects was 72.78 out of a total of 148. The mean FACT-B score was 72.78 out of a total possible score of 148. Lower scores were seen in all four domains of quality of life including physical well-being (mean = 11.31, SD = 5.26), social well-being (mean = 16.71, SD = 5.21), emotional well-being (mean = 10.69, SD = 3.79), functional well-being (mean = 15.65, SD = 5.45) and the breast cancer scale (mean = 18.38, SD = 5.46).

4. Relationship between mental adjustment and quality of life

Both fighting spirit and fatalism had a positive correlation with quality of life ($p < 0.05$). The correlation was at a high level with FS ($r_s = .67$) and at a medium level with fatalism ($r_s = 0.62$). Helplessness/hopelessness and anxious preoccupation had a negative correlation with quality of life at a high level (-.71; -.69, $p < .05$). Cognitive avoidance had no correlation with quality of life ($p > .05$).

Table 1 Correlation Matrix of the Study Variables

	Physical Well-being	Social/Family Well-being	Emotional Well-being	Functional Well-being	Breast Cancer Subscale	FACT-B
Fighting spirit	.594**	.592**	.584**	.685**	.580**	.678**
Helplessness/Hopelessness	-.689**	-.645**	-.656**	-.712**	-.684**	-.712**
Cognitive avoidance	-.003	.026	.048	.171*	.096	.069
Anxious preoccupation	-.666**	-.582**	-.625**	-.686**	-.642**	-.686**
Fatalism	.551**	.512**	.610**	.624**	.592**	.620**

Discussion

Types of mental adjustment

Five types of mental adjustment were used by the participants. The results of this study are similar to many previous studies (Kugbey et al., 2019; Lauriola & Tomai, 2019; Patoo et al., 2017). However, the prevalence of each type of mental adjustment may vary among studies. In this study, patients tended to use maladaptive adjustment with a higher mean score for "helplessness/ hopelessness" (2.65); "anxious preoccupation" (2.64) and "fatalism" (2.64). The adaptive adjustments were less prevalent because of the lower mean scores of "fighting spirit" (2.31) and "cognitive avoidance" (2.45). In another study of breast cancer patients, cognitive avoidance and fatalism were the most adopted adjustment styles with higher scores, followed by fighting spirit, anxious preoccupation and helplessness/ hopelessness respectively (Kugbey et al., 2019).

The combined side effects of surgery, chemotherapy and the disease itself together affected the type of mental adjustment of patients (Kugbey et al., 2019). A high percentage of patients receiving their 6th cycle of chemotherapy was seen (34%), compared to others. Frequently hospitalization due to medication had a significant impact on patients' jobs and incomes. The association between the expensive cost of treatment and the patients' low-income caused considerable pressure (Andrea, 2017). In addition, the side effects of chemotherapy on the digestive system in the 5th and 6th cycles of chemotherapy made patients very tired and lacking in energy. Instead of enjoying food, patients had to consider solutions to cope with nausea and vomiting, and diarrhea and constipation, as well as build a healthy diet to enhance their health and ensure they had adequate nutrition for treatment (Zanuso et al., 2020). Almost all breast cancer patients lost their hair or had skin and nail changes (hyperpigmentation, dry skin, blisters, yellow nails, cracked nails) after the second cycle, which caused patients to lack confidence to communicate with friends and other people. All of these factors can be used to explain why patients tended to use a maladaptive adjustment like helplessness/ hopelessness or anxious preoccupation (American Cancer Society, 2019).

Fatalism is one of the three mental adjustments that were more prevalent than others. In Vietnam, almost patients think that how long they live is determined by fate and that cannot be changed. Patients thought that they could not change the truth of being diagnosed with breast cancer, so they left their health to fate (Trieu et al., 2015). Instead of finding ways to fight the disease, patients accepted it in a passive way with a pessimistic attitude.

Quality of life among breast cancer patients receiving operations and chemotherapy

In this study, the score of FACT-B among subjects was 72.78 out of a total of 148, which indicated that the QOL of breast cancer patients was affected during this phase. This study's findings are in line with previous studies (Trieu et al., 2015; Lôbo et al., 2014). Breast cancer patients experienced significantly worse physical, emotional, social/ family and functional well-being, and higher breast cancer-specific concerns as measured by the FACT-B (Kaminska et al., 2015). According to Lôbo et al. (2014), many patients experienced side effects from chemotherapy, had impaired sexual satisfaction and had a lower quality of life. QOL among breast cancer patients who underwent surgical proce-

dures and received adjuvant chemotherapy was impaired (Kaminska et al., 2015). The result of the research of Trieu (2015) also indicated that QOL in breast cancer patients who had a mastectomy with chemotherapy was lower.

The impacts on QOL among participants in this study were seen on the five subscales including physical well-being, emotional well-being, functional well-being, social well-being and the breast cancer subscale. The most significant reduction in score was seen in functional well-being (mean = 15.65 ± 5.45, range = 7 - 28). This result is similar to other research (Farthmann, 2016; Lôbo et al., 2014). One possible explanation for this is that all the patients experienced multiple effects from surgery, such as pain, discharge, numbness or limitation of arm movement and from chemotherapy, such as nausea and vomiting. Patients are very tired and unable to meet their own basic needs like eating, taking a bath or preparing meals (National Comprehensive Cancer Network, 2019). Nausea and vomiting make it difficult for them to eat and drink. Along with that, diarrhea or constipation cause tiredness and a lack of energy. Patients have difficulty performing daily activities or physical activities. All of these factors together significantly reduced the patients' physical and functional well-being (American Cancer Society, 2019). Which caused impairment in the patients' quality of life (National Comprehensive Cancer Network, 2019). After a mastectomy, the amputation of the breast negatively impacted patients' self-esteem regarding their appearance. Almost all patients experienced hair loss due to the side effects of chemotherapy beginning with the 2nd cycle of chemotherapy to the last one. In addition, patient's skin was dry and/or had blisters, which caused patients to lose confidence and have an aversion to communication, which affected their emotional and social well-being (American Cancer Society, 2019; National Comprehensive Cancer Network, 2019).

In conclusion, breast cancer and the side effects of surgery and chemotherapy combine to affect the physical, emotional, social and functional well-being and impair patient's quality of life.

Relationship between mental adjustment and quality of life among breast cancer patients receiving an operation and chemotherapy

The findings of this study showed a strong correlation between mental adjustment and quality of life. Fighting spirit and fatalism had a positive correlation with QOL. Helplessness/hopelessness had negative correlation with quality of life at a high level. Anxious preoccupation had a negative correlation with quality of life at a medium level. Cognitive avoidance had no correlation with quality of life.

Fighting spirit had a positive correlation with quality of life. This result is similar to many previous studies (Kugbey et al., 2019; Patoo et al., 2017; Pereira & Santos, 2016). Emotional and functional well-being were positively associated with fighting spirit (Kugbey et al., 2019). Fighting spirit had a significant correlation with the functional well-being, emotional well-being, and social/family well-being subscales (Patoo et al., 2017). Fighting spirit is described as a positive attitude and a rational evaluation of the disease and includes the ability to maintain hope in the face of adversity (Greer & Watson, 1987; Folkman, 1982). This result implies that when patients accepted a diagnosis, had an optimistic attitude and were determined to fight the illness, they could have a better quality of life. However,

one study found that fighting spirit had no correlation with quality of life (Cotton et al., 1999). Breast cancer patients in general, as well as those who have had surgery and are undergoing chemotherapy, can be affected in various ways, with different effects on their quality of life.

Fatalism had positive correlation at a medium level with all five subscales of quality of life. These findings indicated that when patients acknowledge the diagnosis, see it as a minor threat and have passive acceptance, they can improve their quality of life. These results are supported by many previous studies (Kugbey et al., 2019; Patoo et al., 2017; Pereira & Santos, 2016). Vietnamese differences in beliefs can be used to explain the positive correlation between fatalism and quality of life. Patients often believe that their life will be determined by fate. Patients passively accept their disease and are willing to deal with the side effects of treatment, which will reduce their anxiety during treatment (Trieu et al., 2015). In addition, patients who are satisfied with their lives before are willing to face realities in the future. Patients adjust to the changes that come as a result of the side effects from treatment, perform their regular activities as well as they can and maintain their relationships as normal, which enhances their functional and social well-being. According to Pereira and Santos (2016), fatalism proved to be the most adaptive trait and was most predictive of a better quality of life. Other studies on breast cancer patients undergoing treatment found that fatalism had a significant positive relationship with all of the whole subscales of quality of life (Kugbey et al., 2019; Patoo et al., 2017).

This study found a significant negative correlation between helplessness/ hopelessness and quality of life. This is similar to results from other studies (Cotton et al., 1999; Kugbey et al., 2019; Patoo et al., 2017). The QOL among subjects was negatively affected when patients had feelings of giving up and were completely engulfed by the diagnosis and feeling pessimistic. The feeling of giving up causes many difficulties in adjusting to the treatment phase. Continually thinking about the diagnosis and feeling pessimistic leads to negative attitudes in patients. They feel overloaded with side effects which can affect their physical well-being. The low score of physical well-being combined with pessimistic feelings further impairs their functional well-being. Patients can hardly maintain their relationships and cannot receive emotional support.

Anxious preoccupation was found to a have negative relationship at a high level in three subscales of QOL including physical well-being, functional well-being and emotional well-being. This result supported the notion that quality of life in patients can be affected by the patients' reactions to the diagnosis and is marked by persistent anxiety. They are incapable of finding effective solutions to deal with the side effects of treatments, which could affect their physical and functional well-being. These results are in line with the results of several previous studies (Patoo et al., 2017; Kugbey et al., 2019; Lauriola & Tomai, 2019).

In this research, cognitive avoidance had no correlation with quality of life. Although the patients avoided thinking about having an illness, avoiding or minimizing the severity of the illness did not affect their quality of life. This result is similar to other studies (Lauriola & Tomai, 2019). However, cognitive avoidance was found to have a significant positive association with functional and emotional well-being in breast cancer

patients in the treatment phase (Kugbey et al., 2019).

Application of Research Findings

Based on the research findings, interventions that enhance fighting spirit and fatalism adjustments need to be developed and applied to improve QOL in breast cancer patients undergoing surgery and chemotherapy at Hanoi Oncology Hospital, the Socialist Republic of Vietnam.

Suggestions for Further Research

According to the findings of this study, it is necessary to study mental adjustment and quality of life among breast cancer patients after an operation and receiving chemotherapy in different settings in Vietnam. Fighting spirit and fatalism are positively correlated with QOL. Intervention studies that help improve quality of life should be conducted for those with breast cancer undergoing operations and chemotherapy with the enhancement of fighting spirit and fatalism.

References

American Cancer Society. (2019). *Breast cancer facts & figures 2019-2020*. Retrieved from https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020

Andrea K. M. (2017). *Cost of breast cancer burdensome for many patients.* Retrieved from https://www.baltimoresun.com/health/bs-hs-breast-cancer-cost-20171024-story.html

Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulsky, D. S., Lloyd, S. R., Shiomoto, G. (1997). Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality-of-life instrument. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *15*(3), 974-986.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., Jemal, A. (2018), Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68*(6), 394-424.

Cella, D. F. (1992). Quality of life: The concept. *Journal of Palliative Care*, *8*(3), 8-13.

Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *8*(5), 429-438.

Eremenco, S., Cella, D., & Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires, *Evaluation & the Health Professions, 28*(2), 212-232. doi: 10.1177/0163278705275342

Farthmann, J., Hanjalic-Beck, A., Veit, J., Rautenberg, B., Stickeler, E., Erbes, T., Hasenburg, A. (2016). The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. *Support Care Cancer*, *24*(6), 2603-2609.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer,136*(5), E359-86. doi: 10.1002/ijc.29210

Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. *Journal of Occupational Behavior*, *3*, 95-107.

Greer, S., & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: Its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys, 6*(3), 439-453.

Kamiński, M., Ciszewski, T., Kukiełka-Budny, B., Kubiatowski, T., Baczewska, B., Makara-Studziński, M., & Bojar, I. (2015). Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *22*(4), 724-730.

Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong Asante, K. (2019). Mental adjustment to cancer and quality of life among women living with breast cancer in Ghana. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *54*(3), 217-230.

Lauriola, M., & Tomai, M. (2019). Biopsychosocial correlates of adjustment to cancer during chemotherapy: The key role of health-related quality of life. *The Scientific World Journal*. 1-12. doi.org/10.1155/2019/9750940

Lôbo, S. A., Fernandes, A. F. C., Almeida, P. C. D., Carvalho, C. M. D. L., & Sawada, N. O. (2014). Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, *27*, 554-559.

National Comprehensive Cancer Network. (2019). *NCCN guidelines for treatment of breast cancer*. Retrieved from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/ default.aspx

Patoo, M., Allahyari, A., Moradi, A.-R., Payandeh, M., & Hassani, L. (2017). Studying the relation between mental adjustment to cancer and health-related quality of life in breast cancer patients. *International Journal of Cancer Management*, *11*(7), e8407.

Pereira, F., & Santos, C. (2016). Psychological adaptation and its impact on the quality of life and spiritual well-being: A cross-sectional study of end of life cancer patients. *Nursing and Palliative Care*, *1*. doi: 10.15761/NPC1000126

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71*(3), 209–249.

Trieu, P. D., Mello-Thoms, C., & Brennan, P. C. (2015). Female breast cancer in Vietnam: A comparison across Asian specific regions. *Cancer Biology Medicine*, *12*(3), 238-245.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, *18*(1), 203-209.

Watson, M., Law, M. G., Santos, M. D., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC. *Journal of Psychosocial Oncology*, *12*(3), 33-46.

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

Zanuso, V., Fregoni, V., & Gervaso, L. (2020). Side effects of adjuvant chemotherapy and their impact on outcome in elderly breast cancer patients: A cohort study. *Future Science OA*, *6*(9), FSO617. doi: 10.2144/fsoa-2020-0076

Components of Innovative Work Behavior Among First-line Nurse Managers in Private Hospitals and Government Hospitals
องค์ประกอบของพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น ในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ

เพชรน้อย	สิงห์ช่างชัย*	Phechnoy	Singchungchai*
วรรณดี	สุทธิศักดิ์**	Wandee	Sutthisak**
บุปผา	กิจสหวงศ์***	Bubpha	Kitsahawong ***
เกษราวัลณ์	นิลวรางกูล****	Kessarawan	Nilvarangul ****

Abstract

The objective of this descriptive research was to determine the components of innovative work behavior among first-line nurse managers in private hospitals and government hospitals. The subjects were 400 first-line nurse managers: 200 from private hospitals and 200 from government hospitals recruited using stratified random sampling. The research instrument was a five-point rating scale questionnaire on innovative work behavior with a content validity index of 0.81 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.86. Descriptive statistics, first-order CFA, and second-order CFA were employed.

The results revealed as the following:

1. The numbers of components of innovative work behavior among first-line nurse managers in both types of hospitals were the same (4 components). The construct validity of the instrument was tested and found to be congruent with the empirical data [(χ^2_{prvt} = 38.02, p-value = .970, GFI = 0.956, RMSEA = .000)] and χ^2_{govt} = 41.871, p-value = .971, GFI = .9737, RMSEA = .000).

2. The number of indicators of the private hospitals was 13 while that of the government hospitals was 12. Three components had the same number of indicators which were innovative idea exploration (3 indicators), innovative idea generation (3 indicators), and innovative idea implementation (3 indicators). For innovative idea championing, the government hospitals had 3 indicators while the private hospitals had 4 indicators.

* Corresponding Author, Professor, College of Nursing, Christian University; e-mail: phechnoy@gmail.com

** Lecturer, Faculty of Nursing, Christian University

*** Deputy Hospital Director of Nursing and Quality Improvement, Vichaiyut Hospital

**** Professor, Division of Establishing Faculty of Nursing, Chiang Rai Rajabhat University

Received 23 December 2021; Revised 6 January 2022; Accepted 12 January 2022

The research results indicate that nursing administrators should have a good quality tool with construct validity of innovative work behavior to assess qualifications in creative ideas and in the management of new activities for the development of innovative leadership.

Keywords: Innovative work behavior, First-line nurse manager, Private hospital, Government hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นในโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลของรัฐ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นรวม 400 คน แยกเป็นโรงพยาบาลเอกชนและโรงพยาบาลรัฐบาลอย่างละ 200 คน ใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้น เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน ใช้มาตรวัดแบบประมาณค่า 5 ระดับ ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.81 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.86 ใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับหนึ่ง (First order CFA) และการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันอันดับสอง (Second order CFA)

ผลการวิจัยพบว่า

1.จำนวนองค์ประกอบพฤติกรรมการสร้างนวัตกรรมในการทำงานของผู้บริหารการพยาบาลระดับต้นทั้ง 2 แห่ง มีจำนวนเท่ากัน คือ มี 4 องค์ประกอบ เมื่อทดสอบความตรงเชิงโครงสร้างของเครื่องมือวิจัยนี้ พบว่ามีความสอดคล้องกลมกลืนตามแนวคิดกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2_{prvt} =38.02, p-value=.970 GFI = 0.956, RMSEA = .000; χ^2_{govt} = 41.871, p-value=.971 GFI = .9737, RMSEA = .000)

2. จำนวนตัวชี้วัดสำหรับโรงพยาบาลเอกชนมี 13 ตัวชี้วัด โรงพยาบาลรัฐมี 12 ตัวชีวัด โดยมีจำนวนตัวชี้วัดเท่ากัน 3 องค์ประกอบคือ พฤติกรรมการสำรวจความคิดด้านนวัตกรรม (3 ตัวชี้วัด) พฤติกรรมการเกิดความคิดด้านนวัตกรรม (3 ตัวชี้วัด) พฤติกรรมการนำความคิดด้านนวัตกรรมสู่การยอมรับ(3 ตัวชี้วัด) และ พฤติกรรมการใช้นวัตกรรมในการทำงาน (3 ตัวชี้วัด) แต่ตัวชี้วัดพฤติกรรมการนำความคิดด้านนวัตกรรมสู่การยอมรับของโรงพยาบาลรัฐมีเพียง 3 ตัวชี้วัด โรงพยาบาลเอกชนมี 4 ตัวชี้วัด

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีเครื่องมือที่มีคุณภาพด้านความตรงเชิงโครงสร้างของพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานเพื่อประเมินคุณลักษณะด้านความคิดสร้างสรรค์ การบริหารสิ่งใหม่เพื่อพัฒนาเป็นผู้นำองค์กรด้านนวัตกรรม

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน ผู้บริหารการพยาบาลระดับต้น โรงพยาบาลเอกชน
โรงพยาบาลรัฐบาล

* ผู้เขียนหลัก ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน; e-mail: phechnoy@gmail.com
** อาจารย์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน
*** รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาการคุณภาพทางการพยาบาล โรงพยาบาลวิชัยยุทธ
**** ศาสตราจารย์ โครงการจัดตั้งคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

วันที่รับบทความ 23 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 6 มกราคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 12 มกราคม 2565

Background and Significance

Innovative work behavior (IWB) is opportunity exploration, ideas generation, ideas search, ideas communication, promotion of ideas, ideas championing, application, and overcoming obstacles (De Jong & Hartog, 2010). Managers and practitioners focus on the significance of individual employees' IWB for organizational success. In nursing organizations in the new era, nurse managers at all levels manage changing situations to drive organizations to be innovative and to change nursing staff mindsets to create innovation (Asurakkody & Shin, 2018). First-line nurse managers (FNMs) are the major group working close to staff nurses, and they have very significant roles to manage, monitor and control nurses to provide effectiveness, efficiency, and nursing service quality to meet the vision and mission of nursing organizations (Marquis & Huston, 2016). FNMs in nursing organizations, especially first- line nurse managers, are important in creating innovative work behavior among professional nurses. Contreras, Espinosa, Dornberger, & Acosta (2020) found that to increase IWB among staff, leadership by itself was sufficient to promote IWB. Therefore, it is important for nursing managers to understand IWB components because they can be used to evaluate and develop FNMs' IWB abilities in creating innovation in their departments (Kitsahawong, Singchungchai, & Sritoomma, 2020).

Moreover, business organizations with leaders who have a high level of innovative work behavior can grow and maintain their status for a long time. Various studies have recommended researchers to conduct more studies about the assessment of IWB among managers of organizations other than business-related ones (De Jong & Hartog, 2010; Tung, Akkadechanunt & Chontawan, 2014). Due to the fact that IWB is rather new for most nursing organizations, literature related to IWB in healthcare and nursing organizations is still limited, particularly for literature on studies related to measures of IWB that are reliable in construct validity based on international concepts. Consequently, the evaluation or measurement of IWB among nursing administrators remains unclear (Kaya, Turan & Aydin, 2016). The contexts of private and government nursing organizations are the same in some aspects but different in others. They are the same in terms of the nursing standards that are controlled by the Thailand Nursing and Midwifery Council; however, they are different in terms of administration. Private hospitals select head nurses based on qualifications emphasizing ability in implementing policy, efficiency in supervising, marketing orientation, and innovation capability for competitiveness in the nursing marketing. A significant role for FNMs in both government and private hospitals is to act as a role model inculcating an IWB mindset among staff in the nursing organization. For the administration of government nursing organizations in Thailand, the emphasis is on following government policy. For example, the focus is presently on the development of innovations that correspond with the Thailand 4.0 policy (Nursing Division, 2018; Singchungchai, 2019). Thus, managers of nursing organizations play an important role in creating a work atmosphere with innovation to build and develop innovations to enhance the quality of nursing services at the ward, as well as the organization level (Thomas, Seifert & Joyner, 2016). There are various concepts concerning innovative work behavior. According to Janssen (2000), there are three components of innovative work behavior: idea generation, coalition building, and imple-

mentation. Similarly, De Jong and Hartog (2008; 2010) state that there are four components: innovative idea exploration, innovative idea generation, innovative idea championing, and innovative idea implementation. Therefore, it is necessary to employ these concepts in developing a reliable measurement tool for both private and government hospitals in Thailand. Furthermore, the researchers realize the importance of extending knowledge from the empirical data, related to validation of the measures of IWB, to first-line nurse managers who work closely with professional nurses that FNMs can inspire and encourage based on the concept of transformational leadership (Bass & Riggio, 2006). This present research explored the construct validation of the reliability of indicators and determined the number of components which would be useful for controlling the potential or competency of first-line nurse managers in terms of innovative leadership in nursing organizations.

Objective

To determine the components of innovative work behavior of first- line nurse managers in private and government hospitals.

Methodology

This research is descriptive research.

Population and Sample

The population was comprised of first-line nurse managers in private and government hospitals. There were 1,050 FNMs in 63 private hospitals and 2,966 FNMs from 679 mid- sized and large-sized government hospitals.

Stratified random sampling was applied and the sample size was determined with principles of measurement that were used to test construct validity using factor analysis based on Hair, Back, Babin, and Anderson (2010). That is, the number must be at least 10 times the number of question items or observable variables but not lower than 100 samples to ensure that the coefficient obtained is not too low. The present study used an IWB questionnaire which was constructed based on De Jong and Hartog (2008; 2010), so the questionnaire was not new, and it had 17 items. Hence, the questionnaire needed translation and validation again to ensure that the meanings were equal in terms of culture, language, content, and concept. Back translation with a monolingual test based on Brislin (1986) was employed as this is a technique widely accepted for nursing research. Accordingly, the sample size should not be smaller than 170. To prevent problems with the drop-out rate and an incomplete number of samples, 5 percent was added to the calculated sample size (Gupta, Attri, Singh, Kaur, & Kaur, 2016). As a result, the sample size recruited from private hospitals and government hospitals was the same, at 210 from each type, totaling 420 samples. The return rate for the questionnaire was 96.40 % (400 FNMs).

Research Instrument

The questionnaire for collecting data had two parts.

Part 1 included socio-demographic data.

Part 2 was a Thai translation of the IWB scale (De Jong & Hartog, 2008; 2010). After gaining permission from the authors, the scale was translated into Thai using forward and backward translation (Brislin, 1986). The questionnaire had 17 items covering 4 indicators for each of these dimensions: innovative ideas exploration, ideas championing, and ideas implementation; innovative ideas generation had 5 indicators. Par-

ticipants responded to 5- point, Likert- scale questions (5 = strongly agree, 4 = agree, 3 = neither agree/nor disagree, 2 = disagree, and 1 = strongly disagree). The content validity of the instrument was tested by five experts for the item content validity index and the scale content validity index (I-CVI = 0.96, S-CVI = 0.81, ACP or Average Congruency Percentage = 0.89). The CVI was higher, as recommended by Burns and Grove (2001). The questionnaire was pilot-tested for reliability with 30 FNMs who had similar characteristics to the sample group and the Cronbach's alpha reliability coefficient was 0.86.

Ethical Considerations

This study was reviewed and approved by the Human Ethics Committee of Christian University, Thailand (CUT.02/2563). Before giving written consent, all participants were were informed about the objectives and methods of the study. Their involvement was voluntary, and they were able to withdraw at any time without any restrictions. All information was kept confidential and anonymous.

Data Collection

Four hundred and twenty questionnaires were sent to participants by post with a consent form and an information sheet explaining the objectives and method of the study, and a hard copy of the questionnaire. The information sheet contained the head of the research project's contact details in case participants had questions or any concerns to discuss with the researcher.

Data Analysis

1. Descriptive statistics were employed to analyze basic data with percentage, mean and standard deviation.

2. First-order confirmatory factor analysis (first-order CFA) and second-order confirmatory factor analysis (second-order CFA) were employed to test the curve of the normal distribution using the Kolmogorov-Smirnov test. It was found that the data distribution was normal. The factor analysis model was tested for congruence with empirical data using LISREL. Statistical values used for testing were set and they revealed the congruence between the model and the empirical data consisting of p-value > .05, χ^2/df < 3, GFI > 0.95, NFI > 0.95, CFI > 0.95, and RMSEA < 0.05 (Hair, Back, Babin, & Anderson, 2010).

Results

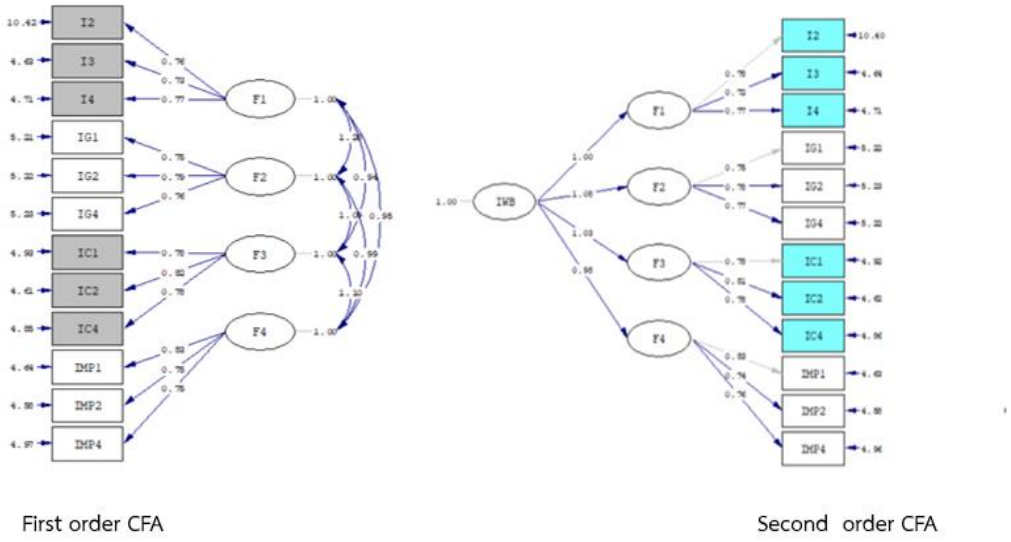
1. Demographic characteristics

The overwhelming majority of participants in both government and private hospitals were females (96.5% and 95%). The majority of ages ranged between 31-40 years of age (61% and 62%) and their average age was similar ($\bar{x}$ = 37.31, SD = 9.5; $\bar{x}$ = 39.45, SD = 4.25). Over 57% of the participants in government hospitals were married compared with 58% in private hospitals. The highest education level of the participants in both hospitals was a bachelor's degree (97.5% and 75%).

2. Components and indicators of IWB of FNMs in government and private hospitals

In government hospitals, the CFA IWB MODEL was congruent with the empirical data because the first- order CFA followed the goodness of fit model (χ^2 = 17.96, df = 48, p-value = 0.99, RMSE = 0.00). The second-order CFA was also consistent with the goodness of fit model (χ^2 = 18.97, df = 50, p-value = 0.99, RMSEA = 0.00). Finally, the components of the IWB CFA model were comprised of four factors (innovative ideas exploration, ideas generation, ideas championing, and ideas implementation) with 12 indicators. The component of innovative

ideas exploration included factors related to opportunities to improve things (I2), considering innovative opportunities (I3), and wondering how things can be improved (I4). Innovative ideas generation consisted of searching out new working methods, techniques, or instruments (IG1); creative problem solving (IG2); creating new ideas (IG3), and finding new approaches to execute tasks (IG4). Innovative ideas implementation was comprised of mobilizing support for innovative ideas (IC1); acquiring approval for innovative ideas (IC2); making important members of organizations enthusiastic for innovative ideas (IC3); and attempting to convince people to support ideas innovation (IC4). The last factor was innovative ideas implementtation related to transforming innovative ideas into useful applications (IMP1), systematically introducing innovative ideas into work practices (IMP2), contributing to the implementation of new ideas (IMP3), and putting effort into the development of new things (IMP4). Figure 1 shows first and second-order CFA in government hospitals.



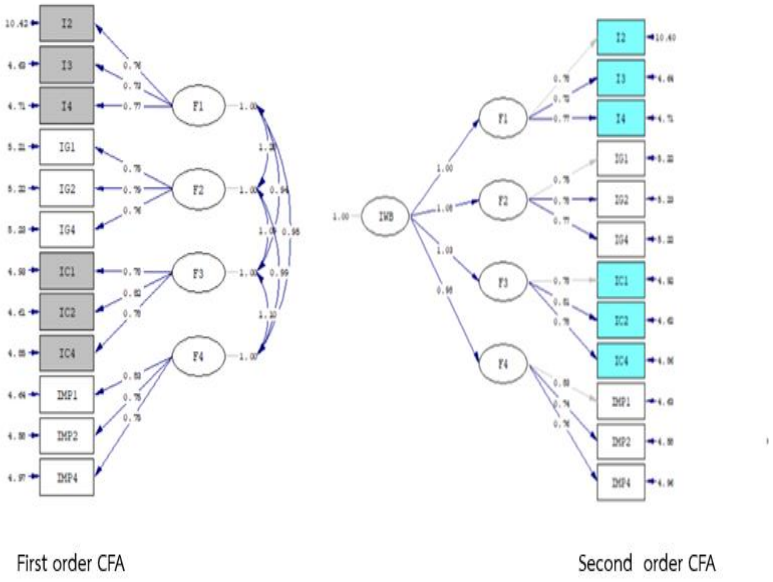
(χ^2_{first} = 17.96, df = 48, p-value = 0.99, RMSEA = 0.00)

($\chi^2_{secound}$ = 18.97, df = 50, p-value = 0.99, RMSEA = 0.00)

Figure1 First and second-order CFA in government hospitals

The results were different for private and overnment hospitals. The private hospital IWB CFA model was congruent with the empirical data because the first and second- order CFA conformed to the goodness of fit model (χ^2 = 42.04, df = 61, p-value = 0.96, RMSEA = 0.00; χ^2 = 38.26, df = 59, p-value = 0.98, RMSEA = 0.00). The private hospital IWB CFA model had the same four factors as government hospitals, but with 13 indicators. The first factor was innovative ideas exploration related to paying attention to issues that are not part of his/her daily work (I1), looking for opportunities to improve things (I2), and exploring new products or services (I5).

The second factor, innovative ideas generation, consisted of searching out new working methods, techniques, or instruments (IG1) ; generating original problem solutions (IG2), and creating new ideas (IG3). Factor three, innovation ideas championing, was similar in indicators to the government hospitals. The fourth factor, innovative ideas implementation, consisted of the first to third indicators (IMP1-IMP3) similar to government hospitals and the putting effort into the development of new things indicator (IMP4). Figure 2 shows first and second- order CFA in private hospitals.



(χ^2_{first} = 38.26, df = 59, p-value = 0.98 96 และ RMSEA = 0.00)
(χ^2_{second} = 42.04, df = 61, p-value = 0.96 และ RMSEA = 0.00)

Figure 2 First and second-order CFA in private hospitals.

Comparing the indicators of IWB among FMNs in government and private hospitals, it was found that both types of hospital had the same four IWB factors but had different numbers of indicators. There were 12 IWB indicators for government hospitals, with factor loadings ranging from 0.61 to 0.77 ($\lambda 1$ = 0.61-0.77). In private hospitals, the number of IWB indicators was 13 with factor loadings ranging from 0.63 to 0.75 ($\lambda 2$ = 0.63-0.75). In private hospitals, the additional IWB was attempting to convince people to support innovative ideas (IC4).

Table 1 shows that private hospitals had 13 indicators while government hospitals had 12. Three components had the same number of indicators: innovative idea exploration (3), innovative idea generation (3), and innovative idea implementation (3). However, innovative idea championing for government hospitals had 3 indicators while for private hospitals had 4, with the indicator that made them different being: make important organizational members enthusiastic for innovative ideas.

Table 1 Comparison of the IWB indicators between FMNs in government and private hospitals

IWB indicators	Indicator Frequency		Govt. hosp. 12 indicators	Pvt. Hosp. 13 indicators
	Govt. Hosp.	Pvt. Hosp.	Factor Loading ($\lambda 1$)	Factor Loading ($\lambda 2$)
1. Innovative idea exploration	3	3		
1.1 Pay attention to issues that are not part of his/her daily work (I1)			-	0.75
1.2 Look for opportunities to improve (I2)			0.76	-
1.3 Consider innovative opportunity (I3)			0.72	0.63
1.4 Wonder how things can be improved (I4)			0.77	-
1.5 Explore new products or services (I5)			-	0.63
2. Innovative idea generation	3	3		
2.1 Search out new working methods, techniques, or instruments? (IG1)			0.75	0.65
2.2 Generate original solutions to problems (IG2)			0.76	0.66
2.3 Create new ideas (IG3)			-	0.66
2.4 Find new approaches to executing tasks (IG4)			0.77	-
3. Innovative idea championing	3	4		
3.1 Mobilize support for innovative ideas (IC1)			0.76	0.63
3.2 Acquire approval for innovative ideas (IC2)			0.61	0.74
3.3 Make important organizational members enthusiastic for innovative ideas (IC3)			-	0.75

Table 1 Comparison of the IWB indicators between FMNs in government and private hospitals (continue)

IWB indicators	Indicator Frequency		Govt. hosp. 12 indicators	Pvt. Hosp. 13 indicators
	Govt. Hosp.	Pvt. Hosp.	Factor Loading (λ_1)	Factor Loading (λ_2)
3.4 Attempt to convince people to support an innovative idea (IC4)			0.74	0.66
4. Innovative idea implementation	3	3		
4.1 Transform innovative ideas into useful applications (IMP1)			0.63	0.67
4.2 Systematically introduce innovative ideas into work practices (IMP2)			0.74	0.68
4.3 Contribute to the implementation of new ideas (IMP3)			-	0.69
4.4 Put effort into the development of new things (IMP4)			0.76	-
Total	12	13		

Discussion

The results of the study revealed that both private and government hospitals had the same number of components (4 components) corresponding to those found by De Jong and Den Hartog (2010). This is probably because nowadays, business and healthcare organizations have similar visions, strategies, and goals focusing on being innovative organizations. Therefore, executives and administrators place importance on the promotion of creativity and innovation and transfer visions to all departments, not only at the organizational level but also work team and individual levels (Adair, 2007). Furthermore, De Jong and Den Hartog (2008, 2010) state that innovative work behavior is a characteristic of individuals who have new ideas and want to develop new things. Due to the fact that FNMs work closely with staff members or professional nurses who provide services in the organization, administrators must be determined to develop and encourage them to have creativity in thinking of new ideas in giving healthcare services in terms of product innovation, process innovation, and service innovation to enhance healthcare services (Kaya, Turan, & Aydin, 2016). Nevertheless, there is a different indicator in Component 3 which is Innovative idea championing. This component of government hospitals contains 3 indicators while, as a component of private hospitals, it contains 4 indicators. The indicator that government hospitals do not have, but which private hospitals do is: make important organizational members enthusiastic for innovative ideas. For private hospitals, FNMs focus on health business

management and implementing policy for professional nurses to practice. Head nurses are responsible for the improvement of work efficiency among nurses in the team and for building the team' s various types of IWB according to the cultural context of the organization. Because private hospitals are healthcare businesses, head nurses are required to work with marketing strategies and create innovations to achieve competitive advantages. For FNMs in government hospitals, the emphasis is on driving the work according to the policy of the Ministry of Public Health focusing on performance to meet the required indicators. In other words, they need to be evaluated based on the results of innovations that must meet the criteria required by the Ministry of Public Health (Nursing Division, 2018).

Additionally, another concept of IWB states that IWB is an individual's creativity crated according to the cultural context of the organization. Thus, development and creation of innovative work behavior of individuals are different depending on their capabilities in thinking of new ideas and creating new things that produce different results for individual performance based on the context and culture of the organization (Xerri, 2013; Ahmed, Ata, & Abd- Elhamid, 2019). However, some studies specify that IWB is an activity that leaders must have by creating personal interactions with members and colleagues who are all different (Hammond, Neff, Farr, Schwall, & Zhao, 2011; Kelley, Brandon, & McGrath, 2018). FNMs are important in implementing policies for nurses to practice and in improving the work efficiency of the team (Anderson, Dreu & Nijstad, 2004). Therefore, it is necessary for them to develop an innovative team to create a variety of innovations in line with the cultural context of the organization focusing on making profits (Hammond, Neff, Farr, Schwall, & Zhao, 2011). On the contrary, government hospitals place importance on work development in line with government policies focusing on benefits rather than profits. Therefore, head nurses must play a role in innovation management to keep up with changes and to promote the process of innovation management for the best results. Needless to say, the goals of private hospitals are management and healthcare services with more emphasis on business growth and competitiveness than government hospitals. Hence, for private hospitals, making profits for the hospital shows that they have effective leaders who can develop personnel to have creativity and new ideas continually, and that the leaders are competent in solving problems with new methods (Wuttirakkajon, 2017).

Therefore, it is evident that innovative work behavior is essentially required as part of the qualifications of first- line nurse managers or head nurses in order to manifest the significant signs of the ability to play a role as effective leaders. Moreover, the innovative work behavior of managers also shows personal behaviors connected between leader behavior and transformational leadership (Bass & Riggio, 2006).

Conclusions and Recommendations

In conclusion, this study demonstrates that the IWB components in government and private hospitals include the same four components or factors, but the numbers of indicators are different. Government hospitals

have 12 indicators while private hospitals have 13 indicators which depend on their different contexts and goals. First-line nurse managers are a major group in both government and private hospitals. Thus, the results of this study could be used to increase IWB among these groups. Hospitals should recruit smart FNMs and use a talent management system to further increase FNMs' ability to create suitable innovations in nursing organizations. The results of this study could also be used to control and evaluate FNMs' IWB abilities. It is recommended that future research should develop standardized instruments for the evaluation of IWB among FNMs**.** Researchers should also study relationships or structural equation models related to variables that affect IWB among FNMs which are the major group of nurse managers in nursing organizations.

Acknowledgments

The authors would like to thank all FNMs who participated in this study. We also extend our thanks to Christian University of Thailand for its financial support.

References

Adair, J. (2007). *Leadership for innovation: How to organize team creativity and harvest ideas*. London: Kogan Page.

Ahmed, K., Ata, A., & Abd-Elhamid, N. (2019). Relationship between the leadership behaviors, organizational climate and innovative work behavior among nurses. *American Journal of Nursing Research*, *7*(5), 870-878.

Anderson, R., Dreu, W., & Nijstad, A. (2004). The reutilization of innovation research: A constructively critical review of the state-of-the-science. *Journal of Organizational Behavior*, *25*(2), 147-174.

Asurakkody, A., & Shin, Y. (2018). Innovative behavior in nursing context. *Asian Nursing Research*, *12*(4), 237-224.

Bass, B. M., & Riggio, R. E. (2006*). Transformational leadership*. Mahwah, NJ: L.I Lawrence Erlbaum.

Brislin, W. (1986). The wording and translation of research instruments. In W. Lonner. & J. Berry *(Eds.), Field methods in cross-cultural research*. Newbury Park, CA: SAGE.

Burns, M., & Grove, K. (2001). *The practice of nursing research, conduct, critique, and Utilization* (4th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.

Contreras, F., Espinosa, C., Dornberger, U., & Acosta, C. (2017). Leadership and employees' innovative work behavior: Test of a mediation and moderation model. *Asian Social Science 13*(9), 9-25.

De Jong, J., & Hartog, D. (2008). *Innovative work behavior: Measurement and validation.* Zoetermeer: Amsterdam Business School.

De Jong, J., & Hartog, D. (2010). Measuring innovative work behavior. *Creativity and Innovation Management, 19*, 23-36.

Gupta, K., Attri, P., Singh, A., Kaur, H., & Kaur, G. (2016). Basic concepts for sample size calculation: Critical step for any clinical trial. *Saudi Journal of Anesthesia, 10*(3), 328–331.

Hair, F., Black, C., Babin, J., & Anderson, E. (2010). *Multivariate data analysis: A global perspective*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

Hammond, M., Neff, L., Farr, L., Schwall, R., & Zhao, X. (2011). Predictors of individual-level innovation at work: A meta-analysis. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts, 5* (1), 90–105.

Janssen, O. (2000). Job demands, perceptions of effort-reward fairness and innovative work behavior. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 73*(3), 287-302.

Kaya, N., Turan, N., & Aydin, G. O. (2016). Innovation in Nursing: A concept analysis. *Journal of Community & Public Health Nursing*, 1: 108. doi: 10.4172/2471-9846.1000108

Kelley, T., Brandon, D., & McGrath, J. (2018). Work arounds as a catalyst toward a culture of innovation. *Advances in Neonatal Care 18*(3), 163-164.

Kitsahawong, B., Singchungchai, P., & Sritoomma, N. (2020). The development of an innovative work behavior scale for first-line nurse managers in Private Hospitals. *Ramathibodi Nursing Journal*, *26* (2), 203-216.

Marquis, B. L., & Huston, C. J. (2017). *Leadership role and management function in nursing theory and application* (9th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott William & Wilkins.

Nursing Division, Ministry of Public Health. (2018). *Strategic Plans for National Nursing Services 2017-2021 according to the 20-Year National Strategic Plans (Public Health).* Bangkok: Suetawan Publishing. (in Thai)

Nursing Division, Ministry of Public Health. (2018). *Roles and duties of Registered Nurses.* Bangkok: Suetawan Publishing. (in Thai)

Pakokthom, B., & Vorathongchai, K. (2020). Thailand 4.0 competencies for professional nurses working in community hospitals level F1-F3. *Journal of Nursing and Health, 38*(3), 110-118. (in Thai)

Singchungchai, P. (2019). Innovative leadership in nursing management. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 6*(1), 260-266. (in Thai)

Thomas, W., Seifert, C., & Joyner, C. (2016). Registered nurses leading innovative changes. *The Online Journal of Issues in Nursing, 21*(3), 3.

Tung, V., Akkadechanunt, T., & Chontawan, R. (2014). Factors related to innovation behavior among nurses in Tertiary General Hospitals, the Central Region, The Socialist Republic of Vietnam. *Nursing Journal 41*(2) 117-132.

Xerri, M. (2013). Workplace relationships and the innovative behavior of nursing employees: A social exchange perspective. *Asia Pacific Journal of Human Resources, 51*(1), 102-123.

Emotional Intelligence and Job Performance of Nurses in Tertiary Hospitals of Xishuangbanna City, the People's Republic of China*
ความฉลาดทางอารมณ์และการปฏิบัติงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของเมืองสิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ซิงค์	กัว**	Xing	Guo**
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์***	Apiradee	Nantsupawat***
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul***

Abstract

Emotional intelligence is an important ability for improving job performance. This correlational study aimed to explore levels of emotional intelligence and job performance, as well as the relationships between the two, among nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna City, the People's Republic of China. The sample included 296 nurses working in two tertiary hospitals in Xishuangbanna City. Research instruments were the Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) (Wong & Law, 2002) and the Shortened Job Performance Scale (SJPS) (Greenslade, 2008) translated into Chinese by Lin (2012). The Cronbach's alpha coefficients were .94 and .92. The data were analyzed with descriptive statistics and Pearson's Product-Moment correlation.

The results of this study were as follows:

1. The mean score of overall emotional intelligence was at a moderate level ($\bar{X}$ =4.91, SD=0.84). In terms of each dimension of emotional intelligence, Self-Emotion Appraisal (SEA) was at a high level ($\bar{X}$ =5.61, SD=0.87), while Others' Emotion Appraisal (OEA), Regulation of Emotion in the self (ROE), and Use of Emotion to facilitate performance (UOE) were at moderate levels ($\bar{X}$ =4.55, SD=1.19; $\bar{X}$ =4.58, SD=1.20; $\bar{X}$ =4.90, SD=1.11).

2. The mean scores of task performance and contextual performance were at a moderate level ($\bar{X}$ =54.39, SD=10.57; $\bar{X}$ =67.54, SD=12.12).

* 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: gx18288087320@gmail.com

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

Received 3 July 2019; Revised 24 July 2019; Accepted 1 August 2019

3. There were significant positive relationships between emotional intelligence and task performance (r = .456, p<0.01) as well as emotional intelligence and contextual performance (r =.432, p<0.01).

Nursing administrators could develop strategies to improve nurses' emotional intelligence skills, enhancing overall work performance.

Keywords: Emotional intelligence, Job performance, Nurse, Tertiary hospital

บทคัดย่อ

ความฉลาดทางอารมณ์เป็นความสามารถที่สำคัญในการที่จะเพิ่มความสามารถการปฏิบัติงานของพยาบาล การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับของความฉลาดทางอารมณ์และการปฏิบัติงาน และความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และการปฏิบัติงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของเมืองสิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลจำนวน 296 คนที่ปฏิบัติงานใน 2 โรงพยาบาลระดับตติภูมิของเมืองสิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือการวิจัยได้แก่ 1) แบบวัดความฉลาดทางอารมณ์ (WLEIS) ของ หว่อง และ ลอ (Wong & Law, 2002) และ 2) แบบประเมินการปฏิบัติงานฉบับย่อ (SJPS) แปลเป็นภาษาจีนโดยลิน (Lin, 2012) ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคมีค่าเท่ากับ .94 และ .92 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ความฉลาดทางอารมณ์ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=4.91, SD=0.84) และในแต่ละด้านของความฉลาดทางอารมณ์ พบว่าด้านการตระหนักรู้อารมณ์ตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$=5.61, SD=0.87), ด้านการตระหนักรู้อารมณ์ผู้อื่น ด้านการควบคุมอารมณ์ของตนเอง ด้านการใช้อารมณ์ในการจัดการสิ่งต่าง ๆ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=4.55, SD=1.19; $\bar{X}$=4.58, SD=1.20; $\bar{X}$=4.90, SD=1.11)

2. ผลของการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน้าที่ และการปฏิบัติงานตามสถานการณ์อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$=54.39, SD=10.57; $\bar{X}$=67.54, SD=12.12)

3. มีความสัมพันธ์เชิงบวกระหว่างความฉลาดทางอารมณ์และการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน้าที่ (r= .456, p<0.01) และ ความฉลาดทางอารมณ์และการปฏิบัติงานตามสถานการณ์ (r = .432, p<0.01)

ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถพัฒนากลยุทธ์ในการเพิ่มทักษะความฉลาดทางอารมณ์ของพยาบาล ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางการพยาบาลมีผลการปฏิบัติงานดีขึ้น

คำสำคัญ ความฉลาดทางอารมณ์ การปฏิบัติงาน พยาบาล โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
**ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: gx18288087320@gmail.com
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 3 กรกฎาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 24 กรกฎาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 1 สิงหาคม 2562

Background and Significance

Job performance of nurses is becoming an important issue in healthcare systems, as nurses' performance during work directly affects health-related patient outcomes (Lee, Chang, Pearson, Kahn, & Rubenstein, 1999). Job performance (JP) refers to the behaviors performed by nurses that contribute directly to the organization's technical core (task performance) and these behaviors maintain the broader social environment in which the technical core must function (contextual performance). (Greenslade & Jimmieson, 2007).

Emotional intelligence (EI) is the ability to assess one's own and other's feelings and emotions, to discriminate among them, and to use this information to guide one's thinking and actions (Salovey & Mayer, 1990). EI consist of four dimensions: self-emotion appraisal (SEA); other's emotion appraisal (OEA); regulation of emotion in the self (ROE); and use of emotion to facilitate performance (UOE).

Emotional intelligence is one of the most significant personal factors related to job performance. Previous studies in China found that EI can positively affect JP (Lei, 2010; Tao & Song, 2012). However, Chinese scholars used the six-D Job Performance Scale (Schwirian, 1978) to measure nurses' JP, which focused on task performance only, but did not test the data from contextual performance. The behaviors of nurses' contextual performance need to be added in China.

Nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna must have EI abilities, for instance, considering the different cultural backgrounds of patients during nursing care, trying to understand these patients' feelings and emotions during nursing work, and expressing their own emotions in an appropriate way while using positive emotions to guide nursing care; however, tests of EI and JP have still not been administered in Xishuangbanna city.

Objectives

1. To examine nurses' emotional intelligence (EI) in tertiary hospitals in Xishuangbanna city, the People's Republic of China.

2. To examine nurses' job performance (JP) in tertiary hospitals in Xishuangbanna city, the People's Republic of China.

3. To explore the relationship between nurses' EI and their task performance, as well as the relationship between nurses' EI and their contextual performance in tertiary hospitals in Xishuangbanna city, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of EI was based on the Ability Model of Emotional Intelligence (Salovey & Mayer, 1990) which defined Emotional intelligence as the ability to monitor one's own and other's feelings and emotions (SEA, OEA), to discriminate among them (ROE), and to use this information to guide one's thinking and actions (UOE).

JP refers to the behaviors performed by nurses that directly contribute to the technical core of organization (task performance) and those behaviors that maintain the wider social environment (contextual performance) in which the technical core must function (Greenslade, 2007). EI allows nurses to observe and understand their own emotions, and those of the patients and others. This makes nurses more likely to take time to meet the emotional needs of patients and listen to families' concerns (task performance). Meanwhile, EI abilities help

nurses regulate their emotions to a normal state quickly, and use emotions in an appropriate way to guide their work. This helps them inspire the morale of other nurses in their department, and share their knowledge with other nurses (contextual performance).

Methodology

Population and Sample

The target population of this study includes all nurses in two tertiary hospitals.

The sample size of this study was calculated using the formula of Yamane (1973) at the level of significance of 0.05. Considering the possible loss of sample, 20% (Hogg 1995) of the sample size (55 nurses) was added. A stratified random sampling method was employed. A total of 328 questionnaires were distributed, 309 were returned, and 296 (90.24%) were analyzed.

Research Instruments

1. A Demographic Data Form developed by the researcher; closed-end questions were used to collect relevant information from the participants.

2. The Chinese Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS) consists of 16 items. Each item was rated by a 7-point Likert scale ranging from 1 (totally disagree) to 7 (totally agree) (Wong & Low, 2002). The mean score was used to measure each dimension and the overall scores of EI with a higher score indicating higher emotional intelligence.

3. The Chinese Version of Shortened Job Performance Scale (SJPS), developed by Greenslade (2008) and translated by Lin (2012), consists of 25 items including task performance and contextual performance. The items belonging to task performance were answered with a 7- point Likert scale which ranged from 1 (poor) to 7 (excellent). The total score was obtained through summing scores of each item in the task and contextual parts, with a range from 11 to 77 for task performance and 14 to 98 for contextual performance. A higher score indicated a higher level of task and contextual performance.

For the validity of instruments, the Chinese WLEIS was used without changing any words in the instrument, so test validity was not necessary to prove again (Wong & Low, 2002). The validity of the Chinese SJPS displayed a good convergent and criterion validity (Lin, 2012). The reliabilities of the Chinese WLEIS and the Chinese version of the Shortened Nursing Performance Scale were tested in this study. A pilot study was conducted with 20 randomly selected nurses who had the same characteristics before data collection. The Cronbach's α coefficient of the overall WLEIS was 0.942 and the dimensions of SEA, ROE, UOE, and OEA were 0.840, 0.943, 0.909, and 0.940, respectively. The Cronbach's α coefficient of the overall SJPS was 0.942, of Task Performance, 0.856, and Contextual Performance, 0.873.

Ethical Considerations

The study was approved by the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Permission to collect data was obtained from the target hospitals. All participants were informed about the objectives and methods of this study and notified about the right to refuse or withdraw this study at any time without being penalized or affected regarding any benefits.

Data Collection

After getting permission from the directors of tertiary 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 a lock box proved in the nursing department. Out of 358 questionnaires distributed, 321 questionnaires were returned (89.66%), 30 questionnaires were incomplete and 37 questionnaires have missing data, Thus, 291 (81.28%) were used for data analysis.

Data Analysis

The statistical package for the social sciences (SPSS) English version 13.0 was used. The significance level was set at 0.01. Mean and standard deviation were used to analyze the level of each dimension of nurses' EI and JP. The relationship was analyzed by using correlation statistics.

Before analysis, data distribution was checked by Kolmogorov-Smirov's (KS). Pearson's Product-Moment correlation was used to examine the relationship between EI and Task Performance, as well as EI and Contextual Performance: $r < 0.3$ was considered a weak relationship, $r = 0.3$-0.5 was regarded as a moderate relationship, and $r > 0.5$ was considered a strong relationship (Burns & Grove, 2009).

Results

1. The samples reported that overall EI was at a moderate level (Table 1).

2. The samples reported that task performance was at a moderate level. In addition, contextual performance was indicated at a moderate level. (Table 2)

Table 1 Mean, Standard Deviation and Level of Overall and Each Dimension of Emotional Intelligence of the Subjects (n = 296)

Emotional Intelligence	Mean	SD	Level
Overall EI	4.91	0.84	Moderate
Self-emotion appraisal (SEA)	5.61	0.87	High
Other's emotion appraisal (OEA)	4.54	1.20	Moderate
Regulation of emotion in the self (ROE)	4.57	1.19	Moderate
Use of emotion to facilitate performance (UOE)	4.89	1.10	Moderate

Table 2 Mean, Standard Deviation and Level of Each Dimension of Job Performance of the Subjects (n = 296)

Domain of Job Performance	Range	Mean	SD	Level
Task performance	19-77	54.29	10.48	Moderate
Social support	4-28	18.85	4.47	Moderate
Information provision	7-28	19.32	4.56	Moderate

Table 2 Mean, Standard Deviation and Level of Each Dimension of Job Performance of the Subjects (n = 296) (continue)

Domain of Job Performance	Range	Mean	SD	Level
Technical care	4-21	16.12	3.02	High
Contextual performance	20-98	67.14	12.04	Moderate
Interpersonal support	5-35	25.51	4.37	High
Job-task support	4-28	16.48	4.83	Moderate
Organizational support	9-35	25.14	4.88	High

3. There was a significantly moderate positive relationship between Emotional Intelligence and Task Performance ($r = .456$, $p < 0.01$), as well as a significantly moderate positive relationship between Emotional Intelligence and Contextual Performance ($r = .432$, $p < 0.01$).

Discussion

Nurses' Emotional Intelligence

The results of this study showed that nurses were at a moderate level for overall emotional EI. In this study, the dimension of SEA showed a high level, while the other three dimensions (OEA, ROE, and UOE) were found at moderate levels.

Self-emotional Appraisal (SEA): The results illustrated that nurses can understand their deep emotions and express these emotions naturally and well. One possible reason might be due to the fact that nurses can keep their emotions in check and balance. This kind of emotional awareness can contribute to the ability to understand their emotions well (Rojell, Pettijohn, & Parker, 2006).

Other's Emotional Appraisal (OEA): It can be seen that the sample nurses were not sensitive to other's emotions and could not understand them well. A reasonable explanation might be that high stress during work makes nurses feel emotionally exhausted and lacking the energy to care about other's feelings (Fernández-Castro et al., 2017). Serious stress during work makes them ignore others' emotions sometimes. Therefore, the sample nurses received a moderate level for OEA.

The results showed that sample nurses reported a moderate level in regulation of emotion in the self (ROE). About half of the sample nurses agreed that they had a good ability to control their tempers and emotions as illustrated in items of "I am able to control my temper so that I can handle difficulties rationally" (52.37%). The ability to control emotions helps nurses calm down quickly in nervous or hysterical conditions. Moreover, the high workload causes nurses to not have enough energy to manage their own emotions. The exhausted emotion caused by heavy workload means they are more likely to lose their temper, and it is not easy for them to calm down (Greenglass et al., 2001).

The nurses had a moderate level of use of emotion to facilitate performance (UOE) in this study. Under the Chinese medical organization structure, nurses work with less respect and are often regarded as assistants of physicians (Qiao & Wang, 2010). A previous study found that nurses' professional self-conception had significant negative association with low personal accomplishment (Cao, Chen, Tian,

Diao, & Hu, 2015). When nurses perceive themselves with less respect and autonomy in their working environment, they may be less likely to motivate and encourage themselves to do better.

Nurses' task performance

The results revealed that task performance was at a moderate level. Task performance refers to the behaviors that directly contribute directly to an organization's technical core (social support, information provision, technical care).

The explanation as to why the sample nurses perceived a moderate level of social support might be that hospitals and professionals in China pay more attention to curing a patient's physical illness as soon as possible (Bai, 2018). Nursing care rather focuses on those behaviors that are the most urgent and most necessary to the patients, such as medical administration, intravenous injections or indwelling catheters (Lan, Zhao & Yang, 2007). Under this environment, nurses may be less likely to offer social support to patients. The explanation for this may be that sample nurses perceived a moderate level of information provision which might be the result of lower work autonomy for nurses in China in which nurses are often seen as doctors' helpers and do not have an opportunity to really control and direct their job performance (Qiao & Wang, 2010). Nurses who work in a less autonomous environment are more likely to focus on basic nursing care and have no motivation to learn more or give more information to others. The results showed a high level of technical care. One possible reason could be that the sample hospitals paid attention to the development of nurses' technical care like many other hospitals in China, so the nurses took it seriously and got high scores in this dimension (Wan & Huang, 2007).

Nurses' contextual performance

Contextual performance was defined as behaviors that maintain the broader social environment in which the technical core must function (interpersonal support, job-task support, organizational support).

Interpersonal support refers to the behaviors that assist team members; it was at a high level. One possible reason could be that there is a harmonious interpersonal relationship among nurses as well as trust between the organization and staff, creating a willingness in nurses to help and support each other in the sample hospitals. Altuntas and Baykal (2010) found that nurses who trust their institutions, managers, and co-workers demonstrated behaviors of promoting group work effectiveness and improving coordination in teamwork more frequently.

The results revealed that the job-task support of sample nurses was at a moderate level. A possible reason might be that this is due to professional training courses that enhance nurses' work motivation, but there are also limited medical resources in public hospitals.

Organizational support refers to additional behaviors and duties for the hospital, for example assisting hospital committees to ensure that materials and equipment are not wasted or participating in meetings regarding the hospital (Greenslade & Jimmieson, 2007).

The results showed a high level. It seems that nurses from tertiary hospitals in Xishuangbanna City are willing to support their hospitals. The explanation might be adequate support from supervisors or head nurses could increase the nursing behaviors of organizational

support in hospitals (Fu, 2018). Perceived support from supervisors or head nurses makes nurses turn it back to the organization during daily work in the sample hospitals.

The relationship between nurses' EI and Task Performance

The results showed a moderate positive relationship between nurses' EI and task performance ($r = .456$, $p < 0.01$) which indicated that nurses who have high levels of emotional intelligence were usually able to do better in task performance.Previous studies found that employees who have high EI are able to understand their clients' needs and provide them with constructive feedback (Praveen & Narashiman, 2013). They tend to be positive and active in directing their emotions toward good job outcomes (Law, Wong, Huang, & Li, 2008) and be more competent and accurate at work as compared to employees who score lower in EI (Dhani et al., 2016). Therefore, when nurses have higher ability in emotional intelligence, they are more likely to be sensitive to patients' emotional needs, and are then able to offer social support appropriately, as well as be more self-motivated and accurate during nursing work. That is why nurses who have high levels of EI usually do better in task performance.

The relationship between nurses' EI and Contextual Performance

The findings indicated that there was a moderate positive correlation between EI and contextual performance ($r = .432$, $p < 0.01$). That means nurses who have high levels of emotional intelligence may score higher in contextual performance. Scholars found that employees with high emotional intelligence are said to have better working relationships with other employees (Dhani et al., 2016). They trust in consistent learning and concentrate on imparting vision, and also are often considered as "star performers" (Dhani et al., 2016; Joseph & Newman, 2010). In addition, they could create greater satisfaction in their jobs, and make employees more committed to the organization and less likely to leave organizations (Law et al., 2008; Praveen & Narashiman, 2013). Therefore, nurses who have high emotional intelligence would have better working relationships with others, more concentration on work, and would be more loyal to the organization. Therefore, they can perform better on the contextual performance part.

Conclusion

Nurses from tertiary hospitals in Xishuangbanna City reported that the overall scores for EI were at a moderate level. In terms of each dimension of EI, the mean score of SEA was indicated at a high level. ROE, UOE, and OEA were at a moderate level. Additionally, the scores for task performance and contextual performance were at a moderate level.

There was a significantly positive relationship between EI and Task Performance for nurses' who work in tertiary hospitals in Xishuangbanna City ($r = .456$, $p < 0.01$) and a significantly positive relationship between EI and Contextual Performance of those nurses ($r = .432$, $p < .01$).

Implications and Recommendations

Further study is necessary using different samples (nurse managers) and different types of hospitals (private hospitals, secondary hospitals, or primary hospitals) in China. EI is an important ability in any working environment, and further study could explore how to enhance EI by developing interventions and strategies focused

on increasing EI in future and current working nurses.

References

Altuntas, S., & Baykal, U. (2010). Relationship between nurses' organizational trust levels and their organizational citizenship behaviors. *Journal of Nursing Scholarship, 42*(2), 186-194.

Bai, K. (2018). *Social support and job performance of ICU nurses in tertiary hospitals of Kunming, The People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research conduct, critique, and utilization.* Philadelphia: W.B. Saunders.

Cao, X., Chen, L., Tian, L., Diao, Y., & Hu, X. (2015). Effect of professional self concept on burnout among community health nurses in Chengdu, China: The mediator role of organisational commitment. *Journal of Clinical Nursing, 24*(19-20), 2907-2915.

Fernández-Castro, J., Martínez-Zaragoza, F., Rovira, T., Edo, S., Solanes-Puchol, Á., Martín-del-Río, B., . . . Doval, E. (2017). How does emotional exhaustion influence work stress? Relationships between stressor appraisals, hedonic tone, and fatigue in nurses' daily tasks: A longitudinal cohort study. *International Journal of Nursing Studies, 75*(2), 43-50.

Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 11*(3), 211-215.

Greenslade, J. H. (2008). Organisational *factors impacting on patient satisfaction: An examination of service climate, effort, and performance* (Unpublished doctoral dissertation). School of psychology, the University of Queensland, Australia.

Greenslade, J. H., & Jimmieson, N. L. (2007). Distinguishing between task and contextual performance for nurses: Development of a job performance scale. *Journal of Advanced Nursing, 58*(6), 602-611.

Hogg, R. V., & Craig, A. T. (1995). *Introduction to mathematical statistics (5th ed.).* Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: An integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology, 95*(1), 54.

Lan, M. J., Zhao, R. W., & Yang, Y. (2007). Study for the effects of nurse extended working hours on daily fatigue and job satisfaction. *Journal of Nurses Training, 24*(1), 2214-2216.

Law, K., Wong, C., Huang, G., & Li, X. (2008). The effects of emotional intelligence on job performance and life satisfaction for the research and development scientists in China. *Asia Pacific Journal of Management, 25*(1), 51-69. doi:10.1007/s10490-007-9062-3

Lee, J. L., Chang, B. L., Pearson, M. L., Kahn, K. L., & Rubenstein, L. V. (1999). Do what nurses do affect clinical outcomes for hospitalized patients? A review of the literature. *Health Services Research, 34*(5), 1011.

Lin, K. (2012). *Fatigue and job performance among nurses in tertiary hospitals, Yunnan Province, The People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Ling Z., Petsunee T., Bunpitcha C., (2019). Perceived leader-member exchange and patient safety culture among nurses in tertiary hospitals, Kunming, the People's Republic of China. *Nursing Journal, 46*(2), 210-223.

Praveen, R. N. T., & Narashiman, K. (2013). Emotional intelligence and work performance: A conceptual study. *Journal of Mechanical and Civil Engineering, 2013*(1), 62-68.

Qiao, G. H, & Wang, J. N. (2010). Survey on job satisfaction, career development and organizational support among nurses. *Journal of Nursing Science, 25*(3), 52-54.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination Cognition and Personality, 9*(3), 185-211.

Schwirian, P. M. (1978). Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research, 27*(6), 347-351.

Wong, C. S., & Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly, 13*(3), 243-274.

Wilaiporn N., Pacharawan K., Lawan S., Chompoo B., Sukanya M., (2018). Effect of emotional quotient promoting program on emotional quotient among nursing students. *Nursing Journal, 45*(1), 110-121.

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

Perceived Organizational Support and Proactive Work Behavior of Temporary Nurses in Tertiary Hospitals in Xishuangbanna City, the People's Republic of China*

การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกของพยาบาลลูกจ้างชั่วคราว ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของเมืองสิบสองปันนา สาธารณรัฐประชาชนจีน*

หง	จาง**	Hong	Zhang**
ฐิติณัฏฐ์	อัคคะเดชอนันต์***	Thitinut	Akkadechanunt***
กุลวดี	อภิชาตบุตร****	Kulwadee	Abhicharttibutra****

Abstract

Proactive work behavior is necessary for nurses as it contributes to organizational outcomes, and previous research has found that perceived organizational support is one of the factors that influences the proactive behavior of personnel. This descriptive correlational study aimed to explore perceived organizational support and proactive work behavior, and to examine the relationship between the two in nurses. The sample included 271 temporary nurses who work in 2 tertiary hospitals in Xishuangbanna city, Yunnan Province, China. Research instruments consisted of the Survey of Nurse Perceived Organizational Support (SNPOS) developed by Wang et al. (2014) and the Proactive Work Behavior Scale (PWBS) developed by Parker and Collins (2010) and translated into Chinese by Mu (2017). The Cronbach's alpha coefficient of SNPOS and PWBS were 0.96 and 0.88, respectively. Descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation were used to analyze data.

Results revealed:

1. The level of overall perceived organizational support of temporary nurses was high ($\bar{X}$ = 3.89, SD = 0.72).

2. The level of overall proactive work behavior as perceived by temporary nurses was at a moderate level ($\bar{X}$ = 2.95, SD = 0.61). Sub-dimensions of proactive work behavior, which include problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge as perceived by temporary nurses, were at moderate levels ($\bar{X}$ = 3.20, SD = 0.75; $\bar{X}$ = 2.74, SD = 0.80; $\bar{X}$ = 2.96, SD = 0.75; $\bar{X}$ = 2.91, SD = 0.79, respectively).

3. There was a significant positive correlation between perceived organizational support overall, as well as for each sub-dimension of proactive work behavior including problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge ($r = .25$, $p < .01$; $r = .19$, $p < .01$; $r = .23$, $p < .01$; $r = .25$, $p < .01$; $r = .17$, $p < .01$, respectively).

Results could provide valuable information for hospitals and nurse administrators to be aware of the importance of offering organizational support for nurses in order to ameliorate proactive work behavior.

* 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; e-mail: thitinut.a@cmu.ac.th

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

Received 1 July 2019; Revised 22 July 2019; Accepted 1 August 2019

Keywords: Perceived organizational support, Proactive work behavior, Temporary nurse, Tertiary hospitals

บทคัดย่อ

พฤติกรรมการทำงานเชิงรุกมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลเนื่องจากก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร และงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการรับรู้การสนับสนุนขององค์กรเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการพฤติกรรมการทำงานของบุคลากร การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนขององค์กรและพฤติกรรมการทำงานเชิงรุก และเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนขององค์กรและพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกของพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลลูกจ้างชั่วคราวที่ทำงานอยู่ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่งในเขตปกครองตนเองสิบสองปันนา มณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวนทั้งสิ้น 271 คน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย แบบสำรวจการสนับสนุนจากองค์กรตามการรับรู้ของพยาบาล (SNPOS) ที่พัฒนาขึ้นโดย หวัง และคณะ (Wang et al., 2014) และแบบประเมินพฤติกรรมการทำงานเชิงรุก (PWBS) ที่พัฒนาโดย ปาร์คเกอร์ และ คอลลินส์ (Parker & Collins, 2010) และถูกแปลเป็นภาษาจีน โดย มู่ (Mu, 2017) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อัลฟ่าของครอนบาคของ SNPOS และ PWBS เท่ากับ 0.96 และ 0.88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับของการสนับสนุนขององค์กรตามการรับรู้ของพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$= 3.89, SD = 0.72)

2. ระดับของพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกโดยรวมตามการรับรู้โดยพยาบาลลูกจ้างชั่วคราวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.95, SD = 0.61) ระดับของพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกรายด้านซึ่งประกอบด้วย การป้องกันการเกิดปัญหา การสร้างนวัตกรรมของบุคคล การแสดงความเห็น และการลงมือปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.20, SD = 0.75; $\bar{X}$= 2.74, SD = 0.80; $\bar{X}$= 2.96, SD = 0.75; $\bar{X}$= 2.91, SD = 0.79, ตามลำดับ)

3. การรับรู้การสนับสนุนขององค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกอย่างมีนัยสำคัญทั้งโดยรวม และด้านการป้องกันการเกิดปัญหา การสร้างนวัตกรรมของบุคคล การแสดงความเห็น และการลงมือปฏิบัติ (r =.25, p<.01; r =.19, p<.01; r =.23, p<.01; r =.25, p<.01; r =.17, p<.01 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงข้อมูลที่สำคัญสำหรับผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลที่ต้องตระหนักถึงความสำคัญของการให้การสนับสนุนขององค์กรสำหรับพยาบาล เพื่อที่จะพัฒนาพฤติกรรมการทำงานเชิงรุกของพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การสนับสนุนขององค์กรตามการรับรู้ การทำงานเชิงรุก พยาบาลลูกจ้างชั่วคราว โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

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

วันที่รับบทความ 1 กรกฎาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 22 กรกฎาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 1 สิงหาคม 2562

Background and significance

The increasing demand for quality of health services (Porto & Dall' Agnol, 2016), as well as improving patient safety in a resource-insufficiency environment are tough tasks for healthcare organizations (Warshawsky, Havens, & Knafl, 2012). In Yunnan province, China, the continuing changing policies, such as "quality of care" and "hospital accreditation" (MOH of Yunnan 2012a, 2012b), challenge hospitals to become effective and highly productive. To handle the increasing complexity, discarding traditional work models, accepting continuous changes, respecting creativity, and acting flexibly to emerging work patterns and opportunities (Plsek & Greenhalgh, 2001) were required of nurses. Nurses who can be proactive at work, aware of new chances, and generate and speak up with new useful ideas in order to help prevent reoccurring problems and improve the effectiveness of work procedures are needed. This benefits hospitals to quickly adapt to changes and challenges, and to focus on improving and changing the internal organization. Proactive work behavior (PWB) is an active work behavior that starts with the individual focusing on bringing positive changes to themselves or to the environment and looking towards the future, seeking a positive change in the internal organization environment. It includes four sub-dimensions: problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge (Parker & Collins, 2010). Healthcare organizations need employees to go beyond narrow task requirements and carry out active, self-starting, future-oriented proactive behaviors (Belschak, Den Hartog, & Fay, 2010). Proactive work behavior has confirmed its effect on quality of care (Farrell, 2012), patient outcomes (Wade, 2012) and nursing innovation (Baumann, 2011), and a supportive organizational culture positively influences employees' proactivity at work (Bindl & Parker, 2010).

In nursing, Wang, Zhang and Qian, (2014) defined perceived organization support (POS) as nurses' perceptions of the extent to which their department or hospital gives them support, values their contribution and cares for their wellbeing in the nursing process. Nurses view POS as whether they receive favorable or unfavorable treatment from the hospital (Rhoades & Eisenberger, 2002). When they receive favorable treatment, they are likely to repay the hospital with positive attitudes and favorable work behaviors, and according to Eisenberger and his colleagues (1986), and Eisenberger, Stinglhamber, Vandenberghe, Sucharski, and Rhoades (2002), nurses who have high levels of POS are more conscientious about completing their work responsibilities than those with low levels, as well as perceiving higher job satisfaction (Aung, Akkadechanunt, & Chontawan, 2014). They are likely to behave proactively towards their organization, showing proactive work behavior during the nursing process.

In China, nurses perceive that they have less pay, promotions, and learning opportunities than doctors do (Zhang & Cao, 2008), as well as a high workload but unfair distribution of resources and low social recognition (Liu, Liu, Zhang, Guo, & Zhu, 2014). Heavy workload, shortage of nurses, needs for continuing education (Liu et al., 2011), and changes in policy and economy (Feng, 2012) could influence nurses' perception of hospital support. When comparing permanent and temporary nurses working in China, temporary nurses receive lower salaries (Sohu, 2016), as well as lower "professional development opportunities" and "welfare benefits" (Hou, 2014). There are no incentive mechanisms or opportunities to study abroad even though they are excellent at their work (Yi et al., 2014). Temporary nurses received less

recognition and praise for their working ability (Yi, Li, & Wei, 2014), felt lack a sense of belonging which triggers a decrease in their obligations towards the organization (Sun, Ma, & Zhu, 2013), and became less proactive at work. However, Yan (2012) reported that, in Yunnan, temporary nurses constituted 63-85% of hospital nurses. In Xishuangbanna tertiary hospitals, they constituted 63% of total nurses (calculated by the researcher from the data offered by the two hospitals). As the majority of nursing teams, if they perceive less than enough support from their organization, it might influence their performance and proactive work behavior.

Many scholars have explored the POS of nurses worldwide. The results showed that the POS of nurses was inconsistent, ranging from low to high levels in different countries. However, few scholars have explored PWB among nurses and showed a low to high level of PWB. While in China, only Mu (2017) explored PWB among head nurses, in Thailand, Sanghon, Thungjaroenkul, and Nantsuupawat (2017) found a positive relationship between them in nursing. Little is known about the relationship between POS and PWB. Therefore, it is necessary to explore the relationship between POS and PWB among temporary nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna city.

Objectives

This study aimed to explore perceived organizational support and proactive work behavior, and to examine the relationship between perceived organizational support and proactive work behavior of temporary nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna city, China.

Conceptual Framework

The concept of perceived organizational support is based on the organizational support theory developed by Eisenberger et al. (1986). Perceived organizational support of nurses was defined by Wang et al. (2014) as the nurses' perception of the extent to which their department or hospital gives them support, values their contribution and cares for their wellbeing in the nursing process. The concept of proactive work behavior was based on the proactive behavior model developed by Parker and Collins (2010). Proactive work behavior was defined as an active work behavior that starts with the individual, focusing on bringing positive changes to themselves or to the environment and looking towards the future, seeking a positive change in the internal organization environment. It includes four subdimensions: problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge. Employees who perceived that their organization values their contribution at work and cares about their wellbeing are more likely to act proactively towards their organization's goals. The relationship between POS and PWB of temporary nurses was tested in this study.

Methodology

Population and Sample

This descriptive correlational study was conducted among 620 temporary nurses in two tertiary hospitals in Xishuangbanna city, China including the People's Hospital of Xishuangbanna Dai Nationality Autonomous Prefecture and the Xishuangbanna Agricultural Reclamation Hospital.

The inclusion criteria were temporary nurses who have at least one year of working experience and provided direct nursing care to patients. The exclusion criteria were temporary nurses who were nurse managers or nurses who were on maternity leave or sick leave, and those continuing their education. According to Yamane's formula (1973) and considering the 20% loss of subjects, the total sample was 292

temporary nurses. They were selected from each department of the two hospitals using a stratified proportional sampling method. A total of 292 questionnaires were distributed, and 271 questionnaires were completed for data analysis.

Research instruments

The research instruments used in this study consisted of three parts:

1. The demographic data form developed by the researcher.

2. The Survey of Nurse Perceived Organizational Support, developed by Wang et al. (2014), consisting of 15 items with a 5-point Likert scale (1 = strongly disagree; 5 = strongly agree), in which items were summed up and the mean score was reported and classified as high (mean score 3.67-5.00), moderate (mean score 2.34-3.66) or low (mean score 1.00-2.33).

3. The Proactive Work Behavior Scale developed by Parker and Collins (2010) and translated into Chinese by Mu (2017). This scale consisted of 13 items, including 4 subdimensions: problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge, with a 5-point Likert scale (1 = very infrequently; 5 = very frequently). Items were summed up and the mean score was reported, and classified as high (mean score 3.68-5.00), moderate (mean score 2.34-3.67) or low (mean score 1.00-2.33).

The validity of the Survey of Nurse Perceived Organizational Support was a perceived support factor and accounted for 60.83% of the total variances and the Scale-level content validity index (S-CVI) was 0.94 (Wang et al., 2014). The confirmatory factor analysis (CFA) of the Proactive Work Behavior Scale indicated all factor loadings were statistically significant and greater than 0.4 (Parker &Collins, 2010). The Cronbach's alpha coefficients of the perceived organizational support and proactive work behavior scales were 0.96 and 0.88, respectively.

Ethical considerations

The study was approved by the Research Ethics Review Committee, Faculty of Nursing, Chiang Mai University. Permission to collect data was obtained from the directors of each tertiary hospital. All subjects were informed about the objectives and methods of this study and notified about the right to refuse or withdraw from this study at any time without being penalized or losing any benefits. The confidentiality and anonymity of each subject was guaranteed.

Data Collection

After getting permission from the directors of each tertiary hospital. The researcher met with the nursing directors to explain the objectives and the process of data collection. The package of questionnaires included an information sheet, a research consent form, and the questionnaires, and two envelopes were distributed to the subjects. The subjects were asked to keep the information letter and to return the questionnaires and consent form in separate sealed envelopes. A total of 292 questionnaires were distributed, and 271 questionnaires were completed for data analysis.

Data Analysis

Data were analyzed using a statistical software package. Frequency, percentage, mean and standard deviation were used to analyze POS and PWB. The results of Kolmogorov-Smirnov's (KS) test showed that the perceived organizational support of subjects was normally distributed ($p = 0.23$), while the proactive work behavior was not normally distributed ($p = 0.05$). Therefore, Spearman's rank-order correlation was used to analyze the relationship between POS and PWB.

Results

1. Among the subjects, 74.54% of subjects were aged between 21 to 30 years with an average age of 28.57 years (SD = 4.93), 96.31% of subjects were female and 57.20% of subjects were married. Most subjects held an associates' degree (66.42%), while 54.98% of subjects were senior nurses. In this study, 79.34% of subjects had been working as nurses in the hospital for 1 to 10 years with an average number of 7.11 years (SD = 5.02). In addition, 82.66% worked in rotating shifts and 41.70% earned 4,000-5,000 RMB per month.

2. The subjects perceived organizational support at a high level ($\overline{X}$ = 3.89, SD = 0.72), and perceived overall proactive work behavior ($\overline{X}$ = 2.95, SD = 0.61) and each subdimension of proactive work behavior at a moderate level (Table 1).

Table 1 Mean, Standard Deviation, and Level of Perceived Organizational Support and Proactive Work Behavior as Perceived by Subjects (n = 271)

Variables	Mean	SD	Level
Perceived Organizational Support	3.89	0.72	High
Overall Proactive Work Behavior	2.95	0.61	Moderate
Problem Prevention	3.20	0.75	Moderate
Individual Innovation	2.74	0.80	Moderate
Voice	2.96	0.75	Moderate
Taking Charge	2.91	0.79	Moderate

3. There was a significant weak positive correlation between perceived organizational support and overall ($r = .25$, $p < .01$) and each sub- dimension of proactive work behavior, problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge (Table 2).

Table 2 Spearman's Rank-Order Correlations between Perceived Organizational Support and Overall and Each Sub-dimension of Proactive Work Behavior as Perceived by Subjects (n = 271)

Proactive Work Behavior	Perceived Organizational Support
Overall	.25**
Sub-dimensions	
Problem Prevention	.19**
Individual Innovation	.23**
Voice	.25**
Taking Charge	.17**

**p<.01

Discussion

1. Perceived organizational support for temporary nurses in tertiary hospitals of Xishuangbanna city, China.

The results of this study found that subjects perceived organizational support at a high level which indicated that subjects have received high support from their hospital as they expected. The results were inconsistent with Zhao, Feng and Zhao (2015) and You (2018) who used similar instruments but found POS at moderate level. The reason might be that subjects in this study were working in smaller hospitals, and they felt more valued, as small organizations have less formalized policies and procedures (Dekker & Barling,1995) which can be flexible for meeting the needs of individuals.

The first possible explanation might be related with hospitals' "non-punishing nursing adverse events report system" (MOH of Yunnan, 2012b), which aims to build up a safer medical system rather than focus on nurse's personal medical errors, encouraging nurses to analyze the root of mistakes and find methods to prevent mistakes occurring. Nurses, therefore, felt that they received support from hospitals. The second reason might be because nurses perceived good relationships between head nurses and themselves (Yang, Kunaviltikul, & Supamanee, 2013). Additionally, head nurses supported them during trouble or difficulties (for examples, head nurses would adjust shift schedules and help nurses when they are pregnant). Subjects, therefore, regard head nurses' support as an indication of organizational support. The third reason might be related to hospitals' new performance appraisal system which rewarded their contribution. The fourth reason might be a "housing fund" added for temporary nurses by hospitals as well as salary increases, which reduced the benefits injustices between permanent and temporary nurses. A fifth reason might be the safe work conditions such as 24-hour safety guards' patrol. All these policies and management approaches helped nurses to perceive fairness and hospital support.

Other possible explanations might be related with younger ages, less work experience, lower professional titles, and lower educational levels of subjects, as these factors negatively related to POS (Liu et al., 2011; Zheng et al., 2016). In this study, the majority of subjects were young nurses aged 21-30 years old with less than 10 years' work experience, and they were junior nurses or senior nurses who held an associates' degree. Being young, they are in good health and more enthusiastic, they can better take advantage of the working environment and learning opportunities to perform work roles. Also, as they have less work experience and lower professional titles, they can consult with nurses who are experienced, with higher professional titles and higher educational levels; therefore, when they received help during work, they perceived a high level of POS.

2. Proactive work behavior as perceived by temporary nurses in tertiary hospitals of Xishuangbanna city, China

The results of this study indicated that subjects perceived proactive work behavior at a moderate level. The results were consistent with studies by Reynolds (2014) in the USA, as well as Sanghon et al. (2017) in Thailand. Possible explanations that promote subjects' perceptions of moderate levels of PWB might be related, firstly, to the policies of "quality of care", "quality care circle", "non-punish nursing adverse events report system" hospital accreditation (MOH of Yunnan, 2012a, 2012b). These policies all encourage and push subjects to behave proactively at work, bringing positive change in nursing procedures, and improving patient satisfaction and outcomes, and seeking for a positive change in the internal hospital

environment. Another reason might be because 74. 54% of subjects are young, and age is negatively related with proactive work behavior (Lam, Spreitzer & Fritz, 2014). The subjects also belong to the post-90s generation which has special active personal traits that relate positively with PWB (Luo, Lu, Lu, Chen & Li, 2018). Combined with Health Reform, they become more proactive. The reasons that hinder subjects to perceive high PWB might be because of lower educational levels and less familiarity with the work of subjects, as educational level and familiarity with work are positively related with PWB (Ouyang et al., 2015; Lam et al., 2014). In this study, 66. 42% of subjects held an associates' degree meaning that they might have not enough knowledge to seek and bring out effective work methods to prevent problems reoccurring. With less work experience, they are likely to be less familiar with their work and have less context-specific knowledge which may influence their level of proactivity (Lam et al., 2014). Those policies and demographic characters made nurses perceive moderate levels of overall proactive work behavior.

Regarding sub-dimensions of PWB, the moderate level results were consistent with a study by Sanghon et al. (2017). Polices that influence proactive work behavior were particularly influenced in its subdimensions. Because these policies built up a safer medical system and a satisfaction outcome for patients through encouraging nurses to discover and speak up about the problems or hidden dangers of work, the root analysis of the mistakes found methods to prevent mistakes from reoccurring (MOH of Yunnan, 2012b), which created a harmonious voice platform, improved nurse's problem prevention ability and taking charge consciousness. That all contributed to the subjects perception of a moderate level of problem prevention, voice, and taking charge. Aside from these policies, there are other reasons that might also promote the subjects' perception of some subdimensions of PWB. For Individual innovation, as the majority of subjects are post-90s who are active and creative thinkers and like challenging work in practice (Yang, 2016), they have more distinct characteristics (Luo et al., 2018), and are more likely to help improving nursing procedure through individual innovation during the nursing process. For voice, as a majority of the subjects are young and outgoing, regarding the development of the organization as the goal of their work, they are willing to put forward suggestions to promote the development of their organization (Yi et al., 2016). For taking charge, other than the policies mentioned above, primary nursing, and hospital performance appraisal systems encouraged nurses to improve the work that was conducted. In addition, as age was negatively related with taking charge (Sonnentag & Spychala, 2012), that might promote their perception of taking charge.

There are some reasons that might hinder subjects to perceive a high level for each sub-dimension of PWB. For problem prevention, as 66. 42% of subjects in this study held an associate's degree, they are less competitive in terms of cognitive ability, learning ability, knowledge level and structure compared with bachelor's degree nurses (Hua Tu education, 2018). That may decrease their ability to figure out new and fresh approaches which prevent reoccurring problems. For Individual innovation, as there is a lack of training of innovation and available databases in hospitals, it might hinder nurses to think up useful ideas or search for new information. For voice, as educational level was positively related to voice (Ouyang et al. 2015), and the majority subjects are associate's degree nurses, they might have less ability to think of constructive suggestions to work. As Li, Fang and Li (2018) put forward, developing training pro-

jects can promote nurses' voice behavior, but there is a lack of voice behavior training in hospitals. For taking charge, as most of the subjects have less than 10 years' work experience, they are less familiar with some nursing procedures, and they lack skills and experiences and are non-administrators. Therefore, they have less chance of being involved in improving procedures. That might hinder their perception of taking charge.

3. The relationship between perceived organizational support and proactive work behavior of temporary nurses in tertiary hospitals in Xishuangbanna city, China.

The results of this study showed that there was a significant positive correlation between POS and PWB which indicates that nurses who perceived organizational support will behave proactively at work. This was consistent with a study by Sanghon et al. (2017) among 384 nurses working in regional hospitals in the north of Thailand. A possible explanation in this research might be because hospitals decreased salary inequity through "equal pay and equal work", offered "housing funds" benefits to increase subjects' wellbeing, ensured a safe work environment, and rewarded subjects through performance appraisal systems, as well as rewarded them after receiving higher educational levels or professional titles. They also received support from head nurses when they had special difficulties, such as pregnancy or sick leave. All this support helped the subjects perceive that their organization highly valued their contribution at work and cared about their wellbeing, which then increased the subject's obligation to repay the hospital and behave proactively at work.

It should be noted that the results still showed a weak correlation between POS and PWB. Nurses' PWB could be affected by other factors, such as job autonomy (Parker et al., 2006); job autonomy has a positive relationship with proactive work behavior, but young nurses have less autonomy in their jobs. Therefore, even though the subjects perceived hospital support, with less autonomy, this may lead to some weak correlation between POS and PWB.

The results of this study showed that there was a significant positive correlation between POS and each sub-dimension of PWB: problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge. This indicated that subjects who perceive high organizational support will be more likely to prevent reoccurring problems, speak up with their suggestions, new ideas, root analyses the causes of problems, and taking charge to improve procedures or effective the work methods. The result was consistent with the previous study by Sanghon et al. (2017).

Under the policy "non-punish nursing adverse events report system" (MOH of Yunnan, 2012b), subjects were supported instead of punished when they had problems at work and were helped by head nurses to find both the root causes of problems, and solutions to prevent those problems reoccurring. This support directly improved nurses' ability in problem prevention, and that might explain the positive relationship between POS and problem prevention. Nurses also perceived support from training and learning opportunities, and felt that they were cared for in their career development and were offered necessary resources for their work. Young nurses working in a supportive environment are likely to generate new ideas and try to apply these ideas to work when they become aware of new and emerging opportunities which may explain why POS has a positive relationship with individual innovation. The hospital created a harmonious voice platform after hospital accreditation, as well as a safe working environment to encourage subjects to express their constructive suggestions and

challenges to improve the standard procedures of their work environment. This may explain why POS has a positive relationship with voice. Except The nurse' s job responsibilities require them to take charge of work that has been conducted. If a hospital supports them with the necessary resources, values their employee' s contributions, and cares about their welfare, the subjects might have a higher obligation to improve their work. That may explain, in this study, why POS has a positive relationship with taking charge.

However, it should be noted that the results still showed a weak correlation between POS and problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge. These behaviors of nurses could be affected by other factors, such as available resources, that can be used to develop new ideas while working. In the subjects' work setting, there is a lack of resources, like databases as well as innovation training, voice behavior training or chances to participate in quality assurance, nursing standards or guidelines. Therefore, even though nurses have fulfilled their socioemotional needs, without enough resources that can benefit nurses in problem prevention development, individual innovation, voice, and taking charge, this may lead to a weak correlation between POS and these subdimensions of PWB.

Conclusion

The results of this study indicated that subjects perceived organizational support at a high level, and overall proactive work behavior, as well as each sub-dimension of proactive work behavior at a moderate level. There was a significant weak positive correlation between POS and overall PWB and each sub-dimension of PWB: problem prevention, individual innovation, voice, and taking charge.

Implications and Recommendations

The findings of this study provide information that nurse administrators and hospital administrators should maintain and continue offering support to nurses, focusing especially on improving welfare (increasing salaries) and career development (offering chances for further study), in order to make nurses feel that their hospital values their contribution and cares about their wellbeing, as well as improving nurses' proactivity at work and improving organization effectiveness through developing procedures and systems which are effective in the long term. These include initiating related training programs of innovation and voice behavior, building up available database to help nurses search out information, updating new knowledge, and learning necessary skills to develop the ability of problem prevention, individual innovation, voice and taking charge, as well as trying to find out other factors that might also influence nurses' proactive work behavior.

It is recommended to replicate this study in other types of hospitals (secondary and primary), as well as to conduct similar relationship studies on other various factors that are related to PWB. A qualitative study that explores the details and depth, along with unbiased and reliable information on nurses' perceptions of POS and PWB could also be conducted to confirm their relationships.

References

Aung, M. L., Akkadechanunt, T., & Chontawan, R. (2014). Factors related to job satisfaction among nurses in general hospitals, Yangon, The Republic of the Union of Myanmar. *Nursing Journal, 41*(4), 108-122.

Banna Talent Network. (2018). *Measures for the management of temporary employees of state-level institutions in Xishuangbanna (Trial Implementation).* (in Chinese) Retrieved from http://www.bnrcw.com/news/news-show-29.htm

Belschak, F. D., Den Hartog, D. N., & Fay, D. (2010). Exploring positive, negative and context dependent aspects of proactive behaviors at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *83*(2), 267-273.

Bindl, U. K., & Parker, S. K. (2010). Proactive work behavior: Forward-thinking and change-oriented action in organizations. *APA Handbook of Industrial and Organizational Psychology*, *2*, 567-598.

Dekker, I., & Barling, J. (1995). Workforce size and work-related role stress. *Work & Stress*, *9*(1), 45-54.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, *71*(3), 500-507.

Eisenberger, R., Stinglhamber, F., Vandenberghe, C., Sucharski, I. L., & Rhoades, L. (2002). Perceived supervisor support: Contributions to perceived organizational support and employee retention. *Journal of Applied Psychology*, *87*(3), 565-573.

Farrell, J. B. (2012). *The impact of high quality relationships on proactive behaviour at work: Evidence from independently owned hospitals in Ireland* (Unpublished doctoral dissertation). Dublin City University, Ireland, UK.

Feng, L. P. (2012). *Perceived organizational support and work engagement among nurses in university hospitals of Kunming Medical University, the People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Hou, S. Q. (2014). Survey of job satisfaction of temporary nurses and analysis of related factors. *Modern Distance Education of Chinese Medicine*, *12*(19), 151-153. (in Chinese)

Hua Tu Education. (2018). *What's the difference between undergraduate and professional nurses?* (in Chinese) Retrieved from http://he.huatu.com/2018/0911/844730.html

Lam, C. F., Spreitzer, G., & Fritz, C. (2014). Too much of a good thing: Curvilinear effect of positive affect on proactive behaviors. *Journal of Organizational Behavior*, *35*(4), 530-546.

Li, C. Y., Fang, Q. W., & Li, N. (2018). Research progress on influencing factors of nurses' voice behavior. *Chinese Journal of Nursing*, *53*(8), 1014-1017. (in Chinese)

Liu, C. C., Liu, J., Zhang, Y. M., Guo, B. M., & Zhu, Y. (2014). The relationship between organizational justice and turnover intention among nurse in tertiary hospital. *Chinese Journal of Practical Nursing*, *30*(36), 29-32. (in Chinese)

Liu, K., You, L. M., Chen, S. X., Liu, H. P., Li, X. M., Li, X. H., & Jiang, X. L. (2011). Survey of the status quo and related factors of nurses' organizational support in Chinese hospitals. *Chinese Journal of Nursing*, *46*(10), 1009-1011. (in Chinese)

Luo, Y., Lu, L., Lu, R.C., Chen, W. P., & Li, H. P. (2018). The influence of personality traits of post-90s nurses on professional identity. *Chinese School Doctors*, *32*(2), 87-92. (in Chinese)

Ministry of Health of Yunnan. (2012a). *Hospital accreditation standard in Yunnan Province (Trial).* (in Chinese) Retrieved from https://wenku.baidu.com/view/e98ac762cc175527072208d9.html

Ministry of Health of Yunnan. (2012b). *Notice of Yunnan Provincial Department of Health on printing and issuing the acceptance standards for quality nursing wards (Wards) of Yunnan tertiary hospitals.* (in Chinese). Retrieved from https://wenku.baidu.com/view/478730f804a1b0717fd5dd77.html

Mu, Q. Q. (2017). *Work engagement and proactive work behavior of Head Nurses in University Affiliated Hospitals, the People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Ouyang, K., Lam, W., & Wang, W. (2015). Roles of gender and identification on abusive supervision and proactive behavior. *Asia Pacific Journal of Management*, *32*(3), 671-691.

Parker, S. K., & Collins, C. G. (2010). Taking stock: Integrating and differentiating multiple proactive behaviors. *Journal of Management*, *36*(3), 633-662.

Plsek, P. E., & Greenhalgh, T. (2001). Complexity science: The challenge of complexity in health care. *BMJ: British Medical Journal*, *323*, 625-627.

Porto, A. R., & Dall'Agnol, C. M. (2016). Analysis of nursing proactivity in a public university hospital. *Acta Paulista de Enfermagem*, *29*(5), 603-609.

Reynolds, C. A. (2014). *When can proactive behavior be bad? The moderating effect of social skill on proactive behavior and stress, blame attributions, and perceptions of greed* (Unpublished doctoral dissertation). Saint Louis University, USA.

Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, *87*(4), 698-714.

Sanghon, K., Thungjaroenkul, P., & Nantsuupawat, A. (2017). Perceived organizational support and proactive work behavior among registered nurses. *Nursing Journal*, *44*(4), 134-144.

Sohu. (2016). *The difference between permanent and temporary nurse.* (in Chinese). Retrieved from http://www.sohu.com/a/101704869_129883

Sonnentag, S., & Spychala, A. (2012). Job control and job stressors as predictors of proactive work behavior: Is role breadth self-efficacy the link? *Human Performance*, *25*(5), 412-431.

Sun, H. Y., Ma, A. X., & Zhu, J. P. (2013). Nurse burnout from the perspective of institutional ethics. *Medicine and Philosophy*, *34*(7), 56-58. (in Chinese)

Wade, C. H. (2012). *Relationships among voluntary specialty certification in nursing role breadth self-efficacy, and nurses' use of proactive work behaviors* (Unpublished doctoral dissertation). The University of North Carolina at Chapel Hill, USA.

Wang, H. Q., Zhang, Y. Q., & Qian, Y. (2014). Development and validation of the survey of nurse perceived organizational support. *Research Paper*, *14*(16), 580-583. (in Chinese)

Warshawsky, N. E., Havens, D. S., & Knafl, G. (2012). The influence of interpersonal relationships on nurse managers' work engagement and proactive work behavior. *The Journal of Nursing Administration*, *42*(9), 418-425.

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

Yan, Y. (2012). *Work empowerment and career success among nurses in university hospital of Yunnan, China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Yang, Q. Q., Kunaviltikul, W., & Supamanee, T. (2013). Leader-member exchange and organizational citizenship behaviors among nurses in tertiary hospitals, Yunnan Province, the People's Republic of China. *Nursing Journal*, *40*(3), 109-120.

Yang, W. N. (2016). A brief analysis of the relationship between occupational well-being and leaving behavior of post-90s employees. *Talent Resource Development*, *12*, 149-150. (in Chinese)

Yi, K. G., Ding, S. Q., Liu, Z. N., Xie, J. F., Qin, C. X., Zheng, F., & Duan, Y. L. (2016). Study on the correlation between nurses' voice behavior and initiative personality. *PLA Journal of Nursing*, *33*(13), 1-6.

Yi, Y. J., Li, M., & Wei, C. C. (2014). Investigation and analysis of clinical work enthusiasm of temporary nurses. *Rural Health in China*, *11*, 45-45. (in Chinese)

You, M. (2018). *Organizational support and thriving at work as perceived by nurses in the Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Zhang, J. H., & Cao, H. P. (2008). The study of the social status of physician and nurses. *Chinese Journal Modern Nursing*, *14*(22), 2345-2349. (in Chinese)

Zhao, W., Feng, C. Q., & Zhao, J. (2015). Analysis of the influence of nurses' organizational support and job satisfaction on turnover intention. *China Nursing Management*, *9*, 1091-1094. (in Chinese)

Zheng, A. M., Zhu, T. T., Wang, Z. L., He, Y., & Qian, D. F. (2016). A study on the relationship between perceived organizational support and organizational citizenship behavior among medical staff. *Chinese General Practice*, *19*(B12), 344-347. (in Chinese)

Perceived Head Nurses' Servant Leadership and Knowledge Sharing Behavior of Nurses in Kunming Medical University Hospitals, the People's Republic of China*

ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน*

ฟาง	มา**	Fang	Ma**
วิภาดา	คุณาวิกติกุล***	Wipada	Kunaviktikul***
กุลวดี	อภิชาตบุตร****	Kulwadee	Abhicharttibutra****

Abstract

This descriptive correlational study aimed to explore the relationship between the servant leadership of head nurses and the knowledge sharing behavior of nurses in Kunming Medical University Hospitals, the People's Republic of China. The samples included 414 nurses from three university hospitals in the People's Republic of China. The instruments were the Servant Leadership Scale (SLS) and the Knowledge Sharing Behavior Scale (KSBS). The reliability coefficients of the SLS and KSBS were .96 and .93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient analysis.

The results of this study revealed that the overall mean score of servant leadership was at a high level, the overall mean score of knowledge sharing behavior was at a moderate level, and there was a moderate positive relationship between servant leadership and knowledge sharing behavior.

The results of this study present information for nursing administrators to develop strategies to improve the servant leadership of head nurses and the knowledge sharing behavior of nurses in university hospitals, China.

Keywords: Servant leadership, Knowledge sharing behavior, Nurses, Medical University Hospitals, the People's Republic of China

* 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: 511244149@qq.com

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

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

Received 22 June 2018; Revised 12 July 2018; Accepted 1 August 2018

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณาหาความสัมพันธ์นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 414 คน ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในเมืองคุนหมิง ประเทศจีน 3 แห่ง เครื่องมือที่ใช้คือแบบวัดภาวะผู้นำใฝ่บริการ และแบบวัดพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบวัดภาวะผู้นำใฝ่บริการ และแบบวัดพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้เท่ากับ .96 และ .93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและการวิเคราะห์ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับสูง พฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ของพยาบาลโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง และภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้โดยรวม

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนากลยุทธ์ เพื่อพัฒนาภาวะผู้นำใฝ่บริการของหัวหน้าหอผู้ป่วย และพฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์ประเทศจีน

คำสำคัญ ภาวะผู้นำใฝ่บริการ พฤติกรรมการแบ่งปันความรู้ พยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยการแพทย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: 511244149@qq.com
*** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 22 มิถุนายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 12 กรกฎาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 1 สิงหาคม 2561

Background and Significance

The rising cost of healthcare has become a global issue. In the USA, total health spending reached nearly $3.4 trillion in 2016 (CMS, 2017). In China, the total health expenditure was approximately $700 billion, and health expenditure per capita grew substantially from $45 to $426 (National Health and Family Planning, 2016). Worldwide, the rising cost of healthcare is pushing governments to find more efficient and less costly ways to deliver care, one of which is by encouraging knowledge sharing behaviors among healthcare workers (Yan, Wang, Chen, & Zhang, 2016).

Knowledge sharing behavior (KSB) is defined as the set of individual activities involving sharing one's work-related knowledge and expertise with other members within one's organization, which can contribute to the ultimate effectiveness of the organization (Yi, 2009). It consists of four dimensions: written contributions, organizational communications, personal interactions, and communities of practice. Unlike other organizations, hospitals have the important responsibility of managing knowledge production and distribution while efficiently responding to a constantly changing environment. The use of knowledge sharing in cost reduction strategies would have a positive impact on healthcare delivery since it allows for 1) the decrease of time to achieve employee proficiency, 2) the avoidance of duplicating efforts and repeating past mistakes, 3) the increase of idea generation, and 4) the increase of continuous improvement of best practices, giving a hand to healthcare financial resources management (Rahman, 2011). Also, it can hold and increase the utilization of the investment in intellectual capital even after employees depart from the hospitals (Waring, Currie, Crompton, & Bishop, 2013).

Previous studies identified that knowledge sharing behavior among nurses was not at high levels, whilst nurses experienced different preferences with the degrees of the four components at the same time in different settings (Misuraca, 2013; Li-Ying, Paunova & Egerod, 2016; Shi, Liu & Xu, 2017). Different nurses' work experiences and organizational structures can affect an individual's knowledge sharing behavior. Yunnan province in China is ranked moderate to low in economic develop- ment. Nurses working here have to face many problems that may lead to ineffective know- ledge sharing behavior, such as heavy workloads, long hours of overtime, lack of opportunity to gain new knowledge, and lack of academic platforms to share knowledge (Liu, Wang, Zhang, & Wang, 2013; Shi et al., 2017). Hence, the results of the above studies are not extensive enough to represent the level of knowledge sharing behavior of nurses in Kunming; nurses' knowledge sharing behaviors need to be explored.

There are many factors affecting knowledge sharing behavior. Servant leadership (SL) is a significant factor in increasing knowledge sharing behavior. Servant leadership is an appropriate leadership style for knowledge-based organizations (Wheatley, 2004). Servant leadership is defined as leader behaviors that place the needs of subordinates before their own needs and center their efforts on helping subordinates grow to reach their maximum potential, and achieve optimal organizational and career success (Liden, Wayne, Zhao, & Henderson, 2008). It includes seven dimensions: emotional healing, creating value for the community, conceptual skills, empowering, helping subordinates grow and succeed, behaving ethically, and putting subordinates first.

In China, servant leadership is a new concept applied in nursing research. There are only four studies which were conducted to explore head nurses' servant leadership. These studies showed medium-high levels in the north and high levels in the northeastern areas of China. Encouraging and developing head nurses' servant leadership could reduce nurses' job burnout, and promote nurses' voice behaviors, organizational identification, and perception of organizational support positively (Cai, Liu & Long, 2013; Meng, Sun, & Ma, 2014; Liu, Chi, & Meng, 2014). Kunming is located in the southwest area of China. Are head nurses' servant leadership levels in Kunming similar to those in north or northeastern areas? It is necessary to explore this.

Research studies have found positive correlations between servant leadership and knowledge sharing behavior. Whisnant and Khasawneh (2014) found that servant leadership has a great influence on the knowledge sharing behavior of engineers with over 60% of variance explained (β = 0.80, p < .001). Song, Park, and Kang (2015) presented that servant leadership affected team-level knowledge sharing positively (β = 0.76, p < .001). Similarly, Tuan (2016) mentioned that servant leadership was found to be positively related to knowledge sharing (r = .25, p < .01). More importantly, there have been no studies done to explore servant leadership or knowledge sharing behavior among university hospital nurses in Kunming. Therefore, it is necessary to conduct a study to examine the association between servant leadership and knowledge sharing behavior among university hospital nurses.

Objectives

The objectives of this study were to describe the servant leadership of head nurses perceived by nurses and knowledge sharing behavior, and to explore the relationship between servant leadership of head nurses perceived by nurses and knowledge sharing behavior among nurses in university hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

This study explored servant leadership of head nurses as perceived by nurses based on the servant leadership model (Liden et al., 2008). This model was composed of seven dimensions: 1) Emotional healing refers to the act of showing sensitivity to the personal concerns of others; 2) Creating value for the community refers to a conscious, genuine concern for helping the community; 3) Conceptual skills refer to possessing knowledge of the organization and tasks at hand so as to be in a position to effectively support and assist others, especially immediate followers; 4) Empowering refers to encouraging and facilitating others, especially immediate followers, in identifying and solving problems, and determining when and how to complete work tasks; 5) Helping subordinates grow and succeed refers to demonstrating genuine concern for others' career growth and development by providing support and mentoring; 6) Behaving ethically refers to interacting openly, fairly, and honestly with others; and 7) Putting subordinates first refers to using actions and words to make it clear to others that satisfying their work needs is a priority. Additionally, the knowledge sharing behavior of nurses was examined based on the knowledge sharing model of Yi (2009). It included four dimensions: 1) Written contributions, which includes behaviors of employees' contributing their ideas,

information, and expertise through written documentation rather than dialog; 2) Organizational communications, including behaviors of sharing knowledge in formal interactions within or across teams or work units; 3) Personal interactions, including behaviors of sharing knowledge in informal interactions among individuals; and 4) Communities of practice, including behaveiors of sharing know- ledge within communities of practice. Head nurses who practice servant leadership will provide a supportive organizational structure and climate for sharing more of what they know with others, and advocate more opportunities to engage nurses in knowledge-sharing activities (Ahmed, 2013; Hall, 2016; Meng et al., 2014).

Methodology

Research Design

A descriptive correlational research design was used.

Population and Sample

The population of this study was 5,574 nurses who worked in five university hospitals in China. The samples were chosen using the multistage random sampling method: 1) The simple random sampling method was used to select three hospitals from five KMU hospitals according to a ratio of 2:1; 2) A proportionate stratified sampling method was used to select the nurses from each hospital; and 3) A simple random sampling method was used to select participants from the sample frame. The sample size, as calculated based on Yamane's formula (1973), was 374 nurses, with an added 20% for the anticipated loss of samples, resulting in 449 nurses in total. Registered nurses who had worked more than one year within their current unit/department were included in this study. Nurses and nurse administrators (including head nurses, supervisors and nursing directors) who were on vacation, maternity leave, or study leave were excluded.

Research Instruments

The instruments used in this study included three parts:

1. The demographic data form, which was designed by the researcher and comprised of gender, age, marital status, education level, length of employment, employment status, job title, working department, training and conference attendances, work shift, occupational planning and continuing education.

2. The Servant Leadership Scale (SLS) adopted from Liden et al. (2008) and translated into Chinese language by the developers. It comprised 28 items measured on a seven-point Likert scale. The responses ranged from 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree) with a total score ranging from 28 to 84 (meaning a low level), 84.01 to 140 (meaning a moderate level), or 140.01 to 196 (meaning a high level), and dimension scores ranging from 4 to 12 (low level), 12.01 to 20 (moderate level), and 20.01 to 18 (high level). A higher score means nurses' perception of nurse managers' servant leadership was higher.

3. The Knowledge Sharing Behavior Scale (KSBS) (Yi, 2009) modified and translated into Chinese language by Chen and Wu (2015). It comprised 19 items measured on a five-point Likert scale. The responses ranged from 1 (never) to 5 (always), with mean scores of 1.00-2.33, 2.34-3.67, and 3.68-5.00 meaning a low, moderate, or high level of knowledge sharing behavior, respectively. The construct validity of all these instruments was proven by the developers. Therefore, the validity was not tested in this study. The Cronbach's alpha coefficients of SLS and KSBS were .96 and .93, respectively.

Ethical Considerations

This study was approved by the Research Ethics Review Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Permission for collecting data was obtained from the three Kunming Medical University hospitals in China**.** During the data collection procedure, the participants were informed of study purposes and methods of data collection, and voluntary participation was assured through the consent form. Anonymity and confidentiality of all the information was maintained by using numerical codes in the questionnaires instead of using names of participants.

Data Collection

Two coordinators assigned by the nursing directors distributed and collected research packages, which included a cover letter, a consent form, and a questionnaire. The participants were asked to complete the questionnaire within two weeks and return them in the sealed envelope to the coordinators. A total of 449 questionnaires were distributed, of which 420 were returned with a valid response rate of 93.54%. In all, 414 questionnaires (92.20%) were completed and used for data analysis.

Data Analysis

Data analysis was done by using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 13.0). Both descriptive and inferential statistics were computed from the completed questionnaires only, at a 0.05 level of statistical significance. Descriptive statistics were used to analyze demographic characteristics. Both servant leadership and knowledge sharing behavior violated the assumption of normality. Therefore, the relationship between servant leadership and knowledge sharing behavior was explored using the Pearson product-moment correlation test. The magnitude of the correlation coefficient and direction of the relationship were interpreted according to Burns and Grove (2012) ($r < .30$ = weak relationship; $.30 \leq r \leq .50$ = moderate relationship; $r > .50$ = strong relationship).

Results

Among the 414 nurses in this study, 96.62% were female, and 68.84% were married. Their average age was 32.66 years old (SD = 7.27), and 80.92% of them held a bachelor's degree. Most of the nurses (71.98%) were temporary employees and 28.02% were permanent. Just over half (53.14%) were senior nurses, and 39.38% of the participants had worked for at least ten years in their unit. More than half of them worked on a rotating shift (59.66%). Meanwhile, 47.10% of participants had clear occupational planning, and 53.38% had trained and attended academic conferences more than once per year. Also, the majority of samples had degrees in continuing education (80.68%).

The findings showed that the nurses perceived overall servant leadership at a high level. Among the seven dimensions, conceptual skills, behaving ethically, creating value for the community, helping subordinates grow and succeed, and emotional healing were perceived at high levels. Empowering and putting subordinates first were at a moderate level (see Table 1). Meanwhile, the nurses had a moderate level of overall knowledge sharing behavior. The four dimensions of knowledge sharing behavior, written contributions, organizational communications, personal interactions, and communities of practice, also were at moderate levels (see Table 2).

In addition, the results of the Pearson Product-Moment correlation coefficient showed that the overall servant leadership of head nurses had a moderate positive relationship with

overall knowledge sharing behavior. Considering the relationships between overall servant leadership and each dimension of knowledge sharing behavior, there were moderate positive correlations among them (see Table 3).

Table 1 Mean, Standard Deviation and Level of Head Nurses' Servant Leadership as Perceived by Samples (n = 414)

Servant Leadership	$\bar{X}$	SD	Level
Overall score	143.22	29.43	High
Conceptual skills	22.91	4.40	High
Behaving ethically	21.77	5.51	High
Creating value for the community	20.64	5.04	High
Helping subordinates grow and succeed	20.37	5.01	High
Emotional healing	20.11	5.38	High
Empowering	19.18	4.21	Moderate
Putting subordinates first	18.25	5.51	Moderate

Table 2 Mean, Standard Deviation and Level of Knowledge Sharing Behavior of the Samples (n = 414)

Knowledge Sharing Behavior	$\bar{X}$	SD	Level
Overall score	2.67	0.84	Moderate
Written contributions	2.43	0.95	Moderate
Organizational communications	2.35	0.96	Moderate
Personal interactions	3.16	0.92	Moderate
Communities of practice	2.70	1.04	Moderate

Table 3 The Pearson Product-Moment correlation coefficient between Servant Leadership and Knowledge Sharing Behavior (n = 414)

	KSB	Dimensions of KSB			
		WC	OC	PI	CP
SL	.39**	.30**	.35**	.39**	.33**

Note: SL= servant leadership, KSB = knowledge sharing behavior, WC = written contributions, OC = organizational communications, PI = personal interactions, CP = communities of practice.

**$p < .01$

Discussion

Servant Leadership of Head Nurses

The results of this study showed that nurses working in KMU hospitals perceived a high level of overall servant leadership. This is incongruent with Hall's (2016) findings in India, which indicated that nurses experienced a moderate level of overall servant leadership. One possible explanation is Chinese culture and environment. The traditional Confucianism and Daoism ideologies are similar to servant leadership. Moreover, the management practice of the Chinese ruling party has always advocated the concept of servant leadership, emphasizing altruism and putting people first, and building a harmonious society (Wang & Gao, 2014). The higher the value of a country's humane orientation, the more servant leadership the leaders show (Kabasakal & Bodur, 2004). Furthermore, demographic characteristics may be another reasonable explanation. Almost all of the participants were female (96.62%) in this study. Fridell, Newcom-Belcher, and Messner (2009) stated that women perceived and applied servant-leadership styles differently and more often than men did. Also, in connection with the length of employment, the average tenure of the participants was 10.89 years (SD = 8.58), while 39.38% of them had worked more than ten years. Han (2014) reported that as the length of employment increased, employees' perceptions of servant leadership behaviors in present supervisors also increased. In addition, Diehl (2015) found that employees in the healthcare and religious sectors showed the highest tendencies to affirm servant leadership.

Among the seven dimensions of servant leadership, the findings showed that empowering and putting subordinates first were at a moderate level. This is likely because nurses are placed at the bottom of the hierarchy in the Chinese healthcare system. The nurse has to consult with their head nurse to show respect and obedience before making important decisions. More than half of the sample disagreed with the item, "*When I have to make an important decision at work, I do not have to consult my head nurse first*" (52.17%).

Knowledge-Sharing Behavior of Nurses

The results showed that the nurses had a moderate level of overall knowledge sharing behavior. Also, all dimensions of knowledge sharing behavior were at a moderate level which was consistent with the findings of previous studies (Li-Ying, Paunova, & Egerod, 2016; Chen, Liu, & Wu, 2016; Gao, Li, & Chen, 2016; Shi et al., 2017). One possible reason may be that the KMU hospitals provide financial support to encourage nurses to share their knowledge. For instance, those hospitals will reimburse and award a publication fee according to the influencing factors of periodicals. They also included written contributions in the promotion criteria of nurses' professional titles (Hospital report of 1st AH, 2017). Almost all (96.62%) of the samples were female in this study. Lin (2006) found that women were more willing to share knowledge. Similarly, Boateng, Dzandu, and Agyemang (2015) found that the higher the educational level, the more likely that persons would share their knowledge. Most of the nurses in this study (81.16%) held a bachelor's degree or above. The third possible explanation was increasing organizational support. In KMU hospitals, nurses have been provided opportunities to study abroad (such as in Thailand and Ireland) for their master's degree. This promotes nurses' knowledge and abilities, improves their competi-

tiveness, and creates more enthusiasm in their work. In addition, more opportunities were provided to nurses to present their ideas and thoughts within the department and hospital. The questioning of nurse managers in morning meetings pushes nurses to recognize problems and to seek knowledge purposefully (Pi, 2015). In addition, the Quality Control Circle and mentoring-teaching mode were applied in the nursing area in KMU hospitals. These created chances for nurses to share their ideas and obtain knowledge from others.

However, compared with other countries, Chinese nurses suffered heavy workloads (Liu et al., 2013). Some nurses felt that they had little time to share knowledge because they had to perform their job well first. Also, little new knowledge and expertise were shared in nursing lectures, nursing training and nursing forums in some hospitals. Lack of time and knowledge lead to insufficient knowledge sharing behavior of nurses (Shi et al., 2017). For those reasons, the knowledge sharing behavior of nurses in KMU hospitals was at a moderate level.

Relationship between Servant Leadership and Knowledge Sharing Behavior

The results of this study showed that servant leadership of head nurses had moderate positive correlation to nurses' knowledge sharing behaviors. This finding is similar to the results of studies which were conducted among other professions in countries other than China (Whisnant & Khasawneh, 2014; Song et al., 2015; Tuan, 2016).

Servant leadership is an ideal leadership style for the successful implementation of knowledge-management strategies in the organization (Lee, Gillespie, Mann, & Wearing, 2010). In hospitals, head nurses with servant leadership behaviors influence knowledge sharing behavior of nurses by changing the internal and external factors that shape sharing intention and behavior. Also, head nurses determine the culture of a department by articulating the shared values and goals of the hospitals. Head nurses provide ongoing support and guidelines for sharing knowledge effectively. Likewise, head nurses with servant leadership transcend their self-interest, demonstrate empathy and care, and act in the best interest of their nurses, for instance, by investing in the development of competence and values in nurses (Van Dierendonck, 2011). The more the head nurse cares about the nurses, the more the nurses reciprocate by returning transcendent contributions socially. Nurses engaged in knowledge sharing as a form of exchange to support and sustain the serving environment in return for the head nurse's serving behavior. Additionally, head nurses with servant leadership created a learning environment in the nursing workplace. They set examples for their followers and looked for opportunities and innovative ways to improve their nursing tendencies. During this process, nurses were sharing knowledge and learning from failures (Van Emmerik, Jawaha, Schreurs, & De Cuyper, 2011).

1. The findings present moderate positive correlation between servant leadership and written contributions. Head nurses with servant leadership always offered nurses a sense of worth and belonging, which motivated them to contribute to the growth and success of the hospital (Northhouse, 2010). Writing documentation is a common pattern of knowledge sharing behavior which can be easily and measurably recognized as nursing performance.

2. The findings show moderate positive correlation between servant leadership and

organizational communications. Head nurses with servant leadership have the ability to encourage nurses to regard themselves as a part of the whole, and as a result, nurses will be willing to share their knowledge with others.

3. The findings indicate moderate positive correlation between servant leadership and personal interactions. As Baker (2001) stated, knowledge was created and shared by the interactions between individuals. In nursing knowledge-sharing activities, head nurses dis- playing servant leadership can provide nurses with a platform for sharing knowledge in an environment built on trust and ethics.

4. The findings reveal moderate positive correlation between servant leadership and communities of practice. A servant leader always puts his subordinates first and helps them to grow and succeed; this is similar to Chinese altruist culture. In the context of knowledge sharing behavior, altruism is seen as an individual motivator when individuals achieve their goal by sharing knowledge and as a result their altruistic behavior will also increase.

Conclusions

The level of overall servant leadership as perceived by nurses in this study was significantly high. Similarly, most of its dimensions were also at high levels except for empowering and putting subordinates first, which were at a moderate level. Both the overall score for knowledge sharing behavior of nurses and the scores of each dimension were at moderate levels. There was a moderate positive correlation between overall servant leadership and overall knowledge sharing behavior. There was also a moderate positive correlation between overall servant leadership and for each of the four dimensions of knowledge sharing behavior of nurses.

Application of Research Findings

The findings of this study can provide valuable information to nurse administrators to improve the empowerment of their staff by allowing nurses to have more discretion in decision-making. Meanwhile, nurse administrators should identify strategies to improve the knowledge sharing behavior of nurses, such as organizing nursing research capability training programs to improve nurses' handwriting. Since servant leadership is an effective strategy to promote the knowledge sharing behavior of nurses, nurse managers should develop servant leadership training programs, adopt servant leadership techniques in day-to-day management, and make special nursing policy to enhance nurses' knowledge sharing behavior.

Recommendations for Further Study

Future research is needed to replicate this study in primary and secondary level hospitals in Yunnan Province. Other variables which may have an influence on knowledge sharing behavior should be explored.

Acknowledgements

Sincere appreciation is expressed to the First Affiliated Hospital of Kunming Medical University for giving me the opportunity to continue my master's degree, to the Faculty of Nursing, Chiang Mai University for providing a scholarship to my research project, and to everyone that rendered support during this study.

References

Ahmed, S. (2013). *Servant leadership of head nurses and job satisfaction among staff nurses in Medical College Hospitals, Dhaka, the People's Republic of Bangladesh* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Baker, R. G. (2001). Healthcare managers in the complex world of health care. *Frontiers of Health Services Management*, *18*(2), 23-32.

Boateng, H., Dzandu, M. D., & Agyemang, F. G. (2015). The effects of demographic variables on knowledge sharing. *Library Review*, *64*(3), 216-228.

Cai, S. N., Liu, W. Q. & Long, L.Y. (2013). Correlation between nurse managers' servant leadership and nurses' job burnout. *Chinese Nursing Management*,*13*(12), 10-13. (in Chinese)

Chen, G.Y., Liu, J. L., & Wu, P. Y. (2016). Analysis of level of knowledge sharing behavior of clinical nurses from third grade A in Hengyang. *Chinese Nursing Research*, 30(4c), 1499-1501. (in Chinese)

CMS. (2017). *Advisory Board Daily Briefing*. Retrieved from https://www.advisory.com/daily-briefing/2017/02/16/spending-growth

Diehl, S. (2015). *A gendered view of servant leadership*. Indiana University of Pennsylvania.

Fridell, M., Newcom Belcher, R., & Messner, P. E. (2009). Discriminate analysis gender public school principal servant leadership differences. *Leadership & Organization Development Journal*, *30*(8), 722-736.

Gao, Y., Li, X. M., & Chen, Y. G. (2016). The relationship between knowledge sharing behavior and core competency of clinical nurses. *Chinese Nursing Management*, 16(10),1347-1351. (in Chinese)

Hall, H. H. (2016). *An exploration of the relationship between servant leadership characteristics of nurse leaders and the perception of empowerment among their followers*. Indiana Wesleyan University.

Han, R. (2014). *Hotel employees' perceptions of supervisors' servant leadership behaviors, and relationships with employees' affective commitment* (Unpublished master's thesis). Iowa State University, Spokane, USA.

Hospital Report of 1st AH. (2017). *Hospital Report of First Affiliated Hospital of Kunming Medical University*. Retrieved from http://www.ydyy.cn/Subject/TZGG/Article/c8a1e124-3ff2-469f-ac04-e87ab66a7685.htm

Kabasakal, H., & Bodur, M. (2004). Humane orientation in societies, organizations, and leader attributes. *Culture, Leadership, and Organizations: The GLOBE*, *62*, 564-601.

Lee, P., Gillespie, N., Mann, L., & Wearing, A. (2010). Leadership and trust: Their effect on knowledge sharing and team performance. *Management Learning*, *41*(4), 473-491.

Li-Ying, J., Paunova, M., & Egerod, I. (2016). Knowledge sharing behaviour and intensive care nurse innovation: The moderating role of control of care quality. *Journal of Nursing Management*, *24*(7), 943-953.

Liden, R. C., Wayne, S. J., Zhao, H., & Henderson, D. (2008). Servant leadership: Development of a multidimensional measure and multi-level assessment. *The Leadership Quarterly, 19*(2), 161-177.

Lin, C. P. (2006). Gender differs: Modelling knowledge sharing from a perspective of social network ties. *Asian Journal of Social Psychology*, *9*(3), 236-241.

Liu, C., Wang, Y., Zhang, Z., & Wang, P. (2013). Patient safety culture in China: A case study in an outpatient setting in Beijing. *British Medical Journal Quality & Safety*, 23, 556-564. doi:10.1136/bmjqs-2013-002172

Liu, X. S., Chi, M. H., & Meng, D. X. (2014). Correlation between perceived servant leadership and organizational support among nursing staff. *Journal of Nursing Administration*, 14(7), 460-468. (in Chinese)

Meng, C. Y., Sun, M. L., & Ma, X. (2014). Effects of servant leadership on organization identification of nursing staff. *Journal of Nursing Science*, 56-58. (in Chinese)

Misuraca, P. M. (2013). *An examination of the relationship between job satisfaction and tacit knowledge sharing among knowledge workers: A quantitative study* (Doctoral dissertation). Capella University, USA.

National Health and Family Planning, (2016). *Chinese Yearbook of Health and Family Planning Statistics (2016)*. Peking Union Medical College Press. (in Chinese) Retrieved from http://www.yearbookchina.com/navibooklist-N2017010032-1.html

Northhouse, P. G. (2010). *Leadership: Theory and practice*. Thousand Oaks, CA: SAGE.

Pi, X. C. (2015). The application of questioning of head nurse in nursing training. *Modern Nurse*, 9, 161-162. (in Chinese)

Rahman, A. R. (2011). Knowledge sharing practices: A case study at Malaysia's Healthcare Research Institutes. *The International Information & Library Review*, *43*(4), 207-214.

Shi, S. S., Liu, C. C., & Xu, B. (2017). Current status and influencing factors of knowledge sharing behavior among specially nurses from 12 hospitals in Jiangsu Province. *Chinese Nursing Management*,*17*(6), 752-758. (in Chinese)

Song, C., Park, K. R., & Kang, S. W. (2015). Servant leadership and team performance: The mediating role of knowledge-sharing climate. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, *43*(10), 1749-1760.

Tuan, L. T. (2016). How servant leadership nurtures knowledge sharing: The mediating role of public service motivation. *International Journal of Public Sector Management*, *29*(1), 91-108.

Van Dierendonck, D. (2011). Servant leadership: A review and synthesis. *Journal of Management*, *37*(4), 1228-1261.

Van Emmerik, H., Jawahar, I. M., Schreurs, B., & De Cuyper, N. (2011). Social capital, team efficacy and team potency: The mediating role of team learning behaviors. *Career Development International*, *16*(1), 82-99.

Wang, B. Y., & Gao, R. G. (2014). The effectiveness of servant leadership behaviors in Chinese organizational context: A longitudinal research. *Advances in Psychological Science*, 22(10), 1532-1542. (in Chinese)

Waring, J., Currie, G., Crompton, A., & Bishop, S. (2013). An exploratory study of knowledge brokering in hospital settings: Facilitating knowledge sharing and learning for patient safety. *Social Science & Medicine*, *98*, 79-86.

Wheatley, M. J. (2004). *Finding our way: Leadership for an uncertain time.* San Francisco: Berrett-Koehler.

Whisnant, B., & Khasawneh, O. (2014). In service for sharing: Leadership and leader-follower relationship factors as influencers of tacit knowledge sharing in the IT Industry. *Journal of Knowledge Management, Economics and Information Technology, 5*(6), 1-17.

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

Yan, Z., Wang, T., Chen, Y., & Zhang, H. (2016). Knowledge sharing in online health communities: A social exchange theory perspective. *Information & Management*, *53*(5), 643-653.

Yi, J. L. (2009). A measure of knowledge sharing behavior: Scale development and validation. *Knowledge Management Research and Practice,7*, 65-81.

Organizational Support and Thriving at Work as Perceived by Nurses in the Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China*

การสนับสนุนจากองค์การและความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน*

มิน	หยู**	Min	You**
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี***	Bunpitcha	Chitpakdee***
ฐิติณัฏฐ์	อัคคะเดชอนันต์***	Thitinut	Akkadechanunt***

Abstract

Organizational support is an important factor that has been found to have an impact on thriving at work of employees in the People's Republic of China. The purposes of this study were to examine the level of organizational support and thriving at work as perceived by nurses, and to explore the relationship between organizational support and thriving at work of nurses in the Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China. Study samples included 266 nurses who were selected from different departments of two Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China by the proportional stratified random sampling method. Research instruments used in this study were a demographic data form, the Survey of Nurses' Perceived Organizational Support (SNPOS) and the measure of thriving at work. The reliability of the Survey of Nurses' Perceived Organizational Support (SNPOS) was 0.92 and the reliability of the measure of thriving at work was 0.81. Data was analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation.

The results of the study showed that organizational support as perceived by nurses was at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.69), thriving at work as perceived by nurses was at a high level ($\bar{X}$ = 5.29, SD = 0.81) and there was a positive significant correlation between organizational support and thriving at work (r = .61, p < .01).

The findings of this study could be used by nursing administrators to develop strategies for improving organizational support in order to facilitate thriving at work for nurses in a complex healthcare environment.

Keywords: Organizational support, Thriving at work, Nurses, China

* 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: youmkm@126.com

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

Received 25 June 2018; Revised 16 July 2018; Accepted 3 August 2018

บทคัดย่อ

การสนับสนุนจากองค์การถือเป็นปัจจัยสำคัญที่พบว่ามีผลกระทบต่อความเจริญก้าวหน้าในงานของบุคลากรในสาธารณรัฐประชาชนจีน การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการสนับสนุนจากองค์การและความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของพยาบาล รวมทั้งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา คือ พยาบาลที่ถูกคัดเลือกโดยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิตามสัดส่วน จากแผนกต่าง ๆ ของโรงพยาบาลในเครือของมหาวิทยาลัยต้าหลี่ สาธารณรัฐประชาชนจีน 2 แห่ง จำนวน 266 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสำรวจการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การ (SNPOS) และแบบวัดความเจริญก้าวหน้าในงาน ความเชื่อมั่นของแบบสำรวจการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การเท่ากับ 0.92 และแบบวัดความเจริญก้าวหน้าในงานเท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการหาค่าสหสัมพันธ์แบบจัดอันดับของสเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากองค์การของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.69) การรับรู้ความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 5.29, SD = 0.81) และการรับรู้การสนับสนุนจากองค์การและความเจริญก้าวหน้าในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .61$, $p < .01$)

ผลการค้นพบนี้ ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำไปใช้เพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการปรับปรุงการสนับสนุนจากองค์การเพื่อเอื้ออำนวยให้เกิดความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลในสภาพแวดล้อมด้านการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน

คำสำคัญ การสนับสนุนจากองค์การ ความเจริญก้าวหน้าในงาน พยาบาล ประเทศจีน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: youmkm@126.com

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 25 มิถุนายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 16 กรกฎาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 3 สิงหาคม 2561

Background and Significance

Change is now a significant and consistent feature of healthcare organizations around the world (Newton, Teo, Pick, Yeung, & Salamonson, 2013). Changes in Chinese healthcare comprise mainly the aging population, the expansion of patients' rights, and Medicare system reform (Netease news, 2012). With healthcare system reform, healthcare operates in an increasingly complex competitive environment (Zhang, 2007). These changes that result in nurses working in a competitive environment will increase the job stress of nurses, and thereby job stress will heighten nurses' turnover intention (Labrague, Gloe, Mcenroe, Konstan- tinos, & Colet, 2018; Lo, Chien, Hwang, Huang, & Chiou, 2018; Yang, Lv, Zhou, Liu, & Mi, 2017). However, if nurses thrive at work, they will feel they are important or have meaning to their organization. Therefore, they will work vigorously and be willing to stay in the organization (Gao et al., 2017).

Thriving at work refers to a psychological state in which individuals experience both a sense of vitality and a sense of learning at work (Spreitzer, Sutcliffe, Dutton, Sonenshein, & Grant, 2005). Thriving at work includes two dimensions: vitality and learning. Vitality refers to a feeling of aliveness and positivity, with energy to do work. Learning refers to acquiring and applying knowledge skills to develop individual abilities. Spreitzer et al., (2005) argued that thriving can promote individuals' health and personal development, thus minimizing their turnover intention. When individuals thrive at work, they will learn more and feel energetic, which will reduce their turnover intention (Abid, Zahra, & Ahmed, 2015; Anjum, Marri, & Khan, 2016), job burnout (Porath, Spritzers, Gibson, & Garnett, 2012), and incivility in the workplace (Anjum et al., 2016). To date, research on thriving at work are rare, particularly in the nursing field in which only two studies have been found to examine thriving at work (Mortier, Vlerick, & Clays, 2016; Gao et al., 2017). The results of these studies showed that Belgian nurses perceived a high level of thriving at work (Mortier, Vlerick, & Clays, 2016); however, Chinese nurses were at a moderate level (Gao et al., 2017). The results were inconsistent, and little was known about China. Thus, it is necessary to reexamine thriving at work among nurses.

Regarding the literature review, there are several factors that affect individuals' thriving at work, including authentic leadership (Mortier et al., 2016), transformational leadership (Hildenbrand, Sacramento, & Binnewies, 2018), trust and connectivity (Carmeli & Spreitzer, 2009), decision-making discretion, broad information sharing and role enacting (Liu & Bern- Klug, 2013), psychological capital (Paterson, Luthans, & Jeung, 2014), and perceived organizational support (POS) (Abid et al., 2015; Ma, 2014; Shi, Wan, & Cui, 2015). Among these factors, POS is prominent, and had a strong relationship with thriving at work. Several studies have explored the relationship between perceived organizational support and thriving at work among employees in enterprises from Pakistan and China (Abid et al., 2015; Ma, 2014; Shi et al., 2015). Although there were previous studies that have confirmed the positive relationship between perceived organizational support and thriving at work, no previous research identified

the relationship between these two variables among nurses, particularly Chinese nurses.

Organizational support was found as an important factor that was related to thriving at work. Organizational support of nurses refers to the nurses' comprehensive perception of the extent to which the department or hospital gives them support, values their contribution, and cares about their well-being (Wang, Zhang, & Qian, 2014). Organizational support would increase the employees' feelings of being respected, which would enhance motivation for learning new things and energize the nurses (Wiesenfeld, Raghuram & Garud, 2001). Meanwhile, recognition would create a positive mood so that nurses could recover from setbacks and negative emotions. Thus, they are more likely to thrive at work.

In China, most nurses think they are treated unfairly because nurses work with high overload but get low pay and low social recognition (Chen, Liu, Kuang, & Duan, 2010; Liu, Liu, Zhang, Guo, & Zhu, 2014). Compared with doctors, nurses received less pay, promotions and learning opportunities than doctors. Zhang and Cao's (2008) study showed that 70% of nurses and doctors believed that nurses get lower salaries; 53% of them deemed that doctors had more opportunities for promotion than nurses; and 73. 5% of them reckoned doctors had more opportunities for learning than nurses. These situations may affect how nurses perceive support from their hospitals. However, in 2012, the Ministry of Health (MOH) in Yunnan Province launched a Hospital Accreditation project (MOH of Yunnan, 2012). The regulations of Hospital Accreditation emphasize the safety of patients and medical personnel. According to these regulations, hospital infection control and the non-punishment of adverse events report system is vital to build a safe work environment for nurses. A safe environment promotes nurses' perception of support from hospitals which further makes nurses feel that they are thriving at work.

As aforementioned, thriving at work provides significant benefits for nursing personnel and organizations. However, few studies have identified this concept among nurses, and no study has identified the relationship between perceived organizational support and thriving at work among nurses. Therefore, knowledge needs to be expanded regarding perceived organizational support and thriving at work, as well as the relationship between them, under the nursing context in the P.R. China, especially in university hospitals in Dali. The results benefit nurse managers to improve support to increase and/or maintain thriving at work among nurses in their nursing units and hospitals. Meanwhile, the results of the present study will contribute to the body of knowledge on perceived organizational support and thriving at work in order to provide baseline data for future research.

Objectives

The objectives of this study were to explore the levels of perceived organizational support and thriving at work as well as the relationship between these two variables for nurses in the Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was based on two main concepts: the Perceived Organizational Support Theory by Eisenberger, Huntington, Hutchison, and Sowa (1986) and the Social Embedded Model of Thriving at Work by Spreitzer et al. (2005). Perceived organizational support for nurses is defined as the nurses' comprehensive perception of the extent to which the department or hospital gives them support, values their contribution, and cares about their well-being (Wang et al., 2014). Thriving at work is defined as a psychological state in which individuals experience both a sense of vitality and a sense of learning at work, and consists of two dimensions: vitality and learning (Spreitzer et al., 2005). According to the literature review, individuals who perceived support from hospitals felt obligated to be absorbed in their work and to learn new knowledge and skills to contribute to the organizational objectives (Eisenberger, et al., 1986).

Methodology

Population and Sample

The descriptive correlational design was used to study a population of 861 nurses who had worked for at least one year and had provided bedside nursing care to patients in the Affiliated Hospitals of Dali University.

The sample size was calculated using Yamane's (1973) formula, with a level of .05. Considering the possible loss of samples, 20% of the sample size was added (Naing, Winn, & Rusli, 2006). The final sample size was 329 nurses. Proportional stratified random sampling method was used to determine the number of nurses from eight clinical departments of the First Affiliated Hospital of Dali University and the Second Affiliated Hospital of Dali University.

Research Instruments

The instrument was a questionnaire consisting of three parts: 1) the demographic data form; 2) the Survey of Nurse Perceived Organizational Support (SNPOS) in Chinese language by Wang et al., (2014) which was contained 15 items, with a 5-point, unidimensional scale, with ratings from 1 (*strongly disagree*) to 5 (*strongly agree*); mean score 1.00-2.33 was at a low level, mean score 2.34-3.66 was at a moderate level, and mean score 3.67-5.00 was at a high level. 3) The Measure of Thriving at Work included two dimensions, learning and validity (Porath et al. 2012). It was a 10-item, 7-point scale with ratings from 1 (*strongly disagree*) to 7(*strongly agree*). Each dimension included 5 items. This measure was translated into Chinese by the researcher using the back-translation process. Both instruments were used without any modification; thus, the researcher did not test their validity. The internal consistency reliability of SNPOS and the Measure of Thriving at work were tested with 30 nurses who worked in the Second Affiliated Hospital of Dali University. The Cronbach's alpha of SNPOS and the Measure of Thriving at Work reached .96 and .83, respectively.

Ethical Considerations

The Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University approved this study, and approvals were submitted to the directors of the nursing departments of the Affiliated Hospitals of Dali University, the People's Republic of China. Before data collection, the package of question-

naires, including an information sheet, an informed consent form, and questionnaires, was handed to each participant, and was requested to be returned within two weeks. They were notified that they had rights to refuse, stop, or withdraw at any time from this study. Confidentiality and anonymity of individual responses were guaranteed.

Data Collection

The researcher and one research coordinator distributed 329 questionnaires, and 301 were returned. Only 250 (75.99%) questionnaires were complete. The overall response rate did not reach 80%. Therefore, the researcher redistributed 16 questionnaires, applying the proportional stratified random sampling method, to staff nurses who were not sampled for the first round. Ultimately, a total of 266 (80.85%) returned questionnaires were analyzed.

Data Analysis

The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) was used for data analysis. The significance level was set at .05. Descriptive statistics were used in analyzing the demographic data of nurses. The level of perceived organizational support and thriving at work were analyzed by using mean, standard deviation, and range. As the data for perceived organizational support was not normally distributed, Spearman's rank-order correlations were used to examine the relationship between the two variables.

Results

Demographic Characteristics of Participants**.** In the present study, the majority of samples were female (97.37%). The average age of samples was 31.49 years old (SD = 6.95). The largest group of them (59.40%) ranged from 25 to 35 years old and 74.44% were married. With respect to educational level, the majority held a bachelor's degree (60.53%). About half of the samples were senior nurses (50.38%). Most have worked for less than six years (36. 46%). Approximately 40% of the samples worked in the medical department.

Organizational support as perceived by nurses was at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.69). Nurses' thriving at work was at a high level ($\bar{X}$ = 5.29, SD = 0.81). Organizational support was significantly strongly related to thriving at work (r =.61, p < .01) (Table 1).

Table 1 Relationship among Perceived Organizational Support and Thriving at Work of the Samples (n = 266)

	Perceived Organizational Support
Overall thriving at work	.61**

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Discussion

Perceived Organizational Support

The results indicated that organizational support as perceived by nurses working at the Affiliated Hospitals of Dali University was at a moderate level ($\bar{X}$ = 3.48, SD = 0.69).

Superior support and a safe work environment might be the reasons for samples' perception of organizational support. Firstly, supervisor support may be a reasonable explanation of the results. Leader-member exchange was one of the methods that assesses supervisors' support (Wayne, Shore, & Liden 1997). A good leader-member exchange was found in a tertiary hospital in Yunnan (Zhang, 2016). That implies that head nurses had a good relationship with staff nurses. Therefore, staff nurses could get sufficient support from their head nurses when they encountered trouble. Additionally, highly perceived organizational support can be attributed to the construction of a safe work environment. A safe workplace was one of the determinants of well-being for individuals (Schulte et al. 2015). In 2012, the Ministry of Health of Yunnan Province launched the Hospital Accreditation (HA) project, which focused on the safety of patients and medical personnel. The implementation of the non-punishment of adverse nursing events report system and medical occupational protection system guaranteed nurses' safety which promoted the perception of organizational support. At the same time, to guarantee nurses' safety, the Affiliated Hospitals of Dali University provided effective measures to protect nurses from occupational exposure to infections, such as the orientation of hospital infection control for new staff, use of personal protective equipment, use of safer devices, and periodical training and post-exposure management. These effective measures ensured that nurses worked in a relatively safe work environment. Hence, nurses felt they received support from their hospitals.

A number of reasons may have prevented nurses from perceiving support from their hospitals in this study. This will be discussed in detail as follows. Firstly, dissatisfaction with payment and rewards might be a possible explanation. Previous studies revealed that nurses were not satisfied with payment and rewards in tertiary hospitals in Yunnan province (Duan, 2016; Bai, 2012). This finding was consistent with another study in Dali, which showed that nurses in Dali were dissatisfied with their pay (Liu, Yang, Zhang, Yang, & Ar, 2016). When nurses felt that there was imbalance between effort and reward, they would feel that their work was not meaningful for the hospital and that the hospital did not recognize or appreciate them. Thus, this will inhibit nurses from perceiving high support from hospitals. Additionally, the result may be attributed to career planning. At present, nurses with the same educational level, professional title and position do the same work and share the same responsibilities in the Affiliated Hospitals of Dali University. The hospitals seldom provide opportunities for nurses to become clinical nursing specialists or clinical nurse experts. The only possible developmental path for nurses is to become nurse administrators. However, administrator positions were limited. Therefore, most nurses were not clear about the future direction of their career development

which could hinder the nurses in perceiving organizational support.

In short, superior support, a safe work environment, and hospitals' concern about nurses' well-being may facilitate nurses' perceived organizational support. On the other hand, nurses' dissatisfaction with pay and rewards, and a lack of nursing career planning may weaken their perception of support from hospitals. Therefore, in this study, nurses perceived a moderate level of organizational support. The result was consistent with a previous study in Yunnan, China which might be because nurses in Yunnan are subject to the same policies and the same benefits.

Thriving at Work

The results revealed that thriving at work of samples working in the Affiliated Hospitals of Dali University was at a high level ($\bar{X}$ = 5.29, SD = 0.81).

The possible explanations of high levels of thriving at work are discussed as follows. Firstly, job autonomy increases one's feeling of thriving at work. Individuals who perceived they have autonomy in completing their work are more likely to report they are thriving at work (Liu & Bern-Klu, 2013). Yang (2017) also found that job autonomy of nurses in tertiary hospitals of Yunnan was at a high level. That is, when nurses felt autonomous, they were more likely to feel a high level of thriving at work. Secondly, another reasonable attribution for this finding may be related to broad information sharing. With the creation of the Office Automation System (OAS) and online chat groups such as QQ and WeChat, information sharing was improved in the Affiliated Hospitals of Dali University. When individuals have access to large amounts of information, they are able to deal with unfamiliar and urgent affairs (Bunderson & Sutcliff, 2002), and this can increase nurses' confidence and competence, which immediately enhances their sense of vitality. Thirdly, with the implementation of the quality care demonstration project in the Affiliated Hospitals of Dali University, a holistic nursing model was promoted to all wards. The holistic nursing model demands that nurses work as a team. Good teamwork indicates that nurses trust and cooperate with each other (Kalisch, Lee, & Salas, 2010). Trust will make nurses believe that they are a worthy and valued person for the hospitals. Accordingly, they are more willing to take risks to explore new treatments, new technology and new experiments. Finally, the level of thriving at work could be explained by the educational level demographic characteristics (Carmeli & Spreitzer, 2009). In this study, 61.28% of the samples who held a bachelor's degree or above held greater expectations for themselves and aspirations for their future career development. They are generally willing to put more energy into their work and spend more time and effort to learn. The results revealed that thriving at work for nurses working in the Affiliated Hospitals of Dali University was at a high level which was different from nurses in Heilongjiang Province.

The Relationship between Organizational Support and Thriving at Work of Nurses

The results of this study showed that there was a strong positive relationship between perceived organizational support and thriving at work ($r = .61$, $p < .01$) (Table 1). This meant that

nurses were more likely to feel that they were thriving in their work when they perceived support from their organization. The results strengthened the established understanding that perceived organizational support has a positive impact on individual work attitude, such as thriving among employees at enterprises in Pakistan and China (Abid et al., 2015; Ma, 2014; Shi et al., 2015).

Perceived organizational support as a contextual enabler can increase an employees' sense of thriving at work in Chinese culture (Ma, 2014; Shi et al., 2015). The results of this study indicate when nurses perceive that hospitals care about their well-being, provide more opportunities for training and promotion, provide appropriate payment and rewards, and treat them equally, nurses are more likely to have a feeling of being respected and trusted. Subsequently, in order to reciprocate to the hospitals, nurses are more likely to actively learn and work hard. Moreover, a sense of being respected can facilitate nurses to explore new things, namely learning. Furthermore, as nurses explore in this manner, they are more likely to feel curious and energetic. At the same time, when nurses feel respected and trusted by their hospitals, they will produce positive moods (Rhoades & Eisenberger, 2002), such as joy and contentment. With positive moods, nurses can be more resilient during adverse events and setbacks (Fredrickson, 1998). Positive moods could facilitate nurses to interact with their patients and their colleagues. Nurses feel energetic when they successfully help others to solve problems. In addition, with positive moods, nurses can build good relationships with their colleagues, and they can learn more by talking about and observing their colleagues' work experience and skills. Thus, it can be seen that a climate of respect and positive moods respectively or jointly enhances the individuals' thriving at work (Spreitzer et al., 2005). To summarize, the results of this study strengthened the established understanding that POS had a positive impact on individual work attitude, such as thriving among employees in enterprises in Pakistan and China (Abid et al., 2015; Ma, 2014; Shi et al., 2015).

Conclusion

The results revealed that perceived organizational support of nurses working at the Affiliated Hospitals of Dali University was at a moderate level, while their thriving at work was at a high level. In addition, there was a significant strong positive relationship between perceived organizational support and thriving at work.

Application of Research Findings

Hospital administrators and nurse administrators can develop strategies for improving nurses and enhancing organizational support through increasing and maintaining supervisor support, and increasing organizational welfare and job conditions such as payment and rewards, career development, training and promotion opportunities. Moreover, hospital administrators and nurse administrators have to provide training programs to maintain or enhance thriving at work for nurses.

Recommendations for Future Research

Future study is needed to replicate this study in other regions of China and other types of hospitals, and with nursing administrators.

Additionally, other factors that correlate to thriving at work, such as leadership, organizational trust, organizational justice, and demographic characteristics should be explored in future studies.

Acknowledgements

We thank the Affiliated Hospitals of Dali University for their permission to collect data. We thank all the respondents for their participation in the research. We also thank the Graduate School, Chiang Mai University for their research grant for this research.

References

Abid, G., Zahra, I., & Ahmed, A. (2015). Mediated mechanism of thriving at work between perceived organizational support, innovative work behavior and turnover intention. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences, 9*(3), 982-998.

Anjum, M. A., Marri, S. R., & Khan, H. (2016). Thriving at work: Evidences from telecom companies in Balochistan. *Gomal University Journal of Research* [*GUJR*]*, 32*(2).37-46.

Bai, Y.J., (2012). *Organizational climate and self-efficacy among nurses in university hospitals, Yunnan province, the People's Republic of China* (Unpublished master's Thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Bunderson, J. S., & Sutcliffe, K. M. (2002). Why some teams emphasize learning more than others: Evidence from business unit management teams. In H. Sondak (Ed.), *Toward phenomenology of groups and group membership* (pp. 49-84). Bingley: Emerald Group.

Carmeli, A., & Spreitzer, G. M. (2009). Trust, connectivity, and thriving: Implications for innovative behaviors at work. *The Journal of Creative Behavior, 43*(3), 169-191.

Chen, C. R., Liu, J. Z., Kuang, W. X., & Duan, G.X. (2010). Research of the impact of organizational justice on occupational commitment of nurses. *Journal of Nursing Administration, 10*(7), 460-461. (in Chinese)

Duan, J. M., (2016). Job satisfaction, leader empowering behaviors and work engagement among nurses in tertiary hospitals, Kunming, the People's Republic of China (Unpublished master's Thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology, 71*(3), 500-507.

Fredrickson, B. L. (1998). What good are positive emotions? *Review of general psychology, 2*(3), 300.

Gao, L. J., Cang, S., Fan, C., Shi, Y., Xie, F. Z., Wang, J. H., & Ma, X. M. (2017). The relationship between workplace mindfulness and thriving at work among nursing staffs. *Chinese Journal Practice Nursing, 33*(9), 701-703. (in Chinese)

Hildenbrand, K., Sacramento, C. A., & Binnewies, C. (2018). Transformational leadership and burnout: The role of thriving and followers' openness to experience. *Journal of Occupational Health Psychology, 23*(1), 31.

Kalisch, B. J., Lee, H., & Salas, E. (2010). The development and testing of the nursing teamwork survey. *Nursing Research, 59*(1), 42-50.

Labrague, L. J., Gloe, D., Mcenroe, D. M., Konstantinos, K., & Colet, P. (2018). Factors influencing turnover intention among registered nurses in Samar, the Philippines. *Applied Nursing Research*, *39,* 200-206.

Liu, C. C., Liu, J., Zhang, Y. M., Guo, B. M., & Zhu, Y. (2014). The relationship between organization justice and turnover intention among nurse in tertiary hospital Chinese. *Journal of Practical Nursing, 30*(36), 29-32. (in Chinese)

Liu, C. Q., Yang, Y. F., Zhang, F., Yang, Y. P., & Ar, R. F. (2016). An investigation on the salary of nurses in Dali District. *Today Nurse,6*,81-83. (in Chinese)

Liu, J., & Bern-Klug, M. (2013). Nursing home social services directors who report thriving at work. *Journal of gerontological social work, 56*(2), 127-145.

Lo, W. Y., Chien, L. Y., Hwang, F. M., Huang, N., & Chiou, S. T. (2018). From job stress to intention to leave among hospital nurses: A structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing, 74*(3), 677-688.

Ma, Y. (2014). The relationship between perceived organizational support and thriving at work. *Journal of Kaifeng institute of Education, 34*(12), 198-199. (in Chinese)

Mortier, A. V., Vlerick, P., & Clays, E. (2016). Authentic leadership and thriving among nurses: The mediating role of empathy. *Journal of Nursing Management, 24*(3), 357-365.

Netease News. (2012). *Reform of China's medical system: Current situation and challenge*. (in Chinese) Retrieved from http: //www.360doc.com/content/18/0309/10/77611_735589703.shtml

Newton, C., Teo, S. T., Pick, D., Yeung, M., & Salamonson, Y. (2013). Flexibility in change practices and job outcomes for nurses: Exploring the role of subjective fit. *Journal of Advanced Nursing, 69*(12), 2800-2811.

Paterson, T. A., Luthans, F., & Jeung, W. (2014). Thriving at work: Impact of psychological capital and supervisor support. *Journal of Organizational Behavior, 35*(3), 434-446.

Porath, C., Spreitzer, G., Gibson, C., & Garnett, F. G. (2012). Thriving at work: Toward its measurement, construct validation, and theoretical refinement. *Journal of Organizational Behavior, 33*(2), 250-275.

Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature, *Journal of Applied Psychology, 87*(4), 698-714.

Schulte, P. A., Guerin, R. J., Schill, A. L., Bhattacharya, A., Cunningham, T. R., Pandalai, S. P., ... Stephenson, C. M. (2015). Considerations for Incorporating "Well-Being" in Public Policy for Workers and Workplaces. *American Journal of Public Health, 105*(8), e31-e44.

Shi, K., Wan, J., & Cui, Y. P. (2015). Mechanism of thriving at work-based on the person-context reciprocal action. *Human Resource Development of China,* (17), 65-72. (in Chinese)

Spreitzer, G., Sutcliffe, K., Dutton, J., Sonenshein, S., & Grant, A. M. (2005). A socially embedded model of thriving at work. *Organization Science, 16*(5), 537-549.

Wang, H. Q., Zhang, Y. Q., & Qian, Y. (2014). Development and validation of the survey of nurse perceived organizational support. *Research Paper, 14*(16), 580-583. (in Chinese)

Wayne, S. J., Shore, L. M., & Liden, R. C. (1997). Perceived organizational support and leader-member exchange: A social exchange perspective. *Academy of Management Journal, 40*(1), 82-111.

Wiesenfeld, B. M., Raghuram, S., & Garud, R. (2001). Organizational identification among virtual workers: The role of need for affiliation and perceived work-based social support. *Journal of Management, 27*(2), 213-229.

Yamane, T. (1973). *Statistics: An introduction analysis*. Tokyo: Harper International.

Yang, H., Lv, J., Zhou, X., Liu, H., & Mi, B. (2017). Validation of work pressure and associated factors influencing hospital nurse turnover: A cross-sectional investigation in Shaanxi Province, China. *BMC Health Services Research, 17*(1), 112-122.

Yang, T., (2017*). Factors related to innovative behavior of nurses in Autonomous Hospitals, the People's Republic of China* (Unpublished master's Thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Zhang, L. (2007). Investigation and analysis of job stressors of clinical nurses. *International Journal of Nursing, 25*(3), 86-90. (in Chinese)

Zhang, L., (2016). *The perceived leader-member exchange and patient safety culture among nurses, the People's Republic of China* (Unpublished master's Thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Zhang, J. H., & Cao, H. P. (2008). The study of social status of physician and nurses Chinese. *Journal Modern Nursing, 14*(22), 2345-2349. (in Chinese)

Head Nurses' Authentic Leadership and Group Cohesion as Perceived by Nurses in Tertiary Hospitals in Yunnan Province, China

ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าพยาบาลและความเหนียวแน่นในกลุ่มตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิในจังหวัดยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน

เฉาหนาน	เซิ้ง**	Chaonan	Zeng**
วิภาดา	คุณาวิกติกุล***	Wipada	Kunaviktikul***
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล****	Petsunee	Thungjaroenkul****

Abstract

Group cohesion is an important factor in a nursing organization which can encourage nurses to perform creative and complex work. The purposes of this descriptive correlational study were to examine the levels of head nurses' authentic leadership and levels of group cohesion, and to explore the relationships between head nurses' overall authentic leadership, each dimension of authentic leadership and overall group cohesion as perceived by nurses in tertiary hospitals in Yunnan Province, China. The sample consisted of 362 nurses working in provincial tertiary hospitals in Kunming City, Yunnan Province, China. The research instruments included: 1) Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) translated into Chinese by Walumbwa et al. (2008); and 2) Group Environment Questionnaire (GEQ) revised by Eys et al. (2007) and translated from English to Chinese by this researcher. The Cronbach's alpha coefficient for the ALQ was .97, and for the subscales of self-awareness, international moral perspective, balanced processing and relational transparency were .91, .89, .89, and .94, respectively. The Cronbach's alpha coefficient for GEQ was .98, and for the subscales of GI-T, ATG-T, GI-S, and ATG-S were .93, .97, .86, and .88, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation.

The results of this study were as follows:

1. Nurses in Yunnan Province perceived head nurses' leadership and the dimensions of self-awareness, balanced processing, relational transparency at a moderate level ($\overline{X}$ = 2.41, SD = 0.52; $\overline{X}$ = 2.23, SD = 0.65; $\overline{X}$ = 2.25, SD = 0.67; $\overline{X}$ = 2.31, SD = 0.61, respectively). However, the dimension of international moral perspective was at a high level ($\overline{X}$ = 2.84, SD = 0.74).

* 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: 1169940016@qq.com

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

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

Received 11 June 2018; Revised 12 July 2018; Accepted 26 July 2018

2. Nurses perceived overall group cohesion and the dimensions of Group Interaction-Task (GI-T), Individual Attractions to the Group-Task (ATG-T), Group Interaction-Social (GI-S), and Individual Attractions to the Group-Social (ATG-S) at a moderate level ($\bar{X}$ = 5.91, SD = 1.14; $\bar{X}$ = 6.07, SD = 1.22; $\bar{X}$ = 6.02, SD = 1.27; $\bar{X}$ = 5.48, SD = 1.29; $\bar{X}$ = 6.02, SD = 1.21, respectively).

3. There were moderate level of association between head nurses' overall authentic leadership, the dimensions of self-awareness, international moral perspective, balanced processing, relational transparency and overall group cohesion as perceived by nurses (r_s = .42, $p < .01$; r_s = .33, $p < .01$; r_s = .46, $p < .01$; r_s = .30, $p < .01$; r_s = .35, $p < .01$, respectively).

The findings of this study could be good for nurse managers in that they can promote nursing group cohesion by encouraging head nurses to use authentic leadership styles.

Keywords: Authentic leadership, Group cohesion, Nurse, Tertiary Hospital, China

บทคัดย่อ

ความเหนียวแน่นในกลุ่มเป็นปัจจัยสำคัญในองค์กรพยาบาลที่กระตุ้นให้พยาบาลปฏิบัติงานที่สร้างสรรค์และซับซ้อนได้ การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาระดับภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าตึกและระดับความเหนียวแน่นในกลุ่ม และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงโดยรวมและรายด้านกับความเหนียวแน่นในกลุ่มโดยรวมตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิ จังหวัดยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลจำนวน 362 คน ที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิในเมืองคุนหมิง จังหวัดยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามภาวะผู้นำที่แท้จริง (ALQ) แปลเป็นภาษาจีนโดยวัลลัมบ์วา และคณะ (Walumbwa et al., 2008) 2) แบบสอบถามบรรยากาศภายในกลุ่ม (GEQ) ฉบับปรับปรุงแก้ไขโดยอีซ์ และคณะ (Eys et al., 2007) แปลจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาจีนโดยผู้วิจัย ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม ALQ เท่ากับ .97 และองค์ประกอบด้านการตระหนักในตนเอง ด้านการมองศีลธรรมในระดับนานาชาติ ด้านกระบวนการที่สมดุล และด้านความโปร่งใสเชิงสัมพันธ์ มีค่าเท่ากับ .91, .89, .89 และ .94 ตามลำดับ ส่วนค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถาม GEQ เท่ากับ .98 และองค์ประกอบด้าน GI-T, ATG-T, GI-S และ ATG-S มีค่าเท่ากับ .93, .97, .86 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่า

1. พยาบาลในจังหวัดยูนนานรับรู้ภาวะผู้นำที่แท้จริงโดยรวมของหัวหน้าพยาบาล และองค์ประกอบด้านการตระหนักในตนเอง ด้านกระบวนการที่สมดุล และด้านความโปร่งใสเชิงสัมพันธ์ อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.41, SD = 0.52; $\bar{X}$ = 2.23, SD = 0.65; $\bar{X}$ = 2.25, SD = 0.67; $\bar{X}$ = 2.31, SD = 0.61, ตามลำดับ) ส่วนด้านการมองศีลธรรมในระดับนานาชาติมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 2.84, SD = 0.74)

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
e-mail: 1169940016@qq.com
*** ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 11 มิถุนายน 2561 วันที่แก้ไขบทความ 12 กรกฎาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 26 กรกฎาคม 2561

2. พยาบาลมีการรับรู้ความเหนียวแน่นในกลุ่มโดยรวม และองค์ประกอบด้านการรับรู้ปฏิสัมพันธ์กลุ่มด้านงาน (GI-T) ด้านแรงดึงดูดของบุคคลต่อกลุ่มด้านงาน (ATG-T) ด้านปฏิสัมพันธ์กลุ่มด้านสังคม (GI-S) และด้านแรงดึงดูดของบุคคลต่อกลุ่มด้านสังคม (ATG-S) อยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 5.91, SD = 1.14; $\overline{X}$ = 6.07, SD =1.22; $\overline{X}$ = 6.02, SD = 1.27; $\overline{X}$ = 5.48, SD = 1.29; $\overline{X}$ = 6.02, SD = 1.21, ตามลำดับ)

3. ภาวะผู้นำที่แท้จริงโดยรวมของหัวหน้าพยาบาลและองค์ประกอบในด้านการตระหนักในตนเอง ด้านการมองศีลธรรมในระดับนานาชาติ ด้านกระบวนการที่สมดุล และด้านความโปร่งใสเชิงสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางต่อความเหนียวแน่นในกลุ่มโดยรวมตามการรับรู้ของพยาบาล (r_S = .42, $p < .01$; r_S = .33, $p < .01$; r_S = .46, $p < .01$; r_S = .30, $p < .01$; r_S = .35, $p < .01$, ตามลำดับ)

ผลการวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารทางพยาบาลในการส่งเสริมให้เกิดความเหนียวแน่นในกลุ่มพยาบาลโดยการกระตุ้นให้หัวหน้าพยาบาลได้ใช้รูปแบบภาวะผู้นำที่แท้จริง

คำสำคัญ: ภาวะผู้นำที่แท้จริง ความเหนียวแน่นในกลุ่ม พยาบาล โรงพยาบาลตติยภูมิ สาธารณรัฐประชาชนจีน

Background and Significance

Nowadays, with the rising demands and rapid changes in healthcare systems, instructions must focus on quality of healthcare services to improve competitive competency (Yusefi, Bastani, Bordbar, Sadeghi, & Hesami, 2018). To meet these needs, Chinese healthcare organizations launched the project "High Quality of Nursing Care" in 2011 (Ministry of Health of China [MOPH], 2018), which requires nurses to provide a holistically continuous quality of care. It is a requirement for providing high quality of care that relies on group cohesion (Sanko, 2015). Nursing groups with low levels of cohesion show less willingness to work together and more willingness to work in an uncoordinated effort, which can decrease the quality of care, such as by failing to prevent adverse events; however, a cohesive group performs better, and improves patient satisfaction and the quality of care outcomes (Kosiol & Fitzgerald, 2017). Moreover, different meta analyses suggest that group cohesion is a supportive and empowered mechanism which promotes nurses' problem-solving performance to achieve group success, enhancing nurses' satisfaction and engagement, and increasing intent to stay, which leads to lower turnover and burnout (Ko, 2011; Li, Early, Mahrer, Klaristenfeld, & Gold, 2014).

Group cohesion has been defined as "a dynamic process that is reflected in the tendency of a group to stick together and remain united in the pursuit of its goals and objectives or for the satisfaction of member needs" (Carron, Widmeyer, & Brawley, 1985). In China, about 98.2% of nurses were female (MoH, 2018), and females typically express more cohesiveness (Valentova, 2016). China also has a long history of collectivist culture that emphasizes solidarity (Liang, Wu, & Zhang, 2018). However, group cohesion is a worldwide issue in healthcare organizations, and nurses perceived lower levels of group cohesion compared with other healthcare professions (Kosiol & Fitzgerald, 2017). Additionally, Chinese nurses are less attracted to nursing groups since nurses have high workloads and low social and professional status (MoH, 2018). A study of nurses in Yunnan Province showed group cohesion was at a moderate level; nurse' experience, status, support from nurse managers, and opportunity to participate in decision-making could result in a lack of group cohesion (Wang, 2017). Thus, nurse managers should be encouraged to identify various strategies to improve group cohesion and develop a support system for nurses.

In order to improve group cohesion, this study focused on authentic leadership since leaders' authentic behaviors can promote followers' self-disclosure, sharing, trust, group identification, good psychological capabilities and relationships. These, in turn, achieve group cohesion, making it easier to cultivate and manage (Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing, & Peterson, 2008; García-Guiu, Molero, & Moriano, 2015).

Walumbwa et al. (2008) defined authentic leadership as "a pattern of leader behavior that draws upon and promotes both positive psychological capacities and a positive ethical climate, to foster greater self-awareness, internalized moral perspective, balanced processing of information, and relational transparency on the part of leaders working with followers, fostering positive self-development". Literature on empirical studies identified that authentic leadership is directly related to positive organizational behaviors such as organizational identification, commitment and citizenship behavior (Benson, Eys, & Irving, 2016), and enhances

followers' engagement, job satisfaction and performance (Liu, 2016). Previous studies showed different levels of authentic leadership in different countries (Regan, Laschinger, & Wong, 2016; Dirik & Intepeler, 2017; Malik, Dhar, & Handa., 2016). Chinese traditional Confucianism, Tao Te Ching and hierarchy have a certain influence on authentic leadership (Zhang, Everett, Elkin, & Cone, 2012). Up to now, little is known about authentic leadership in China, only one study was found in the nursing field, and the application of authentic leadership in Yunnan is unknown.

Three studies have shown a positive relationship between authentic leadership and group cohesion. Houchin (2011) was the first person to examine this relationship in sports teams where there was a significant positive relationship between authentic leadership and group cohesion ($r = .34$, $p < .01$). García-Guiu, Molero, Moya, et al. (2015) focused on security and emergency teams and confirmed that authentic leadership had a direct positive correlation with group cohesion ($r = .53$, $p < .01$). García-Guiu, Molero, and Moriano (2015) also studied 210 staff members at Spanish companies with results that showed that a significant direct relationship between authentic leadership and group cohesion ($r = .40$, $p < .01$). However, the nursing group differs from the sample groups in the above studies since the majority of nurses are female. Thus, this study examined the overall effect, as well as the effect of each dimension of authentic leadership on group cohesion in the nursing field in Yunnan Province.

Objectives

This study aimed to explore nurses' perceptions of the authentic leadership of their head nurses and group cohesion in tertiary hospitals in Yunnan Province, China. It further examined the relationship between overall authentic leadership and each dimension of head nurses' authentic leadership and overall group cohesion.

Conceptual Framework

The conceptual framework was based on Walumbwa et al.'s authentic leadership model (2008) and Carron et al.'s group cohesion model (1985). Authentic leadership was defined as a pattern of leader behavior that draws upon and promotes both positive psychological capacities and a positive ethical climate, to more greatly foster the four dimensions of self- awareness, internalized moral perspective, balanced processing of information, and relational transparency on the part of leaders working with followers, fostering positive self- development. Group cohesion was defined as a dynamic process that is reflected in the tendency for a group to stick together and remain united in the pursuit of its goals and objectives or for the satisfaction of member needs. It consisted of GI-T, ATG-T, GI-S and ATG-S. Head nurses' authentic leadership and its dimensions provide a supportive group environment and good member relationships for nurses maintaining involvement in the group; thus, group cohesion can be promoted.

Methodology

Population and Sample

This descriptive correlational study was designed to study a population of 2,823 inpatient nurses who worked in three tertiary hospitals in Yunnan Province.

The sample subjects were 350 nurses. A multistage sampling technique was used to select the sample (a proportionate sampling

method was used to determine the number of nurses needed in each hospital; proportional stratified random sampling method was employed to determine the number of nurses selected from inpatient units of each hospital; and randomly drawn sampling determined nurses from the name list in the nursing departments in each hospital until the required number of nurses was obtained). Nurses who were willing to participate and had worked for more than one year were included in the study.

Research Instruments

The instruments used in this study included three parts:

1. The Demographic Data Form.

2. The Authentic Leadership Questionnaire (ALQ) developed by Walumbwa et al. (2008) with a total of 16 items (self-awareness: 4 items; moral perspective: 4 items; balanced processing: 3 items; relational transparency: 5 items) using a five-point Likert scale ranging from 0 (not at all) to 4 (frequently), with higher scores reflecting greater authentic leadership.

3. The Group Environment Questionnaire (GEQ) revised by Eys et al. (2007) and including GI-S (4 items); ATG-S (5 items); GI-T (5 items) and ATG-T (4 items). Responses were measured on a scale from 1 (strongly disagree) to 9 (strongly agree), and a higher score meant a higher level of group cohesion. The validity of all instruments was proven in previous studies (Walumbwa et al., 2008; Carron et al., 1985). In this study, the Cronbach's alpha coefficient of the ALQ was .97, and for the subscales of self-awareness, international moral perspective, balanced processing and relational transparency were .91, .89, .89, and .94, respectively. The Cronbach's alpha coefficient for GEQ was .98, and the subscales of GI-T, ATG-T, GI-S, and ATG-S were .93, .97, .86, and .88, respectively.

Ethical Considerations

The study was approved by the Institutional Review Board of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University, Thailand. Permission to collect data was obtained from the selected hospitals. Participants were informed of the purposes of the study and methods of data collection, and voluntary participation was assured through a consent form. Anonymity and confidentiality of all the information was maintained by using numerical codes in the questionnaires instead of using participants' names.

Data Collection

Data collection was carried out by the researcher and two coordinators from the hospitals who were charged with voluntarily distributing and collecting research packages, which included a cover letter, a consent form, and a questionnaire. The participants were asked to return the questionnaires in a sealed envelope to the researcher or coordinators within two weeks. Almost all questionnaires distributed (89.29%) were returned and 362 completed questionnaires (86.19%) were used for data analysis.

Data Analysis

The study used Social Sciences (SPSS) 13.0 to analyze data. Demographic data were analyzed by using frequency, percentage, range, mean and standard deviation. The overall and separate dimensions of authentic leadership of head nurses and nurses perceived group cohesion were analyzed using mean and standard deviation. Spearman's Rank-Order correlation was used to examine the relationships between authentic leadership and group cohesion since Kolmogorov-Smirnov's (KS) test showed data was non-normally distributed.

Results

Demographic data: the average age of nurses was 31.74 years old (SD = 7.21), and over half of them (74.86%) were less than 35 years old. The majority of nurses (95.58%) were female. Most of the nurses (69.06%) had worked less than 10 years. The largest group of nurses (64.36%) worked on a rotating shift. More than half (62.98%) were temporary nurses.

Table 1 Mean, Standard Deviation and Level of Head Nurses' Overall and Separate Dimensions of Authentic Leadership as Perceived by Participants (n = 362)

Authentic Leadership	$\bar{X}$	SD	Level
Overall authentic leadership	2.41	0.52	Moderate
Self-awareness	2.23	0.65	Moderate
International moral perspective	2.84	0.74	High
Balanced processing	2.25	0.67	Moderate
Relational transparency	2.31	0.61	Moderate

Head nurses' overall and separate dimensions of authentic leadership as perceived by participants in Table 1 showed that nurses perceived overall authentic leadership of head nurses was at a moderate level, and the self-awareness, balanced processing, and relational transparency dimensions were at moderate levels ($\bar{X}$ = 2.41, SD = 0.52; $\bar{X}$ = 2.23, SD = 0 .65; $\bar{X}$ = 2.25, SD = 0.67; $\bar{X}$ = 2.31, SD = 061, respectively), while the international moral perspective was at a high level ($\bar{X}$ = 2.84, SD = 0.74).

Table 2 Mean, Standard Deviation and Level of Overall and Each Dimension of Group Cohesion as Perceived by Participants (n = 362)

Group Cohesion	$\bar{X}$	SD	Level
Overall group cohesion	5.91	1.14	Moderate
Group Interaction-Task (GI-T)	6.07	1.22	Moderate
Individual Attraction to the Group-Task (ATG-T)	6.02	1.27	Moderate
Group Interaction-Social (GI-S)	5.48	1.29	Moderate
Individual Attraction to the Group-Social (ATG-S)	6.02	1.21	Moderate

Overall and each separate dimension of group cohesion as perceived by participants in Table 2 showed that nurses perceived overall group cohesion and the GI-T, ATG-T, GI-S and ATG-Sat a moderate level ($\bar{X}$ = 5.91, SD = 1.14; $\bar{X}$ = 6.07, SD = 1.22; $\bar{X}$ = 6.02, SD = 1.27; $\bar{X}$ = 5.48, SD = 1.29; $\bar{X}$ = 6.02, SD = 1.21, respectively).

Table 3 Relationships Between Head Nurses' Overall and Each Dimension of Authentic Leadership and Overall Group Cohesion as Perceived by Participants *(n = 362)*

Authentic Leadership	Group Cohesion (overall)
Overall authentic leadership	.42**
Self-awareness	.33**
International moral perspective	.46**
Balanced processing	.30**
Relational transparency	.35**

** p < .01

Overall and each separate dimension of authentic leadership and overall group cohesion as perceived by participants in Table 3 showed that there were moderately positive relationships between head nurses' overall authentic leadership and each dimension of authentic leadership and overall group cohesion.

Discussion

Authentic leadership

The results of this study showed that the nurse's perception of head nurses' authentic leadership was at a moderate level. This was consistent with Regan et al. (2016) findings in Canada, but incongruent with the results of studies conducted in Turkey and India (Dirik & Intepeler, 2017; Malik et al., 2016). The findings could be explained by Chinese culture. Chinese humanistic management of hospitals encourages head nurses to focus more on improving relationships and communicating openly with nurses (Zhenxiang, 2014). Furthermore, head nurses who have received administrative training realize that authentic leadership is an effective management method (MoH, 2018). However, obtaining authenticity is more challenging for female leaders than it is for male leaders, since qualities such as relationality and rationality are mainly attributed to men (Eagly, 2005).

Among the four dimensions of authentic leadership, self-awareness was at a moderate level. This is likely because Chinese Confucianism suggests that daily examination of one's actions will correct views or behaviors over time (Zhang et al., 2012). However, Chinese traditional hierarchy emphasizes obedience; nurses are expected to unquestionably obey orders from head nurses (Zhang et al., 2012) which may hinder head nurses' motivation to be aware of their behavior. The international moral perspective was at a high level. The possible reason may be due to China using Tao Te (morality) Ching as cultural value to regulate quality of care in Chinese hospital. Polsa, Fuxiang, Saaksjarvi, & Shuyuan (2013) mentioned that Chinese cultural value will influence hospital managers' behaviors as manifest themselves in caring and nurturing for others. Thus, this Chinese culture might promote head nurses to go beyond their own self- interests and act with high moral standards and core values, and to motivate nurses to do the same. However, in this study, 50% of head nurses are young, young head nurses would lack experience and comprehensive consideration to make decisions (Zhang & Jiang, 2015). Relational transparency was at a moderate level. This may relate to head nurses accurately sharing and delivering hospital policies or measures to nurses on time. This

statement was supported by the result of litem respond which illustrated that 61.05% of nurses reporting that head nurses say exactly what he or she means in this study. However, for saving "face", the Chinese rarely admit their mistakes in public (Martinsons, Davison, & Huang, 2017), and it is hard for head nurses to admit mistakes.

Group cohesion

The results of this study showed that nurses perceived overall group cohesion was at a moderate level. This finding is similar to the results of previous studies (Ko, 2011; Risman, 2014; Wang, 2017). Yet, it's inconsistent with the results of Sanko's (2015) and Hildebrandt's (2015) studies, in which group cohesion was at a high level. This may because a strong collectivist culture in China advocates that nurses work interdependently and help maintain a good relationship with each other (Liang et al., 2018). However, in this study 62.98% of nurses are temporary nurses (TN), receiving lower benefits, such as medical insurance or opportunities, than permanent nurses (PN). Dissimilarity from PN felt by TN can lead to weak group cohesiveness (Dansby, Stewart, & Webb, 2012).

All dimensions of group cohesion were at a moderate level. The possible reason for this finding may be due to the fact that the majority of nurses in this study (95.58%) were female, and females tend to show more cohesive attitudes, especially a willingness to help others, than males (Valentova, 2016). Moreover, in Chinese hospitals, units can give nurses enough opportunities to improve their personal performance such as attending conferences and studying for higher education, and also hold a variety of activities, such as climbing mountains or having dinners, which help nurses related to one another better, cultivating good group spirit and increasing nurses' unity. In addition, 66.02 % of nurses state that their best friends were in the same group with them, and this social relationship may be the reason they are attracted to nursing groups. However, 69.06 % of nurses in this sample had been working less than 10 years; nurses who have less experience had lower unity and task cohesion with their unit (Ko 2011; Benson et al., 2016). In addition, the largest group of nurses in this study (64.36%) worked on rotating shifts, but nurses typically dislike night shifts due to sleep deprivation (Hu, 2017). Moreover, 74.86% of nurses in this study were less than 35 years old, and younger people tend to have a weaker sense of social cohesion than older people (Cramm & Nieboer, 2013). Furthermore, more than 82% of nurses in this study thought that they had low social status and received less respect from patients and communities which meant that they couldn't enjoy being a part of the social activities of the group .

Relationship between authentic leadership and group cohesion

There were moderately positive relationships between the overall and each specific dimension of authentic leadership and group cohesion in this study. This finding is consistent with the results of studies which were conducted among other professions (Houchin, 2011; García-Guiu, Molero, Moya, et al., 2015; García-Guiu, Molero & Moriano, 2015). The reason may be as follows.

Head nurses with a high level of self-awareness understand their strengths and weaknesses, and the effect on their staff, which contributes to nurses remaining in their group, and promotes nurses' self-regulation to understand their mission and responsibilities, and improve interpersonal relationships at work

(Walumbwa et al., 2008; Regan et al., 2016). Head nurses who act with deep personal values, convictions and morals, fostered positive psychological potential, respect, and trust among nurses, creating a good environment and promoting greater incentive to remain in the group (Liu, 2016). When head nurses with balanced processing cultivate a fair and attractive work climate, group cohesion improved; nurses perceive their interests were being considered more fully, and feel motivated to stay involved in the group (Agote, Aramburu, & Lines, 2016). Head nurses with relational transparency present their true self, practice open communication, share information to heighten levels of nurses' group identification, promote trust and relationships, and create the ideal group environment to promote group cohesion (Walumbwa et al., 2008; García-Guiu, Molero, & Moriano, 2015). In other words, authentic behaviors foster agreement with group goals, inspire positive psychological capacities, create a good climate and relationships, and shape group commitment and identity.

Conclusion

Nurses at tertiary hospitals in Yunnan perceived head nurses' overall authentic leadership at a moderate level. They also perceived that self-awareness, balanced processing and relational transparency were at a moderate level. However, the international moral perspective was at a high level. Nurses perceived overall group cohesion and each specific dimension of group cohesion at a moderate level. There was a moderate positive relationship between head nurses' overall authentic leadership and each dimension of authentic leadership, and overall group cohesion as perceived by nurses.

Application of Research Findings

Nurse administrators should enhance self-awareness, balanced processing, and relational transparency in head nurses through training, encouragement, improving educational levels, (especially for graduate study), and increasing competition. Units should provide enough resources to support nurses including fair improvement opportunities and salary, activities, appropriate courses, motivation, adequate nurses, improving education level, good communication and so on. With adequate support, nurses have more confidence in nursing groups and patient care.

Recommendations for Future Research

Studies of head nurses' authentic leadership and group cohesion should be explored in primary, secondary, or other tertiary hospitals in other regions in China. Future research should explore other factors related to group cohesion, especially for predictive studies on the factors related to group cohesion among nurses.

References

Agote, L., Aramburu, N., & Lines, R. (2016). Authentic leadership perception, trust in the leader, and followers' emotions in organizational change processes. *The Journal of Applied Behavioral Science*, *52*(1), 35-63.

Benson, A. J., Eys, M. A., & Irving, P. G. (2016). Great expectations: How role expectations and role experiences relate to perceptions of group cohesion. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *38*(2), 160-172.

Carron, A. V., Widmeyer, W. N., & Brawley, L. R. (1985). The development of an instrument to assess cohesion in sport teams: The group environment questionnaire. *Journal of Sport Psychology*, *7*(3), 244–266.

Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2013). Relationships between frailty, neighborhood security, social cohesion and sense of belonging among community-dwelling older people. *Geriatrics & Gerontology International*, *13*(3), 759-763.

Dirik, H. F., & Intepeler, S, S. (2017). The influence of authentic leadership on safety climate in nursing. *Journal of Nursing Management*, *25*(5), 392-401.

Eagly, A. H. (2005). Achieving relational authenticity in leadership: Does gender matter? *The Leadership Quarterly*, *16*(3), 459–474.

Eys, M. A., Carron, A. V., Bray, S. R., & Brawley, L. R. (2007). Item wording and internal consistency of a measure of cohesion: The group environment questionnaire. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, *29*(3), 395-402.

García-Guiu, C., Molero, F., & Moriano, J. A. (2015). Authentic leadership and its influence on group cohesion and organizational identification: The role of organizational justice as a mediating variable. *Revista de Psicología Social*, *30*(1), 60–88.

García-Guiu, C., Molero, F., Moya, M., & Moriano, J. A. (2015). Authentic leadership, group cohesion and group identification in security and emergency teams. *Psicothema*, *27*(1), 59-64.

Hu, D. R. (2017). Effect of sleep deprivation on sleep quality, emotional state and self-efficacy of night nurses. *Chinese Convalescence Medicine*, *26*(03), 312-314. (in Chinese)

Houchin, G. (2011). *Authentic leadership in sports teams* (Unpublished master's thesis). The University of Tennessee at Chattanooga, USA.

Investigation Report on the Development of Chinese Nurses' Group (IRDCNG). (2017). Retrieved from http://news.xinhuanet.com/gongyi

Ko, Y. K. (2011). Group cohesion and social support of the nurses in a special unit and a general unit in Korea: Group cohesion and social support of nurses in Korea. *Journal of Nursing Management*, *19*(5), 601–610.

Kosiol, J., & Fitzgerald, A. (2017). *Resilience and team cohesion amongst senior nurses.* Unpublished manuscript.

Li, A., Early, S. F., Mahrer, N. E., Klaristenfeld, J. L., & Gold, J. I. (2014). Group cohesion and organizational commitment: Protective factors for nurse residents' job satisfaction, compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout. *Journal of Professional Nursing*, *30*(1), 89–99.

Liang, X., Wu, S., & Zhang, S. (2018). From friendship to family: Jiangyiqi and strong interpersonal relationship development in Chinese organizations. *Management and Organization Review*, *14*, 1-29.

Liu, J. (2016). Influence of authentic leadership on nurses' job burnout and turnover intention. *Chinese Nursing Research*, *30*(8), 2752-2755. (in Chinese)

Loci, S. (2017). Authentic leadership: How personal legacy, education, and identity contribute to the level of unique vision. *Dynamic Relationships Management Journal*, *6*(1). doi: 10.17708/DRMJ.2017.v06no1a04

Malik, N., Dhar, R. L., & Handa, S. C. (2016). Authentic leadership and its impact on creativity of nursing staff: A cross sectional questionnaire survey of Indian nurses and their supervisors. *International Journal of Nursing Studies*, *63*, 28-36.

Martinsons, M. G., Davison, R. M., & Huang, Q. (2017). Strategic knowledge management failures in small professional service firms in China. *International Journal of Information Management*, *37*(4), 327-338.

Ministry of Health of China. (2018). *The trial draft of promotion of quality care and transcript of the National Health Council's regular press conference.* Retrieved from http://www.nhfpc.gov.cn/. (in Chinese)

Regan, S., Laschinger, H. K. S., & Wong, C. A. (2016). The influence of empowerment, authentic leadership, and professional practice environments on nurses'perceived interprofessional collaboration. *Journal of Nursing Management*, *24*(1), E54–E61.

Risman, K. L. (2014). *Individual empathy, person-organization fit, and patient care quality: The moderating effect of cohesion* (Unpublished doctoral dissertation). University of Akron, USA.

Sanko, J. S. (2015). *Exploring the cohesion-performance relationship in inter-professional healthcare teams* (Unpublished doctoral dissertation). University of Miami, USA.

Polsa, P., Fuxiang, W., Saaksjarvi, M., & Shuyuan, P. (2013). Cultural value and health service quality in China. *International Journal of Health Care Quality Assurance, 26*, 55-73.

Valentova, M. (2016). How do traditional gender roles relate to social cohesion? Focus on differences between women and men. *Social Indicators Research*, *127*(1), 153-178.

Walumbwa, F. O., Avolio, B. J., Gardner, W. L., Wernsing, T. S., & Peterson, S. J. (2008). Authentic leadership: Development and validation of a theory-based measure. *Journal of Management*, *34*(1), 89–126.

Wang, X. L. (2017). *Conflict management and perceived team cohesion of nurses in affiliated hospitals of Dali University, The People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Yusefi, A. R., Bastani, P., Bordbar, S., Sadeghi, A., & Hesami, S. Z. (2018). The effects of health system reform plan implementation on the performance indicators of public hospitals. *Health Scope International Quarterly Journal, 7*(S), e62566. doi: 10.5812/jhealthscope.62566

Zhang, H., Everett, A. M., Elkin, G., & Cone, M. H. (2012). Authentic leadership theory development: Theorizing on Chinese philosophy. *Asia Pacific Business Review*, *18*(4), 587-605.

Zhang, J. C. & Jiang, D. H. (2015). Problems and measures of young head nurses in nursing management. *World Latest Medicine*, *15*(77), 135-136. (in Chinese)

Zhenxiang, R. (2014). *Construction of hospital organizational culture after transformation of public hospitals: The case of R Hospital* (Unpublished doctoral dissertation). ISCTE-Instituto Universitario de Lisboa, Portugal.

Factors Related to Workplace Violence Towards Nurses in University Hospitals, The People's Republic of China*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในสถานที่ทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สาธารณรัฐประชาชนจีน*

หวู ไห่	หยวน**	Wu Hai	Yun**
ฐิติณัฏฐ์	อัคคะเดชอนันต์***	Thitinut	Akkadechanunt ***
อรอนงค์	วิชัยคำ****	Orn-anong	Wichaikhum ****

Abstract

Workplace violence is a significant phenomenon in healthcare settings. Nurses are one of the main groups at risk from workplace violence. The purposes of this study were to explore workplace violence (WPV) towards nurses, and to examine the association between personal factors, workplace factors and workplace violence towards nurses in university hospitals, the People's Republic of China. The participants consisted of 297 nurses who worked in two university hospitals in Yunnan, the People's Republic of China. The research instrument was the Chinese Version of the Workplace Violence in the Health Sector Questionnaire (CWPVQ). The test-retest reliability were between .84 to .90. Data were analyzed using descriptive statistics, Pearson's chi-square and Fisher's exact test.

The results of this study were as follows:

1. The prevalence of total workplace violence towards nurses in the preceding year was 79.79%; the prevalence of physical and psychological violence was 74.74% and 5.05%, respectively; and the prevalence of verbal abuse was 70.73%.

2. The factors related to the prevalence of workplace violence towards nurses were the availability of measures such as "changed shifts or rotas" and "reduced periods of working alone".

3. The factors related to physical violence towards nurses were the departments where the nurses worked and the availability of policies regarding health and safety.

4. The factors related to psychological violence towards nurses were age, the availability of measures such as "changed shifts or rotas" and "reduced periods of working alone".

* 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; e-mail: thitinut.a@cmu.com

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

Received 19 June 2017; Revised 3 July 2017; Accepted 21 July 2017

The findings of this research suggest that hospital directors and nurse administrators should be aware of workplace violence and carry out effective interventions, appropriate strategies and programs to prevent and control workplace violence in university hospitals.

Keywords: Workplace violence, Related factors, Nurses, University hospital

บทคัดย่อ

ความรุนแรงในสถานที่ทำงานเป็นปรากฏการณ์ที่สำคัญในสถานที่ให้บริการสุขภาพและบุคลากร พยาบาลเป็นหนึ่งในกลุ่มหลัก ที่มีความเสี่ยงจากความรุนแรงในที่ทำงาน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรุนแรงในสถานที่ทำงานของพยาบาล และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยเกี่ยวกับสถานที่ทำงาน กับความรุนแรงในสถานที่ทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลจำนวน 297 ราย ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2 แห่งในมณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถามความรุนแรงในสถานที่ให้บริการสุขภาพฉบับภาษาจีน (Chinese Version of Workplace Violence in the Health Sector Questionnaire: CWPVQ) ความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าระหว่าง .84-.90 การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา เพียร์สันไคสแควร์ และการทดสอบของฟิชเชอร์

ผลการศึกษามีดังนี้

1. อัตราการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานทั้งหมดของพยาบาลในปีที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 79.79 โดยอัตราการเกิดความรุนแรงทางร่างกายและอัตราการเกิดความรุนแรงทางจิตใจเท่ากับร้อยละ 74.74 และ 5.05 ตามลำดับอัตราการเกิดการทารุณกรรมด้วยคำพูดท่ากับร้อยละ 70.73

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอัตราการเกิดความรุนแรงในสถานที่ทำงานของพยาบาล ได้แก่ การมีมาตรการในการเปลี่ยนกะทำงานหรือหมุนเวียนตารางงาน และการลดช่วงเวลาในทำงานคนเดียว

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางร่างกายของพยาบาลคือ แผนกที่พยาบาลทำงานและการมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความปลอดภัย

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงทางจิตใจของพยาบาล ได้แก่ อายุ การมีมาตรการในการเปลี่ยนกะทำงานหรือหมุนเวียนตารางการทำงาน และการลดช่วงเวลาในการทำงานคนเดียว

ผลการศึกษานี้เสนอแนะให้ผู้บริหารโรงพยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาลควรตระหนักต่อความรุนแรงในสถานที่ทำงานที่เกิดขึ้นกับพยาบาล และดำเนินการในการผลักดันมาตรการหรือโปรแกรมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันและควบคุมความรุนแรงในสถานที่ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: thitinuta@gmail.com
**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 19 มิถุนายน 2560 วันที่แก้ไขบทความ 3 กรกฎาคม 2560 วันที่ตอบรับบทความ 21 กรกฎาคม 2560

Background and Significance

Workplace violence against healthcare providers, especially nurses, is a significant concern in every healthcare setting in the world (WHO, 2012). Workplace violence (WPV) was defined as incidents where staff are abused, threatened or assaulted in circumstances related to their work, including commuting to and from work, and involving an explicit or implicit challenge to their safety, well-being or health (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002). Jiao et al. (2015) classified WPV into physical violence and psychological violence. Psychological violence includes verbal abuse, Yi Nao, threats, and verbal/physical/sexual harassment. Yi Nao was defined as any medical or hospital disturbance created by a group of people or Yi Nao gang members hired by patients or their families that are involved in disputes with patients for actual or perceived medical malpractice (Jiao et al., 2015).

Numerous researchers have discussed workplace violence toward nurses as it affects them at the individual, organizational, and societal levels (Zhao et al., 2015). At the individual level, nurses who experienced WPV might have a stronger tendency toward depersonalization (Merecz, Rymaszewska Mo**ś**cicka, Kiejna, & Jarosz-Nowak, 2006) and anxiety (Edward, Ousey, Warelow, & Lui, 2014). At the organizational level, nurses who had experienced WPV might allege poor organizational commitment (Budin, Brewer, Chao, & Kovner, 2013). WPV may lead to increased financial costs for the health care organization incorporating direct costs (Kai et al., 2015) and indirect costs (Martino, 2003). At the societal level, the prevalence of WPV may affect social stability (Zhao et al., 2015). Moreover, WPV also has an effect on patient-rated quality of patient care (Arnetz & Arnetz, 2001) and patient outcomes (Roche, Diers, Duffield, & Catling-Paull, 2010).

According to the literature review, personal worker factors and workplace factors are considered to be related to WPV among nurses (Levin, Hewitt, Misner, & Reynolds, 2003; Levin, Hewitt, & Misner, 1998; MacKinnon, 2009). Personal worker factors include issues related to the nurses, such as nurses' age, gender, and years of experience (Estryn-Behar et al., 2008; Fute, Mengesha, Wakgari, & Tessema, 2015; Teymourzadeh et al., 2014). In Southern Ethiopia, Fute et al. (2015) found that nurses in the age groups 22–25 and 26–35 were more likely to be exposed to violence. Estryn-Behar et al. (2008) analyzed results among 39,894 nurses from ten European countries and found that male nurses were more at risk for violence than female nurses. In Iran, the majority of victims of physical violence were nurses who had less than ten years of work experience (Teymourzadeh et al., 2014).

Workplace factors consist of issues internal to the workplace culture or climate like policies, staffing patterns, and work tasks (Levin et al., 2003), including working in shifts, policies and measures (the strategies to deal with workplace violence that exist in the university hospitals), and department (Chen, Ku, & Yang, 2013; Jiao et al., 2015; Sripichyakan, Thungpunkum, & Supavititpatana, 2001). Jiao et al. (2015) stated that nurses with fixed day shifts have less risk of exposure to both physical and psychological violence in China. Sripichyakan et al. (2001) found the availability of policies regarding "physical violence" and "verbal abuse" were implemented by healthcare institution managers of Thailand; the rates of physical violence and verbal abuse were more frequent. The prevalence of total workplace violence was associated

with the following measures: "protocols for aggressive patients", "increased staff members", "reduced periods of working alone", and "personnel training" (Sripichyakan et al., 2001). Nurses working in Emergency Rooms were most likely to suffer from WPV in Taiwan (Chen et al., 2013).

In China, the nursing profession is still not recognized and respected by most people; traditionally, nurses have been extensively regarded as physicians' assistants (Mo, Xiao, Liu, & Lin, 2008; Yue & Xiao, 2005). Most nurses working in tertiary hospitals face a heavy workload in their daily work (Lin, 2012). Nurses are being rushed and spending less time with patients, which may result in poor communication with patients and patients' relatives (Jiao et al., 2015). Due to poor communication, patients may lack sufficient knowledge of their disease, the costs of care, and information on effects or side-effects from medicine. This can result in misunderstandings regarding treatment, which is a source of complaints and disputes (Lin & Liu, 2005). Normally, the characteristics of patients in tertiary hospitals are very critical (Chen, 2011). In case the outcomes of patients do not satisfy their expectations, they may become depressed, discontent, or angry, and feel that hospitals should take responsibility (Lancet, 2012). Thus, nurses, being the healthcare professionals with whom patients and patients' relatives are in direct and long-term contact, may become the object of the disappointment, dissatisfaction and annoyance (Jiao et al., 2015); therefore, nurses might be more likely to suffer violence in the workplace.

The situation of WPV varies by province and occupational setting in China. The prevalence of WPV of nurses in previous studies might not apply in Yunnan since the economic conditions, culture and context in Yunnan are not similar with other provinces. Previous research regarding the relationship between personal factors (including age, gender, and years of experience) and workplace factors (including work in shifts and department), and WPV towards nurses found inconsistent findings. At present, research articles on the relationships between policies, measures and WPV towards nurses in China have not been found. It is, therefore, necessary to conduct research to provide basic information for nursing administrators and policy makers to further develop appropriate interventions to manage the situation of WPV.

Objectives

This descriptive correlation study aimed to explore the prevalence of workplace violence towards nurses, and to examine the relationship between personal worker factors including age, gender, and years of experience; and workplace factors including work in shifts, policies, measures, and department, and workplace violence of nurses in university hospitals, the People's Republic of China.

Conceptual Framework

The conceptual framework of exploring the factors related to workplace violence in this study is based on The Ecological Occupational Health Model (EOHM) revised by Levin et al. (2003) which can be used to explain how a nurse experiences the cues from the environment, the workplace and individually, which affects the occurrences of violence in the hospital setting. According to the EOHM model Levin et al. (2003), factors related to WPV are grouped into personal worker and workplace factors. Personal worker factors related to WPV include age, gender, and years of experience. Workplace factors include working in shifts, policies and measures, and

department. The relationship between WPV of nurses and personal worker factors, including age, gender, and years of experience, and workplace factors, including working in shifts, policies, measures and department in two Chinese university hospitals were explored in the study.

Methodology

Research Design

A descriptive correlation study was designed to explore workplace violence towards nurses and to examine the relationship between age, gender, years of experience, working in shifts, policies, measures, department and workplace violence towards nurses in university hospitals in China.

Population and Sample

The population was 1,171 staff nurses working in surgical, medical, outpatient, operating room, emergency room, intensive care unit, gynecology and obstetrics, and pediatrics departments in two university hospitals in China.

The sample size was calculated by Yamane (1973) formula and consisted of 358 nurses. The samples in each hospital's department were determined by the nurses' proportion in that department. Simple random sampling without replacement method was used to select the subjects from the name list of the nurses in each nursing department.

Research Instrument

The researcher got written permission from Jiao et al. (2015) to use the Chinese Version of the Workplace Violence in the Health Sector Questionnaire which was developed and modified by Jiao et al. (2015) and consisted of four sections:

1. Section A Personal and Workplace Data: It contains 20 questions. Questions ask about demographic and workplace data including age, gender, years of experience, department, and working in shifts.

2. Section B Physical Workplace Violence: It contains three subsections: PV1, PV2, and PV3. Questions ask about physical violence experiences. Subsection PV1 has 14 questions regarding exposure to physical violence within the past 12 months, including its frequency, and the perpetrators. In subsection PV1, the prevalence of physical violence was measured by a question asking, "Have you experienced physical violence in the past 12 months"? A "Yes/No" response was required.

3. Section C Psychological Workplace Violence: It contains 11 questions asking about experiences of psychological violence. Types of psychological violence were measured: "How often have you encountered verbal abuse, Yi Nao, threats, verbal and physical sexual harassment in the past 12 months"? The respondents answered "always", "sometimes", or "once".

4. Section D Health Sector Employer: It contains two questions with two checklist tables. One question asked about the existence of policies regarding "health and safety", "physical violence", "verbal abuse", "Yi Nao", "threats", and "sexual harassment" in the healthcare sector. The respondents answer "yes", "no" or "don't know". Another question asked about the availability of measures existing in the healthcare sector. Themes of the twelve measures included "security measures" and "improve surroundings", and respondents answered "original measures" or "new measures".

The CWPVQ had already been tested for validity by Jiao et al. (2015). In this study, twenty nurses were invited to test two-week test-retest and internal consistency reliability of the instrument. The test-retest reliability for section

A, B, and C were .86, .84, and .85, respectively. The Cronbach's alpha coefficients of one part of section C and section D were .90 and .89, respectively.

Ethical Considerations

This study was approved by the Ethics Committee (EC) of the Faculty of Nursing, Chiang-Mai University. The participants were assured about confidentiality and anonymity before signing the volunteer research agreement form. They had right to withdraw at any time without stating any reason or losing any benefits. The information which the participants and hospitals provided were kept confidential and only used for the study's purposes.

Data Collection

After getting permission from directors of nursing services, the researcher met with nurse directors of each hospital to explain the objectives, risks and benefits of the study. Two research coordinators in both university hospitals were selected by the nursing directors. A total of 358 questionnaires were distributed to nurses by the coordinator of each hospital. Finally, 348 questionnaires in closed envelopes were returned. Among them, 297 completed questionnaires (82.96%) were used for data analysis.

Data Analysis

Demographic and workplace data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation. The prevalence of WPV was analyzed using frequency and percentage. Pearson's chi-square and Fisher's exact test were used to analyze the relationship between WPV towards nurses and age, gender, years of experience, working in shifts, department, and the availability of policies and measures.

Results

1. The age of the participants ranged from 20 to 55, with an average age of 29.56 years old (SD = 6.64). The majority of the participants were female (94.28%), and more than half of the participants were married (63.30%). More than half (58.25%) of the participants had worked less than five years. Most participants held a bachelor's degree (45.12%). More than half had a professional title, such as senior nurse. About 36.70% participants worked in the medical department. The largest group of the participants (77.44%) worked in shifts.

2. The prevalence of total workplace violence towards participants in the preceding year was 79.79 %; the prevalence of physical and psychological violence, verbal abuse, Yi Nao, threat, and sexual harassment were 74.74%, and 5.05 %, 70.73%, 20.88%, 28.96%, and 20.20%, respectively (Table 1).

Table 1 Prevalence of Workplace Violence in the Preceding Year (n=297)

Types of workplace violence**	Frequency (n)	Percentage (%)
Physical violence	15	5.05
Psychological violence	222	74.75
Verbal abuse	209	70.73
Yi Nao	62	20.88
Threats	86	28.96
Sexual harassment	60	20.20

**Participants exposure to more than one type of workplace violence

3. The percentages of participants who perceived that employers introduced policies regarding "health and safety" "physical violence", "Yi Nao", "verbal abuse", "threat", and "sexual harassment" were 68.69%, 53.54%, 39.73%, 52.19%, 42.42% and 40.41%, respectively.

4. The percentages of participants who perceived original and new measures to deal with workplace violence existing in the hospitals, including "security measures", "improve surroundings", "police on duty", "restricted public access", "patient screening", "patient protocols", "increased staff numbers", "check in procedures for staff", "special equipment or clothing", "changed shifts or rotas", "reduced periods of working alone", and "training" were 94.95%, 87.21%, 84.17%, 79.46%, 67.68%, 75.76%, 73.74%, 63.97%, 62.94%, 61.29%, 61.61%, and 44.00%, respectively.

5. The availability of measures as "reduced periods of working alone" were related to total workplace violence and psychological violence at a significant level (χ^2 = 9.471, p = .009; χ^2 = 7.358, p = .025).

6. There was a significant association between department and physical violence (Fisher's exact test p = .009). However, age, gender, years of experience, and working in shifts were not significantly associated with physical violence (p > .05).

7. There was a significant association between age and psychological violence in nurses (p = .022). However, gender, years of experience, working in shifts and department were not significantly associated with psychological violence (p > .05).

8. There was significant association between availability of policies regarding "health and safety" and physical violence and threats (Fisher's exact test p = .021; χ^2 = 17.646, p =.0001). Policies regarding "Yi Nao" were significantly associated with Yi Nao (χ^2 = 6.422, p = .040).

9. The availability of measures as "reduced periods of working alone" were related to total workplace violence and psychological violence at a significant level (χ^2 = 9.471, p = .009; χ^2 = 7.358, p = .025). There were significant associations between the availability of measures as "changed shifts or rotas" and total workplace violence and psychological violence (χ^2 = 8.000, p = .018; χ^2 = 7.704, p = .021). Regarding each type of workplace violence, the findings also showed that there was significant association between availability of "police on duty" and Yi Nao (χ^2 = 6.666, p = .036). The availability of measures such as "patient screening" and "reduced periods of working alone" were significantly associated with sexual harassment (χ^2 = 8.574, p = .014; χ^2 = 6.573, p = .037). Department was associated with physical violence (p = .009), but was not associated with psychological violence (Fisher's exact test p = 1.000).

Discussion

1. The prevalence of WPV towards study participants

The total prevalence of workplace violence was 79.79%, which was high compared to the prevalence of workplace violence against nurses that was reported in Fujian (59.97%) by Gao (2008), and in Zhejiang (70.14%) by Wang and Yuan (2016) in China. However, Spector, Zhou, & Che (2014) recently reviewed 136 articles and found that the total prevalence of workplace violence against nurses ranged from 24.7% to 88.9% in other countries. The results of this study indicated that nurses suffered serious WPV

in university hospitals in Yunnan province. This was perhaps due to the differences in context and situation in Yunnan province from other areas. Yunnan is economically backward and its per capita income is lower than other provinces in China. Patients and their family members thought that the hospital charge was too expensive, and were unsatisfied with the medical service. In addition, patients' condition did not improve or mistakenly did not improve which often induced the occurrence of workplace violence in university hospitals. Therefore, they relieved their feelings by verbal and non- verbal communication with hospital staff, in particular nurses, who have the most contact with patients and their families. However, another possible reason is that collecting data from nurses with direct knowledge of the workplace improves response rates and reduces inappropriate feedback responses.

The study findings show that the prevalence of Yi Nao was 20.88%, which was lower than a previous study by Jiao et al. (2015) (24.0 %) in Heilongjiang province. This was perhaps due to the lack of an effective medical dispute-handling system and an unsatisfactory social support atmosphere. Some patients and their relatives resorted to violence or criminal acts by assaulting staff or destroying hospital facilities to coerce hospitals into an agreement via blackmail. Jiao et al. (2015) demonstrated that perpetrators' goals were to force hospitals into providing them with extraordinary compensation for medical disputes. Another possible explanation was that more than half of the participants (52. 19%) reported that their hospitals have developed policies regarding Yi Nao, and about 87. 21% of them confirmed that measures such as "police on duty" were introduced in their hospitals. The perpetrators were probably afraid of the police, which likely resulted in nurses receiving less harm. These situations may have contributed to the fact that the prevalence of Yi Nao was low in this study.

2. Factors Related to Workplace Violence

This study found that there was a significant association between the availability of policies regarding "health and safety" and physical violence and threats. In addition, the availability of policies regarding Yi Nao development was significantly associated with Yi Nao of nurses. This demonstrates that incidents of physical violence and threat were more widespread in the hospitals in which policies regarding "health and safety" were established. These findings might be explained by taking into account the fact that the hospitals were aware of the problem of physical violence, Yi Nao and threats towards healthcare workers in the hospitals and, therefore, had developed policies for preventing and controlling these types of violent incidents. The issue of Yi Nao has been a concern of the Chinese government (SPPPRC, 2016). The strong actions against the criminal off ences of Yi Nao in accordance with law and regulations may have really helped safeguard health worker security in China.

This study found that there were significant associations between measures such as "changed shifts or rotas" and "reduced periods of working alone", and total workplace violence and psychological violence which indicates that the violent workplace incidents were more dominant in conditions such as "changed shifts or rotas" and "reduced periods of working alone". These findings might be explained by the fact that the hospitals were aware of the problem of workplace violence against health- care workers and more likely to

introduce " changed shifts or rotas" and " reduced periods of working alone" for preventing and controlling workplace violence incidents in both university hospitals. The availability of measures such as " patient screening" and " reduced periods of working alone" were significantly associated with sexual harassment. A possible explanation may be that university hospitals were more prone to implementing patient screening and reduced periods of working alone to reduce prevalence of sexual harassment towards nurses.

The results of this study show that the association between department and physical violence was at a significant level. This indicates that nurses working in the emergency room have a trend toward exposure to physical violence, and the emergency room may need special attention in order to reduce the prevalence of physical violence. Previous studies consistently reported that nurses working in emergency rooms experienced the highest prevalence of physical violence (Jiao et al., 2015; Teymourzadeh et al., 2014). According to clinical experience, the emergency room deals with the acute care of patients who come without prior appointment, and some patients may be in life-threatening circumstances and require immediate attention. Patients or their families usually believe that the symptoms of diseases should be controlled or relieved immediately in the emergency room (Xing et al., 2015). When nurses' responses and treatment cannot satisfy the patients and relatives because of the limitations or deficits in manpower or communication, the nurses experience violence (Chen et al., 2013). Therefore, the department has a relationship with physical violence toward nurses.

Conclusion

Nurses frequently experienced WPV in university hospitals in Yunnan, China. There are two new findings in this study. First, measures such as "reduced periods of working alone" were associated with total workplace violence, psychological violence, and sexual harassment towards nurses. Second, the availability of policies regarding "police on duty" was associated with Yi Nao of nurses. According to Levin et al. (2003), prevention efforts or solutions are directed at the individual workplace through such interventions as policy enactment. In conclusion, this study indicates that the problem of violence at work exists, and that policy and measure prevention is essential.

Implications and Recommendations

The findings provide evidence of WPV in university hospitals, which may support nurse administrators and hospital policymakers to carry out effective interventions focused on atrisk groups, and further evaluate and make recommendations to revise the policies and measures on WPV existing in university hospitals. A further predictive study on factors associated with workplace violence should be conducted to investigate the predictability of workplace violence.

Acknowledgements

I am sincerely thankful to Chiang Mai University for providing partial financial support. Special appreciation goes to Dr. Jiao, M. and her colleagues for their permission to use the CWPVQ. Finally, thanks to the people of the First Affiliated Hospital of Dali University for their support throughout the research process.

References

Arnetz, J., & Arnetz, B. (2001). Violence towards health care staff and possible effects on the quality of patient care. *Social Science & Medicine*, *52*(3), 417-427.

Budin, W., Brewer, C., Chao, Y., & Kovner, C. (2013). Verbal abuse from nurse colleagues and work environment of early career registered nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, *45*(3), 308-316.

Chen, K., Ku, Y., & Yang, H. (2013). Violence in the nursing workplace–a descriptive correlational study in a public hospital. *Journal of Clinical Nursing*, *22*(5-6), 798-805.

Chen, Z. (2011). *An epidemiological study of hospital workplace violence in Guangzhou City* (Unpublished doctoral dissertation). Southern Medical University, China. (in Chinese)

Edward, K., Ousey, K., Warelow, P., & Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: A systematic review. *British Journal of Nursing*, *23*(12), 653-659.

Estryn-Behar, M., Van Der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P., & Hasselhorn, H. (2008). Violence risks in nursing—results from the European 'NEXT'Study. *Occupational Medicine*, *58*(2), 107-114.

Fute, M., Mengesha, Z., Wakgari, N., & Tessema, G. (2015). High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia. *BMC Nursing*, *14*(1), 1.

Gao, Y. (2008). *A study of the current status and correlative factors of violence on the nurses* (Unpublished master thesis). Fujian Medical University, China. (in Chinese)

ILO/ICN/WHO/PSI. (2002). *Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector. Geneva.* Retrieved from https://www.eisf.eu/library/framework-guidelines-for-addressing-workplace-violence-in-health-sector/.

Jiao, M., Ning, N., Li, Y., Gao, L., Cui, Y., Sun, H., ... Hao, Y. (2015). Workplace violence against nurses in Chinese hospitals: A cross-sectional survey. *BMJ Open*, *5*(3), e006719.

Kai, X., Jiao, M., Ma, H., Qiao, H., Hao, Y., Li, Y., . . . Wu, Q. (2015). Physical violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: A cross-sectional survey. *PloS One*, *10*(11), e0142954.

Lancet, T. (2012). Ending violence against doctors in China. *The Lancet*, 379(9828), 1764.

Levin, P., Hewitt, J., Misner, S., & Reynolds, S. (2003). Assault of long-term care personnel. *Journal of Gerontological Nursing*, *29*, 28-35.

Levin, P., Hewitt, J., & Misner, S. (1998). Insights of nurses about assault in hospital based Emergency Departments. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, *30*(3), 249-254.

Lin, K. (2012). *Fatigue and Job performance among nurses in tertiary hospitals of Yunnan Province, the People's Republic of China* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.

Lin, Y., & Liu, H. (2005). The impact of workplace violence on nurses in South Taiwan. *International Journal of Nursing Studies*, *42*(7), 773-778.

MacKinnon, P. (2009). *Emergency Department nurses' experiences of violent acts in the workplace* (Doctoral dissertation). University of Massachusetts Medical School, USA.

Martino, V. (2003). Relationship between work stress and workplace violence-6 in the health care. *Workplace Violence in The Health Sector*, *Geneva,* 1-27.

Merecz, D., Rymaszewska, J., Mo**Ś**cicka, A., Kiejna, A., & Jarosz-Nowak, J. (2006). Violence at the workplace a questionnaire survey of nurses. *European Psychiatry*, *21*(7), 442-450.

Mo, Y., Xiao, P., Liu, J., & Lin, L. (2008). The present condition and reason analysis of nurse ran off in a third class hospital. *Haerbin Medicine*, *28*(2), 31-33. (in Chinese).

Roche, M., Diers, D., Duffield, C., & Catling**-**Paull, C. (2010). Violence toward nurses, the work environment, and patient outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, *42*(1), 13-22.

Spector, P., Zhou, Z., & Che, X. (2014). Nurse exposure to physical and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(1), 72-84.

SPPPRC, S. P. (2016, October 22). *Comments on comprehensively implementing the procuratorial function and provide a strong judicial guarantee for promotion the development of healthy in China*. Retrieved from www.spp.gov.cn: http://www.spp.gov.cn/tt/201610/t20161022_170334.shtml

Sripichyakan, K., Thungpunkum, P., & Supavititpatana, B. (2001). *Workplace violence in the health section: A case study in Thailand.* Geneva: ILO/ICN/WHO/PSI Joint Programme on Workplace Violence in the Sector, 4-30.

Teymourzadeh, E., Rashidian, A., Arab, M., Akbari Sari, A., & Hakimzadeh, S. (2014). Nurses exposure to workplace violence in a large teaching hospital in Iran. *International Journal of Health Policy and Management, 3,* 301-305.

Wang, X., & Yuan, X. (2016). The effect of workplace violence on nurses' organizational citizenship behavior. *Journal of Nursing Administration*, *16*(5), 366-368. (in Chinese)

World Health Organization. (2012). *Workplace violence*. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/injury/ work9/en/print.html

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

Yue, Y., & Xiao, X. (2005). Analysis of nurse shortage in China. *Chinese Nursing Research*, *19*(7), 1382-1383. (in Chinese)

Zhao, S., Liu, H., Ma, H., Jiao, M., Li, Y., Hao, Y., . . . Wu, Q. (2015). Coping with workplace violence in healthcare settings: Social support and strategies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *12*(11), 14429-14444.

แผนงานการบริหารจัดการการเตรียมความพร้อมประเทศไทย ให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ
Administrative Plan for Thailand to be a Quality Wellness Tourism Destination

วิภาดา	คุณาวิกติกุล*	Wipada	Kunaviktikul*
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล**	Petsunee	Thungjaroenkul**
กุลวดี	อภิชาติบุตร **	Kulwadee	Abhicharttibutra**
อรอนงค์	วิชัยคำ***	Orn-Anong	Wichaikhum***
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์**	Apiradee	Nantsupawat**
สิริลักษณ์	วรรธนะพงษ์****	Siriluck	Vadtanapong****
วิไลพรรณ	ใจวิไล*****	Wilaipan	Jaiwilai*****

บทคัดย่อ

การยกระดับขีดความสามารถของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยมีความสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์คือจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปา นำชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนากีฬาและสปาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไปใช้ในสถานการณ์จริง และพัฒนาชุดความรู้ใหม่ที่สมบูรณ์ และเพื่อถอดบทเรียนการบริหารจัดการแผนงานวิจัยที่มีประสิทธิผล กลุ่มตัวอย่างได้มาแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ประกอบการด้านสปาและกีฬาจำนวน 121 คน ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 200 คน และทีมวิจัยโครงการและทีมนักวิจัยภายใต้แผนงาน 15 คน เครื่องมือประกอบด้วย แบบกรอกข้อมูลการทำ SWOT แบบสัมภาษณ์ผู้ประกอบการด้านกีฬาและสปา แบบสัมภาษณ์การประเมินผลตอบแทนทางสังคม และแนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการศึกษาพบว่า

1. แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปา ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์ วัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 10 ข้อ และแผนปฏิบัติการ 34 แผน

2. ชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนากีฬาและสปาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่สมบูรณ์และนำไปใช้ได้จริง และผลตอบแทนทางสังคม พบว่าอัตราผลตอบแทนทางสังคมต่อการลงทุน 1 บาท เท่ากับ 22.54 และ 25.43 บาท โดยใช้อัตราคิดลดร้อยละ 3.5 สำหรับการจัดกิจกรรมจอมบึงมาราธอน 63 และธุรกิจสปาตามลำดับ

3. การถอดบทเรียนการบริหารจัดการการดำเนินการวิจัยของแผนงานได้ 6 ข้อค้นพบได้แก่ 1) การเตรียมการดำเนินแผนงานวิจัย 2) การดำเนินการตามกระบวนการดำเนินงานของแผนงานวิจัย 3) ผลผลิตและผลลัพธ์

* ผู้เขียนหลัก ศาสตราจารย์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์ e-mail: wipada1111@hotmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** อาจารย์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

***** นักวิจัย สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

วันที่รับบทความ 3 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่แก้ไขบทความ 3 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 9 มีนาคม 2565

ของแผน 4) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการ 5) ปัจจัยความสำเร็จของแผนงานวิจัย และ 6) คุณสมบัติ ความรู้ความสามารถของหัวหน้าแผนงานวิจัย

ผลการวิจัยที่ได้สามารถไปใช้ในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยในการมุ่งสู่การเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ

คำสำคัญ: การท่องเที่ยวเชิงกีฬา การท่องเที่ยวเชิงสปา แผนกลยุทธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

Abstract

To elevate the capacities for health tourism, it is essential for the development of a country's economy. This project aimed to develop a strategic plan and an operational plan for health tourism plans for sports and spas, to apply new knowledge sets on sports and spas for health tourism in real situations, and to collect the lessons learned from effective management of the research program.

The sample included 121 experts and entrepreneurs from sports and spa businesses, 200 stakeholders, and 15 researchers from research projects. The research instruments consisted of the SWOT data form, the entrepreneurs' interview guide, the interview guides for social return on investment (SROI), and in-depth interview guides.

The results revealed that:

1. The health tourism strategic and operational plans for sports and spas were comprised of four strategies; 10 strategic objectives and 34 operational plans were developed.

2. The completed new knowledge sets on sports and spas for health tourism can be used in real situations. The results from the analysis of the SROI found that the SROI ratios were 22.54 and 25.43 for a 1 baht investment in the 2020 Chombueng Marathon and a spa business, respectively, using a 3.5% discounted rate.

3. Six themes of lessons learned emerged from the implementation of the research program as follows: 1) the research implementation plan, 2) the research program implementation as planned, 3) the outputs and outcomes of the research program, 4) obstacles, 5) success factors, and 6) characteristics, knowledge, and abilities of the research program director.

The results of this study can be used for the development of Thailand as a quality health tourism destination.

Keyword: Sport Tourism, Spa Tourism, Strategic Plan for Wellness Tourism

* Corresponding Author, Professor, Panyapiwat Institute of Management; e-mail: wipada1111@hotmail.com
** Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
**** Lecturer, Panyapiwat Institute of Management
***** Researcher, Panyapiwat Institute of Management

Received 3 February 2022; Revised 3 March 2022; Accepted 9 March 2022

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (wellness tourism) นับเป็นหนึ่งในสิบอุตสาหกรรมที่ถือเป็นกลไกในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจในอนาคตของโลกและของประเทศ โดยเคยเป็นการท่องเที่ยวที่มีมูลค่าการตลาดสูงเป็นอันดับสี่ รองจากการท่องเที่ยวเชิงวัฒนธรรม การท่องเที่ยวเชิงอาหาร และการท่องเที่ยวเชิงนิเวศ รายได้จากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพซึ่งประกอบด้วยสปาและบริการด้านสุขภาพและอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 15.6 ของรายได้จากการท่องเที่ยวโดยรวม และมีอัตราการขยายตัวที่ค่อนข้างสูง ในช่วงพ.ศ.2558 ถึงพ.ศ.2563 ซึ่งนักท่องเที่ยวกลุ่มนี้เดินทางถึงปีละ 7,000,000 คนทั่วโลก คิดเป็นมูลค่าสูงประมาณ 1.24 ล้านล้านบาท เกิดผลทางตรงคือมีการใช้สอยด้านบริการและสินค้ามากขึ้นและผลทางอ้อมคือการเพิ่มด้านค่าจ้างแรงงานผู้ให้บริการ ดังจะพบว่า ผลเชิงเศรษฐกิจของบริการสปาโดยรวมจะสูงถึง 1.6 ล้านล้านเหรียญสหรัฐ และเกิดการสร้างงาน 40.8 ล้านตำแหน่งงานในปี 2015 (Chulalongkorn University Intellectual Property Institute, 2017)

สำหรับประเทศไทย กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬาได้รายงานไว้ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทย มีส่วนแบ่งการตลาดด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพประมาณ 285 พันล้านบาท สูงเป็นอันดับที่ 13 ของโลก โดย 3 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา เยอรมนี และฝรั่งเศส นักท่องเที่ยวกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เป็นนักท่องเที่ยวระหว่างประเทศและนักท่องเที่ยวภายในประเทศ และสามารถเชื่อมโยง เป็นกิจกรรมร่วมในการส่งเสริมนักท่องเที่ยวกลุ่มอื่น ๆ ได้ (Department of Tourism, 2015) ส่วนตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก โดยประเทศไทยมีรายได้สูงเป็นอันดับ 4 คือ 8,823 ล้านดอลลาร์สหรัฐ รองจากประเทศญี่ปุ่น จีน และอินเดีย นอกจากนี้ กรมเจรจาการค้าระหว่างประเทศมีการคาดการณ์แนวโน้มมูลค่าตลาดการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยมีแนวโน้มจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ นับแต่ปี พ.ศ. 2557 เนื่องจากประเทศไทยมีจุดแข็งในด้านวัฒนธรรมประเพณีที่สืบทอดกันมายาวนาน ผู้คนมีอัธยาศัยดี สถานที่สวยงาม และเด่นด้านการให้บริการ เช่น นวดไทยที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว นอกจากนั้นจากการที่มีประชากรสูงวัยมากขึ้น การเกิดโรคจากการทำงาน ความเครียดจากรูปแบบการดำเนินชีวิต ความล้มเหลวจากการรักษาพยาบาลแบบเดิมทำให้ผู้คนเริ่มหันมาให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของตนเองในลักษณะการป้องกันการเจ็บป่วยมากขึ้น ทั้งสุขภาพทางกายและทางจิตใจรวมถึงด้านความงามและการชะลอวัยทำให้มีนักท่องเที่ยวกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นโดยนักท่องเที่ยวกลุ่มนี้มีความพร้อมในการจ่ายเงินเพิ่มเพื่อซื้อสินค้าและบริการที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ทำให้เศรษฐกิจเชิงสุขภาพ (wellness economy) มีการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ได้แก่ ธุรกิจ สปา น้ำพุร้อน และบริการเชิงสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น ธุรกิจส่งเสริมความงามและการชะลอวัยรวมถึงการออกกำลังกายเพื่อดูแลรักษาร่างกาย เป็นต้น (Teeranon, 2018) การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั้งด้านกีฬาและสปาที่มีรูปแบบการให้บริการและนวัตกรรมที่มีเอกลักษณ์เฉพาะที่โดดเด่น มีคุณภาพจึงสามารถนำไปสู่การเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวได้

ปัจจุบันยังพบว่ามีการศึกษาวิจัยการให้บริการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านผลลัพธ์การดำเนินการไม่มากนักและยังไม่เด่นชัดถึงผลที่เกิดขึ้นและยังขาดแนวทางการพัฒนาด้านการท่องเที่ยวที่ชัดเจน การดำเนินการชุดโครงการการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพในปี 2563 ได้ทำการวิเคราะห์สังเคราะห์ชุดความรู้ใหม่ที่จะนำไปพัฒนาธุรกิจสปาและการท่องเที่ยวเชิงกีฬาของประเทศไทยไปสู่จุดหมายปลายทางที่ตั้งไว้ จะต้องมีการนำไปใช้ในสถานการณ์จริงเพื่อยกระดับความสามารถในการแข่งขัน จะนำไปสู่การเพิ่มมูลค่าของธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปา นอกจากนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้านกีฬาและสปาทั้งจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ประกอบการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องทั่วประเทศ รวมทั้งในต่างประเทศเพื่อนำมาจัดทำแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทย (ในการ

มุ่งสู่การเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ) ซึ่งจากการระบาดของโรค COVID-19 เมื่อต้นปี พ.ศ. 2563 ทำให้สถานการณ์การท่องเที่ยวทั่วโลกเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากรวมทั้งภายในประเทศไทย จึงต้องมีการดำเนินการปรับเปลี่ยนการดำเนินการด้านต่าง ๆ โดยการดำเนินการวิจัยต่อตามกระบวนการของการจัดทำกลยุทธ์ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ โอกาส อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน ของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทย 2) การกำหนดวิสัยทัศน์ของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทย 3) การระบุเป้าประสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทย 4) การออกแบบกลยุทธ์ของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทย 5) การจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทย โดยในปีที่ผ่านมาได้ดำเนินการในขั้นตอนที่ 1 แล้ว และต้องดำเนินการในขั้นตอนที่ 2-5 ต่อไปในปีที่ 2 ที่สอดรับกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 (เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่คุณภาพ) นอกจากนั้นในปี 2563 ได้มีการพัฒนาชุดความรู้ใหม่การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปา จึงจะนำไปใช้ในสถานการณ์จริง และประเมินผลกระทบทางสังคม (SROI) รวมทั้งการถอดบทเรียนการบริหารจัดการโครงการวิจัยภายใต้แผนงานและการดำเนินการชุดโครงการวิจัยที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล เพื่อใช้ประโยชน์ในการวิจัยโครงการวิจัยอื่น ๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. จัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปาต่อจากปีที่ 1
2. นำชุดความรู้ใหม่การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปาที่ได้ในปีที่ 1 ไปใช้ในสถานการณ์จริงและพัฒนาเป็นชุดความรู้ใหม่ที่สมบูรณ์
3. ถอดบทเรียนการบริหารจัดการแผนงานวิจัยที่ดำเนินการในปีที่ 1

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดการจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปา ประกอบด้วยกระบวนการของการจัดทำกลยุทธ์ที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ ได้แก่ โอกาส อุปสรรค จุดแข็ง จุดอ่อน ของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทยโดยใช้ 7s McKinsey และPESTEL analysis 2) การกำหนดวิสัยทัศน์ของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทย 3) การระบุเป้าประสงค์ของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทย 4) การออกแบบกลยุทธ์ของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทย 5) การจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการของการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและกีฬาของประเทศไทย (Paoln, 2018)

กรอบแนวคิดชุดความรู้ใหม่การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปาได้แก่ โมเดลตรรกะ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) หมายถึงทรัพยากรที่ใช้เพื่อยกระดับการท่องเที่ยวเชิงกีฬา ประกอบด้วยข้อมูลทางด้านอุปสงค์ อุปทาน และการสนับสนุน กระบวนการ (process) หมายถึง กระบวนการในการดำเนินกิจกรรมตั้งแต่ก่อนเริ่มการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการประเมินผลผลิตและผลลัพธ์ที่ได้ ผลผลิต (output) หมายถึง ผลที่เกิดขึ้นโดยตรงของกิจกรรมในโครงการแต่ละโครงการการจัดกิจกรรมเชิงกีฬาว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่ อย่างไร ผลลัพธ์ (outcomes) หมายถึง สิ่งที่ได้รับจากการดำเนินโครงการภายหลังจากการดำเนินโครงการไปแล้วระยะหนึ่ง ผลกระทบ (Impact) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงที่คาดหวังให้เกิดขึ้นต่อสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมในชุมชน หรือประเทศ (Kellogg, 2004)

กรอบแนวคิดการถอดบทเรียนการบริหารจัดการแผนงานวิจัยใช้ Context หรือบริบทหรือ

ภาวะแวดล้อม, Input ปัจจัยป้อนเข้า, Process ปัจจัยกระบวนการ, Product ปัจจัยผลผลิต, (CIPP) Model (Stufflebeam,1971)

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 การจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปา ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์ ในด้านการจัดทำแผนกลยุทธ์ด้านสปาและกีฬา ผู้ประกอบการ ผู้บริหารหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของทั้งภาครัฐและเอกชน กลุ่มตัวอย่างได้มาแบบเจาะจง จำนวน 8 คนและผู้เข้าร่วมรับฟังการนำเสนอแผนที่จัดทำจำนวน 113 คน

กลุ่มที่ 2 การนำชุดความรู้ใหม่ด้านการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาที่นำไปใช้ในสถานการณ์จริงในสถานบริการสปาและในการจัดกิจกรรมวิ่ง ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปา ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการท่องเที่ยว ผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องด้านกีฬาและสปา นายกสมาคมและสมาพันธ์กีฬาและสปา ผู้ประกอบการและนักวิชาการที่เกี่ยวข้องด้านการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปา กลุ่มตัวอย่างได้มาแบบเจาะจงรวมทั้งหมด 200 คน (กีฬา 150 คน สปา 50 คน)

กลุ่มที่ 3 การถอดบทเรียนการบริหารจัดการแผนงานวิจัย ได้แก่ ทีมวิจัยโครงการและทีมนักวิจัยภายใต้แผนงานทั้ง 2 โครงการ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การดำเนินการโครงการและผู้เคยร่วมงานกับนักวิจัยในโครงการมาก่อน และกลุ่มตัวอย่างได้มาแบบเจาะจง จำนวน 15 ราย ประกอบด้วย หัวหน้าแผนงานวิจัย จำนวน 1 ราย ที่ปรึกษาโครงการ/แผนงานวิจัย จำนวน 3 ราย ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ราย นักวิจัย จำนวน 5 ราย และผู้ประสานงานโครงการ/แผนงานวิจัย จำนวน 1 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลการทำ SWOT โดยใช้ PESTEL analysis และ7s McKinsey (วัตถุประสงค์ที่ 1)

2. แบบสัมภาษณ์ผู้ประกอบการด้านกีฬาและสปาในเรื่องการนำชุดความรู้ใหม่ไปใช้ในสถานการณ์จริง (วัตถุประสงค์ที่ 2)

3. แบบสัมภาษณ์การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) (วัตถุประสงค์ที่ 2)

4. แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกสำหรับหัวหน้าโครงการที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการแผนงานการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ (วัตถุประสงค์ที่ 3)

5.เครื่องมือทุกชุดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสปาและกีฬา

6. เครื่องบันทึกเสียง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยได้ผ่านการให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่ 079/2020 เมื่อวันที่ 8 กรกฎาคม 2563) การอธิบายการตอบแบบสอบถามและการอธิบายวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างทุกครั้ง โดยผู้วิจัยดำเนินการปกป้องสิทธิการเข้าร่วมและถอนตัวจากการวิจัย การรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่าง รวมถึงการเผยแพร่ข้อมูล และเก็บข้อมูลเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมและลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ.2563 – 30 มิถุนายน พ.ศ.2564

1.การจัดทำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปา ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ติดต่อเพื่อขอสัมภาษณ์และดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายบุคคลเฉลี่ยครั้งละ 1 ชั่วโมง จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล 2) ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมให้สมบูรณ์ทั้งด้านจุดอ่อน จุดแข็ง โอกาส และความท้าทายของการดำเนินการ ทบทวนวิสัยทัศน์ที่เคยตั้งไว้และนำมากำหนดวิสัยทัศน์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาและ

กีฬาของประเทศไทยในสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป และระบุตัวชี้วัดวิสัยทัศน์ ให้เกิดความชัดเจนในการประเมินความสำเร็จและนำไปสู่การจัดทำกลยุทธ์ 3) จัดทำแผนที่เชิงกลยุทธ์และระบุประเด็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาการท่องเที่ยว และบริหารจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของประเทศไทยสู่การเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ ประเมินตัวเลือกและเลือกกลยุทธ์ที่นำไปสู่กลยุทธ์เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ 4) จัดทำแผนกลยุทธ์ในการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปาของประเทศไทยสู่การเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ 5) จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ที่เกี่ยวข้องด้านกีฬากอล์ฟ มวย ปั่นจักรยาน วิ่งและสปาของประเทศเพื่อให้ได้ข้อสรุปของแผนกลยุทธ์ที่สามารถนำไปใช้ได้ในสถานการณ์จริง 6) จัดทำแผนปฏิบัติการและจัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม 7) ปรับปรุงแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการตามข้อเสนอแนะ 8) จัดทำเล่มสมบูรณ์

2. การนำชุดความรู้ใหม่การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปาที่ในปีที่ 1 ไปใช้ในสถานการณ์จริง

2.1 ชุดความรู้ใหม่ด้านกีฬาเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ดำเนินการดังนี้ 1) ทบทวนชุดความรู้ใหม่ในการจัดกิจกรรมงานวิ่งจอมบึงมาราธอนที่จัดทำในระยะแรกของการดำเนินการอีกครั้งหนึ่ง และจัดทำแบบเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ประชุมร่วมกับผู้ทีมจัดงานวิ่งจอมบึงมาราธอนและนักวิจัยกลุ่มวิ่งมาราธอนและชุมชนสังคมเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นและเตรียมความพร้อมในการนำชุดความรู้ใหม่ไปใช้ 3) นำชุดความรู้ใหม่ที่จัดทำขึ้นไปใช้โดยการเข้าร่วมประชุมกับทีมผู้จัดกิจกรรมเป็นระยะ ๆ ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลการจัดกิจกรรมวิ่งมาราธอนจอมบึง ปี 2563 มีการเลื่อนการจัดกิจกรรมของปี 2564 จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 4) ดำเนินการสัมภาษณ์ตามวัน เวลาที่นัดหมาย โดยใช้เวลาในการสนทนากลุ่มเฉลี่ยครั้งละ 2 ชั่วโมง 5) ติดตามการนำชุดความรู้ใหม่ไปใช้ในสถานประกอบการ องค์กรด้านกีฬาที่เข้าร่วมโครงการกิจกรรมงานวิ่งมาราธอนจอมบึง พร้อมทั้งให้การปรึกษาและให้คำแนะนำในการนำไปใช้ 6) ประเมินปัญหา อุปสรรคในการดำเนินการนำชุดความรู้ใหม่ไปใช้ ผลผลิตและผลลัพธ์ในการดำเนินการนำชุดความรู้ใหม่ไปใช้จากผู้ประกอบการผู้จัดการแข่งขันกีฬาวิ่ง รวมทั้งนายกสมาคมและสมาพันธ์ ผู้จัดทั้งหมด โดยการสนทนากลุ่ม ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล 7) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา จัดทำชุดความรู้ใหม่ให้สมบูรณ์จากข้อมูลที่ได้เพิ่มเติมและนำชุดความรู้ใหม่ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ประกอบการพิจารณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอีกครั้งหนึ่ง 8) วิเคราะห์การประเมินผลตอบแทนทางสังคม (Social Return on Investment: SROI) ของการดำเนินการกิจกรรมการจัดงานวิ่งจอมบึงมาราธอน 9) ปรับปรุงชุดความรู้ใหม่ให้สมบูรณ์และจัดทำรายงาน

2.2 ชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนาสปาล้านนาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ดำเนินการดังนี้ 1) ทบทวนชุดความรู้ใหม่ที่จัดทำในระยะแรกของการดำเนินการ วางแผนการดำเนินการในการนำไปใช้และการรวบรวมข้อมูลและจัดทำแบบเก็บรวบรวมข้อมูล 2) ประชุมกับเจ้าของผู้ประกอบการให้บริการสปาและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 4 แห่งในจังหวัดเชียงใหม่ และศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง ณ สถานประกอบการแต่ละแห่ง 3) สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้ประกอบการ ผู้ปฏิบัติการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการดำเนินการ และด้านผลผลิตในการดำเนินการธุรกิจสปาและการได้รับบริการสปาของลูกค้า 4) จัดประชุมใหญ่ระหว่างผู้รับผิดชอบโครงการ ผู้ประกอบการสปาที่เข้าร่วมโครงการและผู้ประกอบการสปาทั่วประเทศ ผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมหาข้อสรุปร่วมกันในการนำชุดความรู้ใหม่ไปใช้ในสถานประกอบการ 5) นำชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนาสปาเพื่อสุขภาพที่จัดทำขึ้นไปใช้ในสถานประกอบการและติดตามการนำชุดความรู้ใหม่ไปใช้ พร้อมทั้งประเมินปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการและนำมาปรับปรุงชุดความรู้ใหม่ 6) ประชุมกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ประกอบการพิจารณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอีกครั้งหนึ่ง

เพื่อให้เกิดความครบถ้วนและให้แน่ใจว่าสามารถนำไปใช้ได้ในสถานการณ์จริงอย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล 7) ดำเนินการวิเคราะห์ผลกระทบจากการดำเนินการธุรกิจสปาโดยการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน (Social Return on Investment: SROI) 8) สรุปชุดความรู้ใหม่การพัฒนาสปาเพื่อสุขภาพที่สมบูรณ์

3. กิจกรรมการถอดบทเรียนการบริหารจัดการแผนงานวิจัยภายใต้โครงการวิจัยที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ดังนี้ 1) ทบทวนความรู้ในการถอดบทเรียน ทั้งด้านจุดมุ่งหมาย การดำเนินการและองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ 2) ประชุมวางแผนการดำเนินการและเวลาในการถอดบทเรียนการบริหารจัดการโครงการวิจัยที่ผ่านมาจากประสบการณ์ของนักวิจัยในการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพประสิทธิผล 3) คัดเลือกกรอบหัวเรื่องและกรอบแนวคิดในการดำเนินการของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam,1971) และจัดทำแบบสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้กรอบแนวคิดของโมเดลการประเมินแบบซิป 4) ระบุกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การถอดบทเรียนมาร่วมในการดำเนินการถอดบทเรียน และติดต่อประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อนัดหมายและขอความร่วมมือในการสัมภาษณ์รายบุคคล และบันทึกเทปในขณะสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์รายบุคคลเฉลี่ยครั้งละ 1 ชั่วโมง ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูล 5) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เนื้อหา ตรวจสอบเนื้อหาทั้งหมดอีกครั้งหนึ่ง สรุปข้อค้นพบจากการถอดบทเรียนทั้งหมด จัดทำเป็นรูปหนังสือการถอดบทเรียนการบริหารจัดการโครงการวิจัยภายใต้แผนงาน และจัดทำหนังสือแนวทางการบริหารจัดการงานวิจัยภายใต้แผนงานที่มีประสิทธิภาพ โดยใช้บทเรียนที่ได้จากการถอดบทเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การทบทวนวรรณกรรมและสารสนเทศ นำมาวิเคราะห์และจัดเป็นหมวดหมู่

2. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย นำมาถอดเทปและตรวจสอบความสมบูรณ์ จากนั้นทำการวิเคราะห์เนื้อหาจัดหมวดหมู่ แยกประเภทข้อมูลประเด็นหลักและประเด็นย่อย และทำเป็นแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการชุดความรู้ใหม่ และการถอดบทเรียน แนวทางการบริหารโครงการวิจัย

3. ข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการวิเคราะห์ผลกระทบทางสังคมโดยวิธีการดังต่อไปนี้ 1) สร้างแผนที่ผลกระทบ (impact mapping) ที่ประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กิจกรรม ผลผลิต ผลลัพธ์และผลกระทบอันเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) จากร่างแผนที่ผลกระทบ ทำการวิเคราะห์ค่าทางการเงิน (financial proxy) จากตัวชี้วัดที่กำหนดโดยตัวชี้วัดผลลัพธ์และผลกระทบ 3) ให้ค่าของตัวชี้วัดแต่ละตัวให้มีมูลค่าเป็นเงินโดยอ้างอิงกับมาตรฐานและงานวิจัย 4) นำผลที่แปลงค่าทางการเงินมาคำนวณค่า SROI โดยมีสูตรการคำนวณ (pasiphon, 2017) ดังนี้

$$\text{SROI} = \frac{\text{มูลค่าผลประโยชน์ทั้งหมด-มูลค่าต้นทุนจากการลงทุน}}{\text{มูลค่าต้นทุนจากการลงทุน}}$$

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผลการศึกษานำเสนอเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปา

วิสัยทัศน์ที่ได้จากการวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล คือ “ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาชั้นนำของโลก” โดยมีวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ 10 ข้อ โดยเป็นวัตถุประสงค์เชิงกลยุทธ์ด้านกีฬา 6 ข้อและด้านสปา 4 ข้อ ดังนี้

1.1 สร้างความเชื่อมั่นว่าการจัดการแข่งขันกีฬามวลชน (วิ่ง ปั่นจักรยาน กอล์ฟ) มีการเฝ้าระวังและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโควิด 19

1.2 กระตุ้นอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวเชิงกีฬามวลชน (วิ่ง ปั่นจักรยาน กอล์ฟ) ในระดับจังหวัด

1.3 เสริมสร้างความสามารถในการดำเนินธุรกิจของผู้ประกอบการทางด้านการท่องเที่ยวเชิงกีฬาในจังหวัด

1.4 ปรับภาพลักษณ์ให้ไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงกีฬาระดับโลก

1.5 ยกระดับความปลอดภัยในการจัดการแข่งขันกีฬา

1.6 แข่งขันกับตลาดต่างประเทศด้วยการท่องเที่ยวเชิงกีฬาประสบการณ์ใหม่

1.7 เสริมสร้างความสามารถในการดำเนินธุรกิจของผู้ประกอบการสปาอย่างยั่งยืน

1.8 ส่งเสริมสปาไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับโลก

1.9. ส่งเสริมสปาไทยให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของนักท่องเที่ยวชาวไทยและชาวต่างชาติ

1.10 ส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์และองค์ความรู้เกี่ยวกับสปาต่อสุขภาพ

และแผนปฏิบัติการรวม 34 ข้อ โดยภาพรวมของแผนกลยุทธ์การท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปา (พ.ศ. 2565-พ.ศ.2569) ทั้งนี้ได้แบ่งการดำเนินการเป็น 2 ระยะ คือ ระยะแรกเป็นระยะฟื้นฟูการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปา (พ.ศ.2565-2566) และระยะที่ 2 เป็นระยะการพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาไทย (พ.ศ. 2567-2569) (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 วิสัยทัศน์ กลยุทธ์ และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปา

2. รูปแบบชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนากีฬาและสปาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม

2.1 ชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนากีฬาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ในการนำชุดความรู้ใหม่ในการพัฒนากีฬาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่ได้จากพัฒนาขึ้นในปีที่ 1 ไปใช้ในสถานการณ์จริง ผู้รับผิดชอบโครงการได้เข้าร่วมประชุมและทำงานร่วมกับคณะนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงและคณะผู้จัด



ภาพที่ 2 (sport destination) ที่มีศักยภาพได้แก่ ศิลปะมวยไทย กีฬาวิ่ง และปั่นจักรยาน

งานวิ่งเป็นระยะ ๆ ชุดความรู้ใหม่ที่สมบูรณ์มีองค์ประกอบหลัก ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต (ภาพที่ 2) การลงทุนในปัจจุบันทั้งหมดเป็นมูลค่ารวมทั้งสิ้น 20,497,900.00 บาท แยกเป็นค่าดำเนินการ 19,315,900 บาท ค่าใช้จ่ายในการประสานงาน 650,000 บาท ค่าตอบแทน 180,000 บาท และ ค่าสนับสนุนภาคี 352,000 บาท ซึ่งการลงทุนนี้ได้มาจาก เงินสนับสนุนจากภาคเอกชน มาราธอนจำนวน 16,600 คน ประเภทฮาล์ฟมาราธอนจำนวน 5,700 คน ประเภทมินิมาราธอนจำนวน ส่วนผลจากการประเมินผลกระทบทางสังคมโดยใช้แนวคิดทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า จากผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดจำนวน 33,200 คน ประเภท 5,800 คน ประเภท 5 กิโลเมตร จำนวน 5,000 คน และประเภท Charity Run จำนวน 100 คน 350,000.00 ค่าสมัคร 24,130,000.00 บาท ค่าตอบแทนอาสาสมัครและค่าใช้จ่ายต่าง ๆ 650,000.00 บาท ค่าจ้าง 19,965,900.00 และเงินสนับสนุนจากหน่วยงาน/องค์กรต่าง ๆ 7,000,000.00 บาท รวมทั้งสิ้น 31,480,000.00บาท + ผลกำไรที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมเท่ากับ 10,982,100.00 (รายรับ 31,480,000.00 รายจ่าย 20,497,900.00)

ส่วนผลลัพธ์โดยรวมทั้งหมดเป็นมูลค่า 144,113,735.63 บาท แยกเป็น ผลลัพธ์ด้านเศรษฐกิจ 18,046,018.05 บาท และด้านสังคม 123,874,561.57 บาท และด้านสิ่งแวดล้อม 2,193,156.00 บาท ส่วนมูลค่าปัจจุบันของเงินลงทุนและผลลัพธ์จำแนกตามผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในกิจกรรมจำนวน 5 ปี โดยใช้อัตราคิดลดร้อยละ 3.5

2.2 ชุดความรู้ใหม่เกี่ยวกับการพัฒนา สปาล้านนาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ผลการนำชุดความรู้ใหม่ไปใช้ในการบริการสปาล้านนาพบว่า ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ประกอบด้วยอุปสงค์ อุปทาน และปัจจัยสนับสนุน



ภาพที่ 3 ชุดความรู้ใหม่เกี่ยวกับการพัฒนาประเทศไทยสู่การเป็นจุดหมายปลายทาง การท่องเที่ยวเชิงสปา (spa destination)

ในด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การให้บริการสปาล้านนา การบริหารจัดการ และเกณฑ์การรับรองความเป็นล้านนา ในด้านผลผลิตประกอบด้วยรายได้จากนักท่องเที่ยวชาวต่างชาติที่มาใช้บริการ รายได้จากนักท่องเที่ยวเพื่อโรงแรม/ที่พัก อาหาร การเดินทาง สินค้าอื่น ๆ ความพึงพอใจและจำนวนของนักท่องเที่ยวต่อการใช้บริการสปาล้านนา และรายได้ของธุรกิจที่เป็นห่วงโซ่อุปทานของสปาล้านนาทั้งจังหวัดและในประเทศ ในส่วนของผลผลิต ประกอบไปด้วย ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านสังคม และผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านสิ่งแวดล้อม สถาบันการศึกษาและภาคีต่าง ๆ (ภาพที่ 3)

ส่วนผลตอบแทนเชิงสังคมจากการดำเนินการธุรกิจสปาล้านนา ผลลัพธ์โดยรวมทั้งหมดเป็นมูลค่า 3,764,137.50 บาท แยกเป็น ด้านเศรษฐกิจ 3,548,137.50 บาท ด้านสังคม 216,600 บาท

ส่วนมูลค่าปัจจุบันของเงินลงทุนและผลลัพธ์จำแนกตามผู้มีส่วนได้เสียในกิจกรรมจำนวน 5 ปีโดยใช้อัตราคิดลดร้อยละ 3.5 โดยสรุป จากผลการศึกษาครั้งนี้ อัตราผลตอบแทนทางสังคมต่อการลงทุน 1 บาทเท่ากับ 25.43 โดยใช้อัตราคิดลดร้อยละ 3.5 (Kunaviktikul et al., 2021)

3. การถอดบทเรียนการบริหารจัดการการดำเนินการวิจัยของแผนงานการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ

ผลการถอดบทเรียนครั้งนี้ พบว่า เนื้อหามี 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ การเตรียมการดำเนินโครงการ/แผนงานวิจัย ปัจจัยเบื้องต้นของโครงการ/แผนงานวิจัย กระบวนการดำเนินงานโครงการ/แผนงานวิจัย ผลลัพธ์และผลผลิตของโครงการ/แผน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ คุณสมบัติ ความรู้ความสามารถ ของหัวหน้าแผนงาน/ผู้บริหารโครงการวิจัย ควรเป็นดังนี้ 1) มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ 2) มีภาวะผู้นำ 3) มีความสามารถในการสื่อสารและประสานงาน 4) มีความสามารถในการกำหนดทิศทางให้โครงการบรรลุเป้าหมาย 5) มีบุคลิกภาพและมนุษยสัมพันธ์ดี และ 6) มีความประนีประนอมและมีวุฒิภาวะ โดยสรุปผลที่ได้จากการถอดบทเรียนผู้วิจัยได้นำไปจัดทำหนังสือ

แนวทางการบริหารจัดการโครงการ: คุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ของทีมวิจัย เพื่อให้นักวิจัยสามารถนำไปใช้

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอตามผลการวิจัยที่ได้ ดังนี้

1. แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านกีฬาและสปา

จากการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้จำนวนนักท่องเที่ยวที่ลดการเดินทางจากการความเข้มงวดและจำกัดการเดินทางระหว่างประเทศ ในขณะเดียวกันธุรกิจการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาไทยประสบปัญหาสภาพคล่อง นอกจากนี้ภายในประเทศมีการผลิตและการลงทุนลดลง ส่งผลกระทบต่อภาคการจ้างงานและรายได้ของครัวเรือน และส่งผลให้กำลังซื้อภายในประเทศปรับตัวลดลง ในขณะเดียวกัน การใช้จ่าย ภายในประเทศยังได้รับผลกระทบอีกทางจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้บริโภคและ มาตรการควบคุมและป้องกันการระบาดโดยการปิดสถานประกอบการต่าง ๆ (Office of the National Economic and Social Development Council, 2021) การกระจายวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีประสิทธิผลจะเป็นปัจจัยบวกที่จะทำให้คนไทยกล้าเดินทางท่องเที่ยวในประเทศ และนักท่องเที่ยวต่างชาติน่าจะเกิดความมั่นใจในความปลอดภัยทางด้านสุขอนามัยมากขึ้น จึงมีความเป็นไปได้ว่าจะมีการจัดการแข่งขันกีฬายอดนิยมของคนไทยและชาวต่างชาติเกิดขึ้นตั้งแต่กลางหรือปลายปี พ.ศ.2565 ดังนั้นในช่วงปีพ.ศ. 2565-2566 จังหวัดที่เคยมีการจัดรายการแข่งขันกีฬาโดยเฉพาะรายการแข่งขัน มวย ปั่น วิ่ง กอล์ฟ จึงควรมีการเตรียมการเพื่อรองรับการกลับมาท่องเที่ยวเชิงกีฬาในจังหวัด ดังนี้ 1) มีการนำมาตรฐานสุขอนามัยระดับสูง (SHA plus) และเทคโนโลยีที่ลดการสัมผัสกันทางกายภาพมาใช้ เพื่อยกระดับความปลอดภัยของนักท่องเที่ยวและสร้างภาพลักษณ์ที่จะเป็นเมืองท่องเที่ยวที่มีความปลอดภัย 2) ปรับรูปแบบการจัดการแข่งขันเพื่อกระตุ้นการท่องเที่ยวเชิงกีฬาในจังหวัดได้มากขึ้น เช่น การจัดการแข่งขันกีฬาวิ่งและปั่นจักรยานในรูปแบบจับคู่ท่องเที่ยว (travel bubble) ระหว่างจังหวัดที่กำหนดเงื่อนไขผู้เข้าแข่งขันและการจัดการแบบพิเศษหรือการแข่งขันในรูปแบบ hybrid event และ 3) เสริมสร้างศักยภาพของผู้ประกอบการท่องเที่ยวเชิงกีฬาในจังหวัด เช่นเดียวกับธุรกิจสปา ระหว่างปี พ.ศ. 2565 -2566 จำเป็นต้องมีการกระตุ้นให้นักท่องเที่ยวไทยหันมาใช้บริการสปา ด้วยแคมเปญรูปแบบสปาเพื่อสุขภาพและความงาม ได้แก่ spa & beauty spa & adventure, spa & fitness, spa & eating, spa & sport เป็นต้น ในขณะเดียวกันควรมีการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ประกอบการ และผู้ให้บริการสปาเพื่อเตรียมการรองรับการกลับมาท่องเที่ยวในไทยของนักท่องเที่ยวต่างชาติ ในระยะที่ 2 ของการ พัฒนาการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาไทย น่าจะเริ่มดำเนินการได้ในปีพ.ศ. 2567 ซึ่งคาดว่าสถานการณ์การท่องเที่ยวของไทยและของโลกน่าจะดีขึ้นกว่าปี พ.ศ. 2566 ดังนั้นในปีพ.ศ. 2567-2569 ภาคการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาจึงควรเน้นไปที่การปรับภาพลักษณ์ การสร้างความเชื่อมั่นเกี่ยวกับการท่องเที่ยว การส่งเสริมและการกระตุ้นอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยว การยกระดับความสามารถในการแข่งขันทางด้านการท่องเที่ยว รวมถึงการส่งเสริมการพัฒนาผลิตภัณฑ์และองค์ความรู้เพื่อมุ่งสู่การบรรลุวิสัยทัศน์ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาชั้นนำของโลก ซึ่งแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาไทยที่จัดทำขึ้นในรายงานนี้ มีความสอดคล้องกับวิสัยทัศน์การท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2579 ที่ว่า “ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวคุณภาพชั้นนำของโลกที่เติบโตอย่างมีดุลยภาพบนพื้นฐานความเป็นไทย” ด้วยการพัฒนาในด้านต่าง ๆ ได้แก่ การพัฒนาคุณภาพแหล่งท่องเที่ยว สินค้า และบริการด้านการท่องเที่ยว การพัฒนาบุคลากรด้านการท่องเที่ยว การสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักท่องเที่ยว โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมภาพลักษณ์แหล่งท่องเที่ยว และ การบูรณาการบริหารจัดการการท่องเที่ยว (Ministry of Tourism and Sports, n.d.) และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580)

ที่กำหนดวิสัยทัศน์ให้ประเทศมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศพัฒนา มีความสามารถในการแข่งขันของประเทศ มีความหลากหลายด้านการท่องเที่ยว เป็นจุดหมายปลายทางที่สำคัญของการท่องเที่ยวระดับโลกที่ดึงดูดนักท่องเที่ยวทุกระดับ รวมถึงมีสัดส่วนของนักท่องเที่ยวที่มีคุณภาพสูงเพิ่มขึ้นทั้งในด้านการท่องเที่ยวเชิงธุรกิจ และการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ความงาม และแพทย์แผนไทย รวมถึงการท่องเที่ยวเชื่อมโยงภูมิภาค (Office of the Secretary National Strategy Board ,Office of the National Economics and Social Development Council, n.d.) ความสอดรับกันของแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาไทยที่ได้นำเสนอในรายงานนี้ กับวิสัยทัศน์การท่องเที่ยวไทย พ.ศ. 2579 และวิสัยทัศน์ของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (2561-2580) แสดงให้เห็นเอกภาพของทิศทางการพัฒนาการท่องเที่ยวไทย แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาไทย ปี 2565-2569 จึงสามารถเป็นกรอบการดำเนินงานสำหรับหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งระดับกระทรวง และหน่วยงาน และในระดับพื้นที่ รวมถึงองค์กรเอกชน สมาคม สมาพันธ์ที่เกี่ยวข้องตามที่ระบุไว้ในแผน เพื่อนำการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาไทยไปสู่วิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ได้ อย่างไรก็ตามในการบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ยังต้องอาศัยการประสานงาน ความร่วมมือและการสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆ จากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องตามขอบเขตที่รับผิดชอบ รวมถึงต้องอาศัยความเข้าใจและการทำงานอย่างเป็นระบบ มีการติดตาม กำกับดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อขับเคลื่อนวิสัยทัศน์ดังกล่าวให้บรรลุผล

2. รูปแบบชุดความรู้ใหม่กีฬาและสปาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ และการวิเคราะห์ผลตอบแทนทางสังคม

2.1 ชุดความรู้ใหม่เกี่ยวกับกีฬาและสปาเพื่อการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

ในการนำเอาชุดความรู้ใหม่ด้านกีฬาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพไปใช้ในสถานการณ์จริง คณะผู้วิจัย ได้ดำเนินการร่วมกับที่มีส่วนเกี่ยวข้องและได้รับกระทบโดยตรง จึงได้มีการมีการปรับตัวชี้วัดขององค์ประกอบของชุดความรู้ใหม่ ด้านผลผลิต และผลลัพธ์ เพื่อให้สามารถนำไปใช้วัดหรือประเมินได้ดียิ่งขึ้น กล่าวคือผลผลิตจากการจัดกิจกรรมเชิงกีฬาเช่น การจัดกิจกรรมวิ่งทำให้เงินหมุนเวียนภายในจังหวัดเพิ่มมากขึ้นทั้งจากนักวิ่งและผู้ติดตามในช่วงที่มีการจัดการแข่งขัน และหลังจากการจัดการแข่งขันซึ่งจะมีประชาชนและนักท่องเที่ยวเดินทางมาเที่ยวในพื้นที่ และการจองห้องพักในพื้นที่ต่าง ๆ ของจังหวัด ทำให้มีเงินหมุนเวียนมากขึ้น นอกจากผลผลิตที่เปลี่ยนไปแล้วนั้น ผลลัพธ์ที่เปลี่ยนไปอีกก็คือมีการเติบโตของธุรกิจในชุมชน การมีผลิตภัณฑ์เพื่อจำหน่ายให้กับนักท่องเที่ยว การเชื่อมโยงสินค้าที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชนท้องถิ่น วัฒนธรรม วิถีชีวิตและแหล่งท่องเที่ยวทำให้ธุรกิจในชุมชน ผลิตภัณฑ์และสินค้าที่นักท่องเที่ยว ให้ความสนใจและจับจ่ายสินค้าจำพวกเสื้อผ้าพื้นเมือง อุปกรณ์ตกแต่งบ้าน เครื่องประดับ และของที่ระลึกต่าง ๆ เช่น การบริโภคสินค้าและบริการในพื้นที่เพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้มีการกระจายรายได้ในพื้นที่ ในส่วนของการประกอบธุรกิจสปา พบว่าสามารถนำไปใช้ได้ในสถานการณ์จริงเช่นกัน อย่างไรก็ตาม เนื่องจากสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปจากการเกิดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินการจากที่ตั้งไว้แต่ยังคงมีการประชุมร่วมกับผู้ประกอบการ สปาล้านนาทั้งทางตัวต่อตัวและทางการประชุมออนไลน์ และได้ได้เพิ่มเติมในส่วนรายละเอียดขององค์ประกอบหลักทั้ง 5 องค์ประกอบให้ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากขึ้น และมีการปรับเพิ่มในด้านการป้องกันและการดูแลความปลอดภัยของผู้รับบริการในทุกองค์ประกอบ โดยการปรับเพิ่มเติมรายละเอียดขององค์ประกอบของชุดความรู้ใหม่ ในด้านปัจจัยนำเข้า (input) ประกอบด้วย อุปสงค์ (demand) อุปทาน (supply) และปัจจัยสนับสนุน (support) ในด้านกระบวนการ (process) ทั้งนี้เพื่อให้การนำไปใช้มีความสมบูรณ์มากขึ้น ดังนั้นการมีชุดความรู้ใหม่ที่สมบูรณ์แล้วนี้จะเป็นแนวทางให้หน่วยงานภาครัฐ เครือข่ายผู้ประกอบการและผู้ประกอบการนำไปพัฒนาเพื่อเตรียมความพร้อมของประเทศไทยให้เป็น

นักท่องเที่ยวเกิดความประทับใจ การเพิ่มขึ้นของอัตราการกลับมาท่องเที่ยวซ้ำ

จากการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมของโครงการชุดความรู้ใหม่ของการดำเนินการจัดกิจกรรมวิ่งมาราธอนจอมบึงและการดำเนินการธุรกิจสปาล้านนา ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กับผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ ประกอบกับข้อมูลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าผลตอบแทนทางสังคมจากการลงทุน 1 บาทสามารถสร้าง ผลตอบแทนทางสังคมคิดเป็นมูลค่า 22.54 บาท และ 25.43 บาท โดยใช้อัตราคิดลดร้อยละ 3.5 จึงควรมีการส่งเสริมการดำเนินการจัดกิจกรรมงานวิ่งมาราธอนและกสนประกอบธุรกิจสปาเพิ่มขึ้นเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและนำประเทศไปสู่การเป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพและเพิ่มรายได้ของประเทศจากการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพต่อไป

3. การถอดบทเรียนการบริหารจัดการการดำเนินการวิจัยของแผนงานการเตรียมความพร้อมประเทศไทยเชิงรุกให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพที่มีคุณภาพ

ในการดำเนินการถอดบทเรียนการบริหารจัดการโครงการวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้แนวคิดของ Context Input Process Product Model (CIPP Model) เป็นกรอบแนวคิดเพื่อให้มีความครอบคลุมองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นในการดำเนินการโครงการ โดยการถอดบทเรียนจากผู้ที่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการโครงการวิจัยขนาดใหญ่ที่ผ่านมาและจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์การดำเนินโครงการขนาดใหญ่และเคยทำงานร่วมกับนักวิจัย ทำให้ได้รับการถ่ายทอดให้เห็นกระบวนการบริหารจัดการโครงการวิจัย และเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกันถึงประสบการณ์และการดำเนินงานโครงการวิจัยที่ผ่านมา กระบวนการถอดบทเรียน เป็นกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory action learning) และกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้อย่างรอบด้านทั้งด้านที่เป็นองค์ความรู้ และประสบการณ์ทำให้กระบวนการเรียนรู้นั้นเกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การถอดบทเรียนจึงเป็นเครื่องมือในการสกัดความรู้จากการปฏิบัติที่ฝังลึกอยู่ภายใน (tacit Knowledge) ของผู้ปฏิบัติงานที่มีประสบการณ์ หรือเจ้าของความรู้ มีองค์ความรู้โดยเป็นความรู้ที่สามารถเรียนรู้ได้ผ่านการเล่าเรื่อง การบันทึก จัดเก็บในรูปแบบงานวิจัย เอกสารหรือสื่อต่าง ๆเป็นความรู้ที่ปรากฏชัด (explicit Knowledge) ให้ผู้ที่ได้ปฏิบัติแบบเดียวกันได้เรียนรู้และสามารถนำบทเรียนที่ได้ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ใช้ในการปฏิบัติครั้งต่อไปให้ดียิ่งขึ้น (Panich, 2005; Nakhon Si Thammarat Rajabhat University, 2018) นอกจากนี้การถอดบทเรียนยังเป็นเครื่องมือเชิงกระบวนการที่สามารถนำมาใช้ในการจัดการความรู้ (knowledge management) หรือจากวิธีปฏิบัติที่เป็นเลิศ (best practice) ผลจากการถอดบทเรียนครั้งนี้พบว่า เนื้อหามี 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการดำเนินโครงการ/แผนงานวิจัย 2) ปัจจัยเบื้องต้นของโครงการ/แผนงานวิจัย 3) กระบวนการดำเนินงานโครงการ/แผน 4) ผลลัพธ์และผลผลิตของโครงการ/แผนงานวิจัย 5) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินโครงการ และ 6) คุณสมบัติ ความรู้ความสามารถ ของหัวหน้าแผนงาน/ผู้บริหารโครงการวิจัย ซึ่งทั้ง 6 ประเด็นหลักนี้เป็นส่วนที่มีความสำคัญในการดำเนินการโครงการให้ประสบความสำเร็จและคณะผู้วิจัยได้นำผลดังกล่าวมาจัดทำเป็นหนังสือ แนวทางการบริหารโครงการวิจัย: คุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมวิจัย โดยหนังสือดังกล่าวจะสามารถใช้เป็นแนวทางการบริหารจัดการโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลต่อไป อีกทั้งยังสามรถใช้เป็นแนวทางในการประเมินโครงการอีกด้วย โดยการประเมินการบริหารจัดการโครงการเป็นการประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคม เพื่อตัดสินและพัฒนา โครงการ ด้านการวางแผนและการติดตามประสิทธิภาพและประสิทธิผลของโครงการ รวมทั้งการศึกษาถึงความเปลี่ยนแปลงจากการนำโครงการไปปฏิบัติอีกด้วย

การบริหารโครงการถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการบริหารที่จะเป็นตัวชี้นำความสำเร็จ สำหรับ

ในการบริหารจัดการโครงการวิจัยครั้งนี้ มีความจำเป็นและเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้การดำเนินโครงการวิจัยประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ บรรลุเป้าหมายอย่างมีคุณภาพ ได้ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ ซึ่งก็มีแนวทางการบริหารโครงการเช่นเดียวกับหลักการการบริหารโครงการต่าง ๆ ที่ประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วน คือ 1) ก่อนการดำเนินการวิจัยซึ่งเริ่มตั้งแต่การริเริ่มโครงการ การวางแผนโครงการและการวิเคราะห์โครงการ 2) ระยะการนำโครงการไปดำเนินการ ซึ่งเป็นการดำเนินการตามแผนการดำเนินการโครงการที่วางไว้ ติดตามความก้าวหน้าและการควบคุมการปฏิบัติการในระหว่างการดำเนินโครงการ ประเมินผลและประเมินผลผลิต และ 3) ระยะหลังจากการดำเนินโครงการ จะเป็นระยะการประเมินติดตามโครงการหลังจากโครงการสิ้นสุด เพื่อตรวจสอบผลการเนินงานที่เกิดขึ้นโดยประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบของโครงการที่เกิดขึ้น ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การนำเสนอผลงานวิจัย สรุป และยุติโครงการ และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน โดยใช้แนวทางการดำเนินการที่มีการบูรณาการกันในทุกส่วน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาเกี่ยวข้องกับหน่วยงานทั้งจากภาครัฐ ภาคเอกชน และสมาคมสมาพันธ์ที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องอาศัยทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำไปกำหนดในแผนปฏิบัติการและดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้ของแต่ละหน่วยงาน ควรมีเริ่มดำเนินการโดย ในระยะที่ 1 ปี 2565-2567 ควรมีการเริ่มดำเนินแผนปฏิบัติการทุกแผนไปพร้อมกันการกำหนดนโยบายและสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินตามโครงการต่าง ๆ ตามแผนปฏิบัติการจะทำให้แผนสามารถดำเนินการได้บรรลุผลตามเป้าหมาย ในระยะที่ 2 (2567-2569) ซึ่งประกอบด้วยกลยุทธ์การส่งเสริมกีฬาและสปาให้เป็นจุดหมายปลายทางการท่องเที่ยว การส่งเสริมกีฬาและสปาให้เป็นที่ยอมรับระดับโลก จำเป็นอย่างยิ่งที่หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องนำแผนกลยุทธ์การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพด้านสปาบรรจุเป็นหนึ่งในภารกิจของหน่วยงาน จัดสรรจัดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการ และกำหนดผู้รับผิดชอบเพื่อนำแผนไปปฏิบัติและติดตามผลการดำเนินการต่อไป และควรจะได้มีการให้ความรู้ด้านกีฬาและสปาแก่บุคลากรที่ให้บริการด้านสปาหรือด้านกีฬาในลักษณะของการเสริม Multitasking skills เพื่อให้ผู้ประกอบการผู้ให้บริการสามารถให้คำแนะนำแก่นักท่องเที่ยวและมองเห็นภาพรวมในด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทั้งด้านสปาและกีฬา

2. ผู้ประกอบการสปาการท่องเที่ยวเชิงกีฬา สมาคมกีฬาและสมาพันธ์สปา สามารถนำชุดความรู้ใหม่ไปใช้ในการจัดการให้บริการด้านสุขภาพสปาและกีฬาอย่างมีคุณภาพ

3. ผู้บริหารโครงการวิจัยเกี่ยวกับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพสามารถนำหนังสือแนวทางการบริหารจัดการโครงการวิจัยไปใช้เพื่อให้ได้ผลงานวิจัยที่มีคุณภาพ และนำไปใช้ได้จริง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

แผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการการท่องเที่ยวเชิงกีฬาและธุรกิจสปา พ.ศ. 2565-2569 ชุดความรู้ใหม่การท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปา และการถอดบทเรียนการบริหารจัดการโครงการวิจัย และหนังสือแนวทางการบริหารโครงการวิจัย: คุณสมบัติและบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของทีมวิจัย สามารถนำไปใช้โดยผู้เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์ที่ตั้งไว้ในการทำให้ประเทศไทยเป็นแหล่งท่องเที่ยวเชิงกีฬาและสปาชั้นนำของโลก รวมทั้งนักวิจัยสามารถนำไปใช้ ในการบริหารโครงการให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การติดตามประเมินผลผลิตและผลกระทบในการนำแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติ และชุดความรู้ใหม่ด้านกีฬาและสปาไปใช้

2. ผลลัพธ์ในด้านประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และคุณภาพของงานวิจัย จากการนำแนวทางการบริหารจัดการโครงการวิจัยไปใช้ในการบริหารโครงการวิจัย

References

Chulalongkorn University Intellectual Property Institute. (2017). *Industry and technology trend analysis report: Tourism industry, good income and health tourism. Intellectual Property and Innovation Entrepreneur Development Project*. Bangkok: Author. (in Thai)

Department of Tourism. (2015). *ASEAN tourism standards*. (in Thai) Retrieved from http://www.tourism.go.th/

Kellogg Foundation. (2004). *Logic model development guide. Michigan: W. K. Kellogg Foundation*. Retrieved from https://www.aacu.org/sites/default/files/LogicModel.pdf

Kunaviktikul, W., WichaiKhum, O., Thungjarealkul, P., Abhicharttibutra, K., Nantsupawat, A., & Wannapong, S. (2021) *Administrative plan for Thailand to be a quality wellness tourism destination project*. Chiang Mai: Thailand. (in Thai)

Ministry of Tourism and Sports. (n.d.). *Strategic of Thailand tourism B.E. 2015 – 2017*. Bangkok: Office of Printing Works, The War Veterans Organization of Thailand. (in Thai)

Nakhon Si Thammarat Rajabhat University. (2018). *Lecture note of the study and practice on cultural tourism routes and ecotourism in the Northeast and the East with integration with teaching and research in the field of cultural studies for tourism project*. (in Thai) Retrieved from http://human.nstru.ac.th/human2018/document/doc_news/les43.pdf

Office of the Secretary National Strategy Board, Office of the National Economics and Social Development Council. (n.d.). *National strategy 2018 - 2037 (short version)*. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council. (in Thai)

Office of the National Economic and Social Development Council. (2021). *Social outlook 03/2021.* (in Thai) Retrieved from https://www.nesdc.go.th/ewt_dl_link.php?nid=5491&filename=socialoutlook_report.

Panich, V. (2005). *Knowledge management for practice.* Bangkok: Tathata.

Pasiphon, C. (2017). Social return on investment (SROI). *Journal of Education Studies*, *45*(4), 342-352. (in Thai)

PaoIn, N. (2018). *Public policy: Strategic planning and strategic management*. Nonthaburi: Ratnatrai. (in Thai)

Stufflebeam, D. L. (1971). *The relevance of the CIPP evaluation model for educational accountability*. Atlantic City, NJ: Ohio State University, USA.

Teeranon, K. (2018). Thailand's wellness tourism: Situation and potential towards competition of ASEAN Region. *FEU Academic Review*, (12), 22-34. (in Thai)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ*

Factors Related to Intention of Near Miss Reporting of Nurses, Northern Regional Hospitals*

ขจรวิชญา	ประภาเลิศ**	Khajornwithaya	Prapalert **
เพชรสุนีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul***
กุลวดี	อภิชาตบุตร****	Kulwadee	Abhicharttibutra****

บทคัดย่อ

การรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดช่วยให้พยาบาลสามารถแก้ไขสาเหตุและป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในอนาคต การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจของพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพจำนวน 438 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบวัดทัศนคติ แบบวัดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง แบบวัดการรับรู้การควบคุมอุปสรรค และแบบวัดความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด ซึ่งทั้งหมดถูกสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นอัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .96 .90 .90 และ .97 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัยพบว่า

1. ร้อยละ 56 ของพยาบาลมีความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 40 ของพยาบาลมีความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 4 ของพยาบาลมีความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดอยู่ในระดับน้อย

2. ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงและการรับรู้การควบคุมอุปสรรคมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์ (r_s=.29, p=.001, r_s=.48, p=.001, r_s=.19, p=.001)

จากผลการศึกษานี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรทำการส่งเสริมให้พยาบาลมีการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดด้วยการจัดระบบการรายงานที่สะดวกและไม่มีการตำหนิผู้ที่รายงาน และควรมีการทำวิจัยเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมให้พยาบาลมีการรายงานเหตุการณ์ตามกรอบทฤษฎีการวางแผนพฤติกรรม

คำสำคัญ: ความตั้งใจ การรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด พยาบาล โรงพยาบาลศูนย์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: palm_boom@hotmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 16 กรกฎาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 3 สิงหาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 20 สิงหาคม 2562

Abstract

Reporting near-miss accidents can help nurses correct causes and prevent future adverse events. This descriptive correlational research studied nurse intentions in reporting near misses in northern Thai regional hospitals and the factors related to their intentions. Participants included 438 nurses. Study instruments were the Attitude Scale, the Subjective Norm Scale, the Perceived Control Scale, and the Scale of Nurses' Intention to Report Near Misses, all developed by the researcher. The Cronbach's alpha coefficients for these scales were .96, .90, .90, and .97, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's correlation coefficient.

Results were as follows:

1. Approximately 56 percent of nurses had high levels of intention to report, 40 percent had moderate levels, and 4 percent had low levels.

2. Attitudes, subjective norms, and perceived control were positively related to intention to report (r_s=.29, p=.001, r_s=.48, p=.001, r_s=.19, p=.001).

Results suggest that nurse managers should encourage nurses to report near miss accidents by developing convenient and non-punitive reporting systems. Further study is recommended to develop an intervention based on theory of planned behavior to boost such reporting.

Keywords: Intention, Near Miss Reporting, Nurses, Regional Hospital

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: palm_boom@hotmail.com

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

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

Received 16 July 2019; Revised 3 August 2019; Accepted 20 August 2019

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Alliance for Patient Safety, 2005) กำหนดให้ความปลอดภัยในผู้ป่วยเป็นหลักพื้นฐานในการให้บริการทางสุขภาพ เพื่อลดความสูญเสียจากให้บริการทางการแพทย์และพยาบาล ในประเทศไทยมีการกำหนดให้โรงพยาบาลทุกโรงพยาบาลมีการจัดการทำให้เกิดความปลอดภัยในผู้ป่วยตามแนวทางของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลที่ได้กำหนดไว้นั้นคือการบริหารความเสี่ยง ด้วยเหตุนี้ทางโรงพยาบาลศูนย์จึงมีการจัดการระบบบริหารความเสี่ยง เพื่อป้องกันและลดความสูญเสียที่เกิดจากความผิดพลาดในการรักษาและการพยาบาล ซึ่งการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เป็นขั้นตอนหนึ่งในกระบวนการบริหารความเสี่ยง (Anuwan, 2006)

การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นการรายงานความผิดพลาดจากเหตุการณ์จากกระบวนการรักษา (Mattioli et al., 2012) เป็นการช่วยให้เกิดการเรียนรู้จากความผิดพลาด เป็นการค้นหาสาเหตุและช่วยป้องกันการเกิดเหตุการณ์ขึ้นซ้ำ (World Alliance for patient Safety, 2005) โดยเฉพาะการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด เหตุการณ์เกือบพลาดคือเหตุการณ์ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นแล้วแต่ยังไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย เพราะถูกดักจับได้ทันก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย (Aspden, Corrigan, Wolcott & Erickson, 2004)หรือมีความรุนแรงอยู่ในระดับ A-D ตามเกณฑ์ของสภาประสานงานระดับชาติ (The National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention, 1996; 2001) แม้ว่าเหตุการณ์เกือบพลาดจะยังไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยแต่เป็นเหตุการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังและป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นซ้ำ ทำให้การรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดมีความสำคัญอย่างมากต่อการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลเพราะทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ซ้ำ ถึงแม้ว่าการรายงานเหตุการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายและเสียหายและเหตุการณ์เกือบพลาดจะมีประโยชน์ในการจัดการให้ผู้ป่วยปลอดภัย ยังพบปัญหาในการรายงานน้อยกว่าความเป็นจริงมากถึงร้อยละ 50-96 ดังการศึกษาของแมททิโอลีและคณะ (Mattioli et al., 2012) ที่ได้ทำการสังเกตการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในผู้ป่วยผ่าตัดจำนวน 1,904 คน และพบว่าเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จำนวน 111 ครั้ง ในจำนวนนี้มีการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด 4 ครั้งและยังพบว่ามีเหตุการณ์เกือบพลาดจำนวนมากที่เจ้าหน้าที่ไม่ยอมทำการรายงานให้ผู้บริหารโรงพยาบาลรับทราบ ที่เป็นเช่นนั้นเป็นผลมาจากพฤติกรรมที่แสดงออก ตามทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ของแอจเซน (Ajzen, 1991) ได้กล่าวว่าปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อการแสดงพฤติกรรม คือ ความตั้งใจ (intention) ดังนั้นความตั้งใจจึงเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรายงานหรือไม่รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และเหตุการณ์เกือบพลาด

ความตั้งใจ หมายถึง การแสดงเจตนาของบุคคลซึ่งเกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรม (Fishbein & Ajzen, 1975) ตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน (A Theory of Planned Behavior: TPB) ของแอจเซน (Ajzen, 1991) ระบุว่าความตั้งใจจะเป็นตัวบ่งชี้ว่าบุคคลได้ทุ่มเทความพยายามมากเพียงใดที่จะกระทำพฤติกรรมนั้น ยิ่งบุคคลมีความตั้งใจแน่วแน่ในการทำพฤติกรรม บุคคลนั้นยิ่งมีแนวโน้มที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมาให้เห็นได้ โดยความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมถูกกำหนดจากองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ทัศนคติต่อการกระทำพฤติกรรม (attitudes towards the behavior) ปัจจัยทางสังคม คือ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง (subjective norm about the behavior) และปัจจัยควบคุม คือ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม (perceived behavioral control of the behavior) จากการทบทวนวรรณกรรมพบปัญหาที่ว่าบุคลากรมีความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์น้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์ได้แก่ กลัวการถูกลงโทษจากผู้บริหารหรือผู้บังคับบัญชา กลัวการถูกลงโทษทางกฎหมาย (Peter et al., 2015) ภาระงานที่มากทำให้ไม่มีเวลาในการเขียนรายงานเหตุการณ์ (Kingston, Evans, Smith,& Berry, 2004) การขาดความรู้ในระบบการรายงาน (Henneman, 2007) การไม่ได้รับข้อมูลย้อนกลับ (Whitaker & Ibrahim, 2016) ขาดแรงสนับสนุนจากคนรอบข้าง (Wu, Shen, Lin, Greenes, & Bates, 2008) หรือการไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการเขียนรายงาน (Taylor

et al., 2004) มีผลทำให้ไม่รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

โรงพยาบาลศูนย์ เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน ต้องการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่ทันสมัย ปัจจุบันโรงพยาบาลศูนย์มีการเน้นส่งเสริมให้บุคลากรทางการแพทย์ทุกคนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริการและมีกระบวนการจัดการความปลอดภัยในการรักษาทางการพยาบาล พยาบาลวิชาชีพจึงต้องมีความเชี่ยวชาญพัฒนาให้เกิดศักยภาพตนเองเพื่อให้การบริการด้านการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Nantsupawan et al., 2011) โรงพยาบาลศูนย์ที่ได้ผ่านการรับรองคุณภาพโรงพยาบาลจากองค์กรสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลประเทศไทย (สรพ.) จำเป็นต้องมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าโรงพยาบาลศูนย์จะมีระบบการจัดการความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพแต่ก็ยังพบการเกิดปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและเกิดขึ้นซ้ำ ดังเช่น ของเปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์ (Siriwiwuttananon, 2012) ที่ได้ทำการสำรวจโรงพยาบาลทั่วไประดับตติยภูมิ ขนาด 470 เตียงในโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่ง และพบว่ามีการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาโดยพยาบาลในช่วง 6 เดือนตั้งแต่ตุลาคม 2552 ถึงพฤศจิกายน 2553 จำนวน 515 ครั้งต่อ 407,250 วันนอน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.12 ของจำนวนผู้ป่วย ซึ่งเป็นตัวเลขการรายงานความคลาดเคลื่อนทางยาที่น่าจะต่ำกว่าความเป็นจริงมาก และการศึกษาของบังอร เขื่อนคำ (Khuenkum, 2017) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่ามีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตั้งแต่ปี 2557-2559 ที่ส่งให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพจำนวน 50, 16 และ 9 คิดเป็นร้อยละ 35.22, 20.51 และ 9.5 ทั้งที่ความเป็นจริงคือจำนวน 142, 78และ 94 ครั้ง

จากงานวิจัยที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่ายังมีปัญหาการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดที่ยังต่ำกว่าความเป็นจริง แต่จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบว่ามีการศึกษาความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลและการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดตามแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงได้ทำงานวิจัยนี้โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ เพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมให้พยาบาลมีความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดอันจะส่งผลให้โรงพยาบาลได้ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวางแผนป้องกันการเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

2.เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของทัศนคติในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอุปสรรค กับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

คำถามการวิจัย

1.ความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนืออยู่ในระดับใด

2.ทัศนคติในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอุปสรรคที่ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยนี้อาศัยทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนของแอจเซน (Ajzen, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องมาเป็นกรอบแนวคิด ความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด หมายถึง ความจงใจ หรือวางแผนไว้แล้วว่าจะเขียนหรือรายงานทางวาจาเกี่ยวกับเหตุการณ์ความผิดพลาดที่ยังไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเพราะถูกดักจับได้ทันก่อนที่จะถึงตัวผู้ป่วย ซึ่งตามทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนระบุว่า ความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดเกิดขึ้นจากปัจจัย 3 ประการคือ 1) ทัศนคติต่อการรายงาน

เหตุการณ์เกือบพลาด 2) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง และ 3) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอุปสรรคในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ จาก 2 โรงพยาบาล โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จำนวน 793 คน และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 810 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลศูนย์ เขตภาคเหนือ และมีประสบการณ์การทำงานในโรงพยาบาลสังกัดอย่างน้อย 1 ปี โดยการคำนวณตามสูตรของยามาเน่ (Yamane, 1973 as cited in Srisatidnarakul, 2007) ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ .95 กำหนดความคลาดเคลื่อนในการสุ่ม .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 365 คน ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีโอกาสได้แบบสอบถามกลับคืนไม่ครบ ดังนั้นจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Srisatidnarakul, 2007) ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดในการวิจัยทั้งสิ้น 438 คน สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของแต่ละหอผู้ป่วย โดยแยกเป็นโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์จำนวน 217 คน และโรงพยาบาลพุทธ-ชินราช พิษณุโลกจำนวน 221 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส หน่วยงาน/กลุ่มงานการพยาบาล ระดับการศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ประสบการณ์ในการเป็นคณะกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล ความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ การรับรู้ภาระงาน การเข้าอบรมการเขียนรายงานเหตุการณ์ และความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการรายงานเหตุการณ์

ส่วนที่ 2 แบบวัดทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอุปสรรคและความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดซึ่งผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมมที่มีการวางแผนและการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ดังนี้

1. แบบวัดทัศนคติในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงลบจำนวน 3 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ คือ 1-7 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่งการแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง ระดับไม่ดี 3.01 – 5.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ5.01-7.00 หมายถึง ระดับดี

2. แบบวัดบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงที่เกี่ยวกับการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ คือ 1-7 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง ระดับไม่ดี 3.01 – 5.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ5.01-7.00 หมายถึง ระดับดี

3. แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการควบคุมอุปสรรคที่เกี่ยวกับการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 7และ8 และข้อคำถามเชิงลบ 3 ข้อ ได้แก่ข้อ 9, 10 และ 11 โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ คือ 1-7 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง ระดับไม่ดี 3.01 – 5.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ5.01-7.00 หมายถึง ระดับดี

4. แบบวัดความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล ประกอบด้วยข้อคำถามเชิงบวกจำนวน 3 ข้อ โดยลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 7 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลคะแนน คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 3.00 หมายถึง ระดับไม่ดี 3.01 – 5.00 หมายถึง ระดับปานกลาง และ5.01-7.00 หมายถึง ระดับดี

ในส่วนการหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความตรงเนื้อหา จากการทดสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .86 และการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Reliability) ใช้วิธีการ Test-retest method

นำไปทดลอง 2 ครั้ง ห่างกันระยะเวลา 2 สัปดาห์ ใช้กับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการในโรงพยาบาลคือ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามแต่ละตัวแปร ได้ค่าความเที่ยงของข้อมูลดังนี้ทัศนคติเท่ากับ .96 บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง เท่ากับ .90 การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอุปสรรคเท่ากับ .90 และความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดเท่ากับ .97

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลพุทธ-ชินราช พิษณุโลก เพื่อขอรับการพิจารณา ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยทำหนังสือชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ และชี้แจงว่าผู้ตอบแบบสอบถามสามารถขอถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผลการปฏิบัติงานหรือผลกระทบอย่างอื่นที่กลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับ โดยข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะเก็บไว้เป็นความลับ โดยมีผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ และข้อมูลจะถูกทำลายทิ้งหลังการศึกษาทันที โดยผู้วิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้เท่านั้น จากนั้นจึงจะขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำเสนอโครงร่างการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลเชียงราย ประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อขอรับการพิจารณา ก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากโครงร่างวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เพื่อขออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับงานวิจัยของฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลทั้งสองแห่ง เพื่อช่วยในการแจกแบบสอบถามและขอให้กลุ่มตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับคืนผู้ประสานงานวิจัยภายใน 2 สัปดาห์ ได้รับแบบสอบถามคืนทั้งหมด 438 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างนำมาวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ วิเคราะห์โดยการหาค่าแจกแจงความถี่ คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3).หาความสัมพันธ์ระหว่าง ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้ความสามารถในการควบคุม และความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .001โดยมีการทดสอบการกระจายข้อมูลด้วยสถิติทดสอบโคลโมโกรอฟสไมร์นอฟ (Kolmogorov-Sminor Test) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน (Spearman Correlation)

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลส่วนบุคคล พยาบาลที่มีความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด อยู่ในระดับมากมีจำนวน 245 คน (ร้อยละ 55.90) ระดับปานกลางมีจำนวน 175 คน (ร้อยละ 40.00) และระดับน้อยมีจำนวน 18 คน (ร้อยละ 4.10) กลุ่มตัวอย่างมีอายุส่วนใหญ่มากที่สุด 25 – 30ปี ร้อยละ 37.67 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.98 สถานภาพโสด ร้อยละ 53.65 ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 93.83 และทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ ร้อยละ 52.74 โดยพยาบาลในแต่ละกลุ่มมีลักษณะส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแยกตามข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และระดับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของตัวอย่าง	ระดับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด					
	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ						
11-15 ปี	30	12.20	19	10.90	2	11.10
มากกว่า 16 ปี	78	31.80	53	30.30	0	0.00
ตำแหน่งกรรมการบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล						
ไม่เคย	157	64.10	100	57.10	15	83.30
ระดับความรู้ เกี่ยวกับระบบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์						
มากที่สุด	32	13.10	7	4.00	0	0.00
มาก	173	70.60	135	77.10	13	72.20
น้อย	39	15.90	32	18.30	5	27.80
น้อยที่สุด	1	0.40	1	0.60	0	0.00
การเข้าอบรมการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์						
ไม่เคย	131	53.50	126	72.60	9	50.00
จำนวนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา						
1-2 ครั้ง	98	41.00	71	40.60	7	38.90
3-4 ครั้ง	51	20.80	40	22.90	6	33.30
5-6 ครั้ง	27	11.00	6	3.40	2	11.10
มากกว่า 6 ครั้ง	47	19.20	20	11.40	0	0.00
ความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาล						
สะดวกรวดเร็ว/ มีระบบการจัดการที่ดี	192	78.40	139	79.40	0	55.60
ระบบการรายงานล่าช้า	45	18.40	27	15.40	8	44.40
การลงข้อมูลมีความยุ่งยาก	8	3.20	9	5.10	0	0.00

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล (n = 438)

ตัวแปร	ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	ระดับ
ความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาล	5.33 (1.14)	สูง
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด		
1. ทัศนคติต่อการรายงานเหตุการณ์	5.60(1.34)	สูง
2. บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง	5.61(1.27)	สูง
3. การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอุปสรรค	4.15(0.99)	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า ความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลจำนวน 438 คนอยู่ในระดับสูง (Mean = 5.33, SD =1.14) และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลนั้น พบว่า ทัศนคติต่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดอยู่ในระดับสูง (Mean = 5.60, SD =1.34) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงอยู่ในระดับสูง (Mean =5.61, SD =1.27) และการรับรู้การควบคุมอุปสรรคอยู่ในระดับปานกลาง (Mean =4.15, SD =0.99)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง ทัศนคติ บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง การรับรู้การควบคุมอุปสรรค กับความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด

ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด	ความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด (r_s)
ทัศนคติต่อการรายงานเหตุการณ์	.288**
บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิง	.428**
การรับรู้ในการควบคุมอุปสรรค	.193**

จากตารางที่ 3 พบว่า ทัศนคติของพยาบาลต่อการรายงานเหตุการณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r_s=.288, p=.001) บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r_s=.482, p =.001) และการรับรู้ในการควบคุมอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r_s=.193, p=.001)

การอภิปรายผล

1. ความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือ

งานวิจัยนี้พบว่า มีพยาบาลโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 55.90 มีความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับสูง ร้อยละ 40.00 ของพยาบาลมีความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับปานกลาง และเพียงร้อยละ 4.10 ของพยาบาลที่มีความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับน้อย การที่พยาบาลเหล่านี้มีระดับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดแตกต่างกัน อาจเกิดจากพยาบาลทั้งสามกลุ่มมีประสบการณ์และการเรียนรู้เกี่ยวกับ

การรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่แตกต่างกัน ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 91 ของพยาบาลที่มีความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับมากจะเคยทำการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในปีที่ผ่านมามากกว่ากลุ่มพยาบาลที่มีความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับปานกลางหรือในระดับน้อย อภิปรายได้ว่าการได้มีโอกาสได้ลงมือทำการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จะทำให้พยาบาลมีการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลได้ดีและตระหนักถึงความปลอดภัยของผู้ป่วยมากขึ้น

นอกจากนี้ผลการศึกษายังแสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่มีความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับมากจะมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบและวิธีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลมากกว่าพยาบาลที่มีความตั้งใจปานกลางหรือตั้งใจน้อยที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด อภิปรายได้ว่าการที่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในระบบและวิธีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลจะช่วยส่งเสริมให้พยาบาลมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ สมมิตร สิงห์ใจ, นิตยา เพ็ญศิรินภา, และ พาณี สีตกะลิน (Siahjai, Pensirinapa, & Sitakalin, 2016) พบว่าการได้รับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงจะทำให้มีส่วนร่วมในการบริหารความเสี่ยงและตระหนักเห็นความสำคัญมากขึ้น

ความแตกต่างกันในระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งทางการพยาบาลอาจเป็นเหตุผลหนึ่ง ที่ทำให้พยาบาลมีระดับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดแตกต่างกัน ในการศึกษานี้พบว่า ตัวอย่างพยาบาลที่มีความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับมากจะมีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมาแล้วมากกว่า 11 ปีขึ้นไปร้อยละ 44.00 ในขณะที่ตัวอย่างพยาบาลที่มีความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับปานกลางจะมีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 11 ปี ร้อยละ 41.20 และกลุ่มตัวอย่างพยาบาลที่มีความตั้งใจในระดับน้อยจะมีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากกว่า 11 ปีร้อยละ 11.10 จะเห็นได้ว่าพยาบาลที่มีความตั้งใจมากที่จะรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดจะมีระยะเวลาปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมากกว่าพยาบาลในอีกสองกลุ่ม สอดคล้องกับงานวิจัยผ่านมาที่พบว่าประสบการณ์ในการทำงานมีผลต่อความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ การศึกษาของ ธอคมอร์ตัน และ อัชเชอร์เกรย์ (Throckmorton & Etchegaray, 2007) พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อยจะมีความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงปะสงค์น้อยกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีทัศนคติต่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับสูง (Mean = 5.60, SD = 1.34) แสดงว่า พยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์มีความเชื่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดจะส่งผลดีต่อผู้ป่วย และเป็นพฤติกรรมที่ควรทำ ที่เป็นเช่นนี้อาจมาจากลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ที่ส่วนใหญ่ร้อยละ 73 มีประสบการณ์ในการทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพมาเป็นระยะเวลามากกว่า 5 ปีขึ้นไป และร้อยละ 83.70 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรายงานของโรงพยาบาลอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่มากและการมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการรายงานของโรงพยาบาลเป็นอย่างดีย่อมส่งผลให้พยาบาลมองเห็นความจำเป็นต้องที่มีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทุกระดับ และประเมินว่าการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดเป็นสิ่งที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากจะมีเจตคติที่ดีต่อการจัดการความเสี่ยงในโรงพยาบาล

สำหรับผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดนั้น ในงานวิจัยนี้พบว่า ทัศนคติต่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด (r_s = .288; p = 0.001) ที่เป็นเช่นนี้เพราะตามทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน พยาบาลที่มีทัศนคติต่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับสูงจะมีความเชื่อว่าการเขียนรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดจะส่งผลดีต่อผู้ป่วยและไม่ส่งผลให้ตนเองหรือเพื่อนร่วมงานถูกตำหนิจากผู้บริหารหรือบุคคลอื่นและเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลมีความตั้งใจที่จะทำการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด สอดคล้องกับการศึกษาของ นิโคล เค. ดามิโก (Damico, 2014) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของพยาบาลวิสัญญี จำนวน 283 คน และพบว่าทัศนคติที่ดีต่อการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (r_s=0.81, p=.0001)

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลรับรู้ว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงต่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดมีระดับสูง (Mean = 5.61, SD = 1.27) ในการศึกษานี้กลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดมากที่สุด คือ หัวหน้าหอผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน แสดงให้เห็นว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานของพยาบาลในโรงพยาบาลศูนย์เขตภาคเหนือให้ความสำคัญและสนับสนุนให้ผู้ที่ทำให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์หรือพบเห็นเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทำการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด สอดคล้องกับงานวิจัยของ เรมวล นันท์ศุภวัฒน์ และคณะ (Nantsupawat et al., 2011) ที่ว่าการที่จะให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการทำงาน หัวหน้าหอผู้ป่วยต้องมีการสนับสนุน ส่งเสริม กระตุ้นให้บุคลากรร่วมมือเพื่อให้เกิดประสิทธิผลตามเป้าหมาย

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด ผลการศึกษาพบว่าบรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด (r_s=.482; p=0.001) ตามทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน หากบุคคลรับรู้ว่าคนรอบข้างที่มีความสำคัญต่อตนมีความคาดหวังหรือต้องการให้แสดงพฤติกรรมจะเกิดการคล้อยตามและมีความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรมนั้นสูงไปด้วย ดังนั้นหากพยาบาลรับรู้ว่าหัวหน้าหอผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงานอยากให้รายงานเหตุการณ์เกือบพลาดก็จะมีแรงจูงใจให้ทำการรายงานเหตุการณ์เมื่อประสบหรือพบเห็นเหตุการณ์เกือบพลาดเกิดขึ้นในการทำงาน เป็นไปในทำนองเดียวกับการศึกษาของดามิโก (Damico, 2014) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของพยาบาลวิสัญญี จำนวน 283 คน และพบว่า บรรทัดฐานกลุ่มอ้างอิงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ทางยา (r_s=0.74, p<0.001)

กลุ่มตัวอย่างพยาบาลมีการรับรู้การควบคุมอุปสรรคต่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดกับความตั้งใจของพยาบาลในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดในระดับปานกลาง(Mean = 4.15,SD = .99) อภิปรายได้ว่าถึงแม้ว่าโรงพยาบาลมีการวางระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่สะดวกรวดเร็วและมีการจัดการที่ดี แต่อุปสรรคสำคัญที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถทำการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดได้คือ ภาระงานมาก การแก้ปัญหาภาระงานมากทำได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากมีข้อจำกัด แต่ควรแก้ปัญหานี้ด้วยการสร้างระบบการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ไม่รบกวนเวลาการทำงานมากเกินไป สอดคล้องกับการศึกษาของเปรมวดี ศิริวิวัฒนานนท์ (Siriwiwuttananon, 2012) ที่ผ่านมาที่พบว่าภาระงานมากทำให้ลืมที่จะรายงาน ไม่มีเวลาที่จะรายงาน รวมทั้งความเห็นว่าการรายงานเป็นภาระ สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การควบคุมอุปสรรคกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้การควบคุมอุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด(r_s= .193; p=0.001) เป็นเช่นนี้เพราะตามทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผน หากพยาบาลเชื่อว่าตนสามารถจัดการกับอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดได้แล้ว ความเชื่อดังกล่าวจะเป็นแรงจูงใจให้พยาบาลมีความตั้งใจที่จะทำการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ลี, หยาง, และ เชน (Lee, Yang, & Chen, 2016) ศึกษาอุปสรรคที่มีผลต่อพฤติกรรมการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของพยาบาลวิชาชีพ โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนเป็นกรอบแนวคิด พบว่า การรับรู้ความสามารถในการควบคุมอุปสรรค มีผลให้เกิดความตั้งใจที่จะรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์มากขึ้น (β=0.18, P<0.001)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลมีทัศนคติที่ดีต่อการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดด้วยการชี้แจงนโยบายและขั้นตอนการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ให้บุคลากรทราบอย่างต่อเนื่อง และ มีการจัดอบรมให้พยาบาลทุกคนสามารถรายงานเหตุการณ์ได้อย่างถูกต้องรวมทั้งสร้างวัฒนธรรมไม่ตำหนิผู้ที่ทำผิดพลาด

2. หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการย้ำเตือน ติดตาม สนับสนุน และให้กำลังใจพยาบาลมีการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ และชี้ให้เห็นความสำคัญของการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด

3. ผู้บริหารโรงพยาบาลควรวางแนวทางที่จะขจัดอุปสรรคที่ทำให้พยาบาลไม่สามารถรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ได้ เช่น ปัญหาเรื่องภาระงานที่มาก อาจแก้ได้ด้วยการสร้างระบบการรายงาน ที่ง่าย และไม่ใช้เวลาเขียนนาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษาความตั้งใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาดของพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

2.ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความตั้งใจในการรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด โดยใช้ทฤษฎีพฤติกรรมที่มีการวางแผนเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัย

3.ควรมีการศึกษาปัญหาของการไม่เขียนรายงานเหตุการณ์เกือบพลาด โดยใช้วิธีการสังเกตร่วมกับวิธีการศึกษาอื่น

References

American Cancer Society. (2019). *Breast cancer facts & figures 2019-2020*. Retrieved from https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2019-2020

Andrea K. M. (2017). *Cost of breast cancer burdensome for many patients.* Retrieved from https://www.baltimoresun.com/health/bs-hs-breast-cancer-cost-20171024-story.html

Brady, M. J., Cella, D. F., Mo, F., Bonomi, A. E., Tulsky, D. S., Lloyd, S. R., Shiomoto, G. (1997). Reliability and validity of the functional assessment of cancer therapy-breast quality-of-life instrument. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology*, *15*(3), 974-986.

Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., Jemal, A. (2018), Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 68*(6), 394-424.

Cella, D. F. (1992). Quality of life: The concept. *Journal of Palliative Care*, *8*(3), 8-13.

Cotton, S. P., Levine, E. G., Fitzpatrick, C. M., Dold, K. H., & Targ, E. (1999). Exploring the relationships among spiritual well-being, quality of life, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*, *8*(5), 429-438.

Eremenco, S., Cella, D., & Arnold, B. J. (2005). A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires, *Evaluation & the Health Professions, 28*(2), 212-232. doi: 10.1177/0163278705275342

Farthmann, J., Hanjalic-Beck, A., Veit, J., Rautenberg, B., Stickeler, E., Erbes, T., Hasenburg, A. (2016). The impact of chemotherapy for breast cancer on sexual function and health-related quality of life. *Support Care Cancer*, *24*(6), 2603-2609.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., ... Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer,136*(5), E359-86. doi: 10.1002/ijc.29210

Folkman, S. (1982). An approach to the measurement of coping. *Journal of Occupational Behavior*, *3*, 95-107.

Greer, S., & Watson, M. (1987). Mental adjustment to cancer: Its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys, 6*(3), 439-453.

Kamiński, M., Ciszewski, T., Kukiełka-Budny, B., Kubiatowski, T., Baczewska, B., Makara-Studziński, M., & Bojar, I. (2015). Life quality of women with breast cancer after mastectomy or breast conserving therapy treated with adjuvant chemotherapy. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, *22*(4), 724-730.

Kugbey, N., Meyer-Weitz, A., & Oppong Asante, K. (2019). Mental adjustment to cancer and quality of life among women living with breast cancer in Ghana. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, *54*(3), 217-230.

Lauriola, M., & Tomai, M. (2019). Biopsychosocial correlates of adjustment to cancer during chemotherapy: The key role of health-related quality of life. *The Scientific World Journal*. 1-12. doi.org/10.1155/2019/9750940

Lôbo, S. A., Fernandes, A. F. C., Almeida, P. C. D., Carvalho, C. M. D. L., & Sawada, N. O. (2014). Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, *27*, 554-559.

National Comprehensive Cancer Network. (2019). *NCCN guidelines for treatment of breast cancer*. Retrieved from https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/ default.aspx

Patoo, M., Allahyari, A., Moradi, A.-R., Payandeh, M., & Hassani, L. (2017). Studying the relation between mental adjustment to cancer and health-related quality of life in breast cancer patients. *International Journal of Cancer Management*, *11*(7), e8407.

Pereira, F., & Santos, C. (2016). Psychological adaptation and its impact on the quality of life and spiritual well-being: A cross-sectional study of end of life cancer patients. *Nursing and Palliative Care*, *1*. doi: 10.15761/NPC1000126

Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., Laversanne, M., Soerjomataram, I., Jemal, A., & Bray, F. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71*(3), 209–249.

Trieu, P. D., Mello-Thoms, C., & Brennan, P. C. (2015). Female breast cancer in Vietnam: A comparison across Asian specific regions. *Cancer Biology Medicine*, *12*(3), 238-245.

Watson, M., Greer, S., Young, J., Inayat, Q., Burgess, C., & Robertson, B. (1988). Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: The MAC scale. *Psychological Medicine*, *18*(1), 203-209.

Watson, M., Law, M. G., Santos, M. D., Greer, S., Baruch, J., & Bliss, J. (1994). The Mini-MAC. *Journal of Psychosocial Oncology*, *12*(3), 33-46.

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

Zanuso, V., Fregoni, V., & Gervaso, L. (2020). Side effects of adjuvant chemotherapy and their impact on outcome in elderly breast cancer patients: A cohort study. *Future Science OA*, *6*(9), FSO617. doi: 10.2144/fsoa-2020-0076

การพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก*

Development of a Registered Nurse Competency Framework, Emergency Department, Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital*

วิปัศยา	คุ้มสุพรรณ**	Wipatsaya	Koomsuphan**
บุญพิชชา	จิตต์ภักดี***	Bunpitcha	Chitpakdee***
กุลวดี	อภิชาตบุตร***	Kulwadee	Abhicharttibutra***

บทคัดย่อ

สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีความสำคัญต่อการจัดการทรัพยากรบุคคล และการพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย การศึกษาเชิงพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยประยุกต์กลยุทธ์การพัฒนากรอบสมรรถนะของ มาร์เรลลี่ ทอนโดร่า และ ฮอจ (Marrelli, Tondora, & Hoge, 2005) ประชากรที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 10 คน และผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแนวคำถามที่ได้รับการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ของสมรรถนะเป็นรายข้อ

ผลการศึกษาพบว่า กรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน และพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 28 ข้อ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 7 ข้อ 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 8 ข้อ 3) สมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 8 ข้อ 4) สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 5 ข้อ

ข้อเสนอแนะ ผู้บริหารทางการพยาบาล สามารถนำกรอบสมรรถนะนี้ไปประยุกต์ในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะ และพัฒนาความรู้ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกต่อไป

คำสำคัญ: กรอบสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: wipatsaya47@gmail.com

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 14 สิงหาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 31 สิงหาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 21 กันยายน 2561

Abstract

The competency of registered nurses is important for human resource management and service quality development in regards to patient safety. The purpose of this development study was to develop a competency framework of registered nurses in the emergency department of Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital by applying the model for developing competency framework of Marrelli, Tondora, and Hoge (2005). The population of this study consisted of ten specialist nurses who are working in the emergency department at Buddhachinaraj Phitsanulok hospital, and a panel of five experts. The instrument used for this study was an interview guideline validated by a panel of three experts. The data collection process included reviewing the relevant literature, and interviewing ten specialist nurses. Content analysis and item content validity index calculation of behavioral indicators of each competency were used for data analysis.

The results of this study revealed that a competency framework for registered nurses in the emergency department at Buddhachinaraj Phitsanulok hospital consisted of four categories and twenty eight behavioral indicators which were 1) competency of skill in assessment and triage consisted of seven behavioral indicators, 2) competency of nursing practice in critical and emergency condition consisting of eight behavioral indicators, 3) competency of assist at crime scene consisted of eight behavioral indicators, 4) competency of management in emergency situation and disaster consisted of five behavioral indicators.

Nurse administrators can apply this competency framework to create a performance evaluation measurement and to improve the knowledge and ability of registered nurses in the emergency department at Buddhachinaraj Phitsanulok Hospital.

Key words: Competency framework, Registered nurse, Emergency department

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: wipatsaya47@gmail.com

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

Received 14 August 2018; Revised 31 August 2018; Accepted 21 September 2018

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สมรรถนะ (competency) เป็นความสามารถของบุคคลที่สามารถวัดได้จากผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วยความรู้ ทักษะ และลักษณะส่วนบุคคล (Marrelli et al., 2005) สมรรถนะแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) สมรรถนะหลัก (core competency) เป็นสมรรถนะขององค์กรที่ทุกหน่วยงานต้องถือเป็นรูปแบบเดียวกันเพื่อให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ พันธกิจ ขององค์กร 2) สมรรถนะเชิงวิชาชีพ (professional competency) เป็นสมรรถนะของบุคคลซึ่งจะกำหนดไว้ในแต่ละวิชาชีพว่าบุคคลในวิชาชีพนี้ควรมีสมรรถนะหรือคุณลักษณะอย่างไร และ 3) สมรรถนะเชิงเทคนิค (technical competency) เป็นสมรรถนะเฉพาะตำแหน่งโดยยึดความรู้ ทักษะ และความสามารถเพียงพอในการปฏิบัติงานที่เป็นเทคนิคและวิชาชีพเฉพาะ (Sanprasan,2006) ในการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการกำหนดกรอบสมรรถนะ (competency framework) ซึ่งมีความแตกต่างกันไป แล้วแต่บริบทของแต่ละหน่วยงานขึ้นอยู่กับลักษณะของหน่วยงาน และวัตถุประสงค์ในการนำสมรรถนะไปใช้ (Akaraborworn, 2006)

กรอบสมรรถนะ (competency framework) หมายถึงรายการของความสามารถที่จำเป็นต่อการทำงานประเภทใดประเภทหนึ่งให้ได้ผลสำเร็จ โดยมีการระบุพฤติกรรมบ่งชี้ของแต่ละรายการความสามารถ (competency indicator) เป็นการพรรณนาพฤติกรรมของการปฏิบัติงาน ใช้ทักษะและคุณลักษณะเฉพาะที่บุคคลต้องการเพื่อให้งานที่ทำมีประสิทธิภาพ (Thippreecha, 2005) การพัฒนากรอบสมรรถนะหรือการกำหนดกรอบสมรรถนะตามแนวคิดของ มาร์เรลลี่ และคณะ (Marrelli et al., 2005) ประกอบไปด้วย 7 ขั้นตอนดังนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ (defining the objective) 2) แสวงหาผู้ให้การสนับสนุน (obtain the support of a sponsor) 3) พัฒนาแผนการสื่อสาร การให้ความรู้ และการดำเนินการตามแผน (develop and implement a communication and education plan) 4) วางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล (plan the methodology) 5) ระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ (identify the competencies and create the competency model) 6) นำกรอบสมรรถนะไปประยุกต์ใช้ (apply the competency model) และ7) ประเมินผลการนำไปใช้และปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง (evaluate and update the competency model) ซึ่งในประเทศไทยมีหลายการศึกษาที่ได้นำแนวคิดของ มาร์เรลลี่ และคณะ (Marrelli et al., 2005) มาประยุกต์ใช้เพียงขั้นตอนที่ 1 ถึงขั้นตอนที่ 5 ก็สามารถได้ตัวบ่งชี้สมรรถนะเชิงพฤติกรรมที่ไปใช้ในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลได้ เช่น การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลผดุงครรภ์วิชาชีพในหน่วยคลอด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ (Chetawan, 2010) การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด ศูนย์มะเร็งลำปาง (Phethan, 2011) การพัฒนากรอบสมรรถนะเฉพาะทางของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย (Yosbuaphit, 2011) และการพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ (Khernphet, 2012)

งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นหน่วยงานด่านหน้าที่ให้บริการตลอด 24 ชั่วโมง แก่ประชาชนที่มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ที่ประสบอุบัติเหตุ/บาดเจ็บฉุกเฉินต่าง ๆ มีผู้รับบริการเฉลี่ย 218 ราย/วัน และมีสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้มาใช้บริการ จาก พ.ศ.2558-2560 มีผู้มาใช้บริการจำนวน 79,859, 76,425, และ66,481ราย ตามลำดับ เป็นผู้ป่วยวิกฤต 4,925, 5,784, และ6,091ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก จำนวน 6,087, 8,896, และ9,862 ราย ตามลำดับ ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 27,311 , 36,828, และ 34,440 ราย ตามลำดับ และผู้ป่วยวิกฤติ/กึ่งวิกฤติที่ออกรับ ณ จุดเกิดเหตุในการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินกู้ชีพเบนทูล (EMS) จำนวน 369, 391และ 634 ราย ตามลำดับ (Accident and emergency department Buddhachinaraj Hospital, 2017)

ตั้งแต่ปี 2550 กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก มีการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ โดยแบ่งเป็นสมรรถนะหลัก (core competency) ประกอบด้วยสมรรถนะ 2 ด้าน คือ 1) การใช้กระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย และ2) การดูแลแบบเอื้ออาทร (caring) ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินได้กำหนดสมรรถนะเชิงวิชาชีพ (functional competency) ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้าน คือ 1) การ

พยาบาลผู้ป่วยภาวะฉุกเฉิน 2) การพยาบาลผู้ป่วยทำหัตถการในภาวะฉุกเฉิน 3) การบริหารจัดการในสถานการณ์อุบัติภัยหมู่ 4) การพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ซึ่งสมรรถนะดังกล่าวได้กำหนดขึ้นเองโดยหัวหน้างานอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพื่อใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานของพยาบาลในหน่วยงาน โดยไม่ได้ใช้กระบวนการพัฒนาที่เป็นระบบ และยังพบปัญหาคุณภาพในการให้บริการและอุบัติการณ์ความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งหลังจากวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาโดยการวิเคราะห์หาสาเหตุแบบรากลึก (root cause analysis) พบว่าปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากพยาบาล เช่น การประเมินและคัดกรองผู้ป่วยล่าช้า การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านไม่ครอบคลุมทุกปัญหา การคำนวณยาฉีดและสารน้ำผิดพลาด ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เป็นต้น และกรอบสมรรถนะที่มีอยู่อาจยังไม่สามารถให้แนวทางในการปฏิบัติที่ครอบคลุมเพียงพอสำหรับพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน และเป็นแนวทางในการพัฒนาบุคลากรของหน่วยงานได้อย่างเหมาะสม จึงสะท้อนออกมาในความบกพร่องของสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วย ความบกพร่องในสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพดังกล่าวส่งผลกระทบโดยตรงผู้มารับบริการและผู้ให้บริการทางการพยาบาล

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินในประเทศไทย พบกรอบสมรรถนะของงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินหลายแห่งทั้งของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลทั่วไป ของ อรทัย ปึงวงศานุรักษ์ (Puengwongsanuruk, 1997) และโรงพยาบาลชุมชน เช่น โรงพยาบาลเวียงป่าเป้า จังหวัดเชียงราย ของ เอกกมล ยศบัวพิศ (Yosbuaphit, 2011) และโรงพยาบาลเชียงดาว จังหวัดเชียงใหม่ ของ วัชรีวรรณ เขื่อนเพชร (Khernphet, 2012) ซึ่งการศึกษาดังกล่าวได้ศึกษาในโรงพยาบาลที่มีบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ระดับตติยภูมิและเป็นโรงพยาบาลศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก ที่มีแพทย์เฉพาะทางแต่ละสาขา มีความพร้อมของเครื่องมือเทคโนโลยีทางการรักษา มีศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วย หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินและระบบบริการที่ซับซ้อน ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำเป็นต้องมีสมรรถนะที่แตกต่างกับโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไปอื่น ๆ เช่น ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤติและฉุกเฉินในผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนมากกว่า การจำแนกผู้ป่วยโดยการคัดกรองแบบ ESI (emergency severity index) การคัดกรองโรคระบบทางด่วนต่าง ๆ เป็นต้น จึงเป็นเหตุที่ไม่สามารถนำกรอบสมรรถนะของโรงพยาบาลใดโรงพยาบาลหนึ่งมาใช้เป็นกรอบสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ ของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้

ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราชพิษณุโลก ที่เหมาะสมและครอบคลุมบริบทการทำงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ซึ่งผลของการศึกษาครั้งนี้ จะได้กรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ที่เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้บริหารการพยาบาล ในการพัฒนาสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ได้และยังสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในการพัฒนาตนเองให้สามารถปฏิบัติงานที่มีคุณภาพเหมาะสมกับตำแหน่งงาน ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ในครั้งนี้ ได้ประยุกต์ใช้ขั้นตอนการพัฒนากรอบสมรรถนะของ มาร์เรลลี่ และคณะ (Marrelli et al., 2005) จำนวน 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) กำหนดวัตถุประสงค์ 2) แสวงหาผู้ให้การสนับสนุน 3) พัฒนาแผนการสื่อสาร การให้ความรู้และการดำเนินการตามแผน 4) วางแผนระเบียบวิธีรวบรวมข้อมูล และ5) ระบุสมรรถนะและการกำหนดกรอบสมรรถนะ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนาโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์การพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อย่างน้อย 10 ปีขึ้นไป จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และประสบการณ์การปฏิบัติงานในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 5 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 2 คน หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 1 คน พยาบาลหัวหน้าห้องตรวจฉุกเฉินและพยาบาลหัวหน้างานการพยาบาลหน่วยแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกรายการสมรรถนะและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 2) แบบสอบถามและแนวคำถามที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์สมรรถนะที่จำเป็นและพฤติกรรมบ่งชี้ของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 3) เครื่องบันทึกเสียง และ 4) แบบประเมินกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (ฉบับร่าง)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการศึกษา ได้รับการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือเกี่ยวกับ ความชัดเจนของคำถาม (clarity) ความเหมาะสมของคำถาม (appropriateness) และความเหมาะสมของการจัดลำดับคำถาม (sequence the questions) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน พิจารณาและให้ข้อเสนอแนะ ผู้ศึกษาแก้ไขแนวคำถามตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 คน ก่อนนำเครื่องมือไปใช้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงร่างการวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมและงานวิจัยของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ผู้ศึกษาชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ โดยไม่มีการบังคับ และได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษาพร้อมทั้งรับรองว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อนามสกุล การนำเสนอผลในรายงานการศึกษาเสนอในภาพรวม หลังจากนั้นผู้เข้าร่วมการศึกษาลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลกระทำโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่ได้จากตำรา วารสาร ทั้งต่างประเทศและภายในประเทศ รวมทั้งจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลกนำข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ กำหนดเป็นกรอบสมรรถนะ(ฉบับร่าง) ของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และทำการประเมินความตรงของเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อ (I-CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน เกณฑ์การยอมรับค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถเป็นรายข้อเท่ากับ 1.00 (Polit & Beck, 2006) เกณฑ์การยอมรับค่า I-CVI เท่ากับ 1.00 สรุปเป็นกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

ผลการวิจัย

กรอบสมรรถนะตามตำแหน่งหน้าที่ในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ประกอบด้วยสมรรถนะ 4 ด้านและพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ 28 ข้อ ได้แก่

1. สมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 7 ข้อ เช่น สามารถรวบรวมอาการสำคัญจากการซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจ

สัญญาณชีพ การประเมิน Glasgow Coma Score ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและครอบคลุมสามารถคัดกรองผู้ป่วยตามหลัก ESI (emergency severity index) คือ resuscitation, emergency, urgency, semi-urgency, non-urgency ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว

2. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 8 ข้อ เช่น สามารถให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ในภาวะฉุกเฉิน ได้อย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนได้อย่างถูกต้องรวดเร็ว

3. สมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถ จำนวน 8 ข้อ เช่น สามารถจัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอเพื่อใช้ในรถพยาบาลฉุกเฉินได้ สามารถประเมินสถานการณ์หลังได้รับแจ้งเหตุและสามารถออกปฏิบัติการได้ทันที

4. สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ ประกอบด้วยพฤติกรรมบ่งชี้ความสามารถจำนวน 5 ข้อ เช่น สามารถประเมินสถานการณ์ เพื่อประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน รายงานผู้บังคับบัญชาตามลำดับขั้นและขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทันเวลา สามารถบริหารจัดการยาและอุปกรณ์ช่วยชีวิต บุคลากรในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินและทีมที่มาเสริมเพื่อจัดกลุ่มพื้นที่ และมอบหมายงานให้เพียงพอ เหมาะสมกับสถานการณ์

การอภิปรายผล

การพัฒนากรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก อภิปรายได้ดังนี้

1. สมรรถนะด้านทักษะการประเมินอาการและการคัดกรอง เป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก โดยมีพฤติกรรมบ่งชี้ที่สำคัญ เช่น การรวบรวมอาการสำคัญ จากการซักประวัติ ตรวจร่างกายเบื้องต้น การตรวจสัญญาณชีพ การตรวจและวิเคราะห์ผลการตรวจพิเศษที่ต้องใช้ในการช่วยเหลือฉุกเฉิน เช่น การวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจในผู้ป่วยที่สงสัยโรคหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง การประเมินคะแนน Glasgow Coma Score ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็วและครอบคลุม ทั้งนี้เนื่องจากการซักประวัติเป็นการทำให้พยาบาลได้ทราบอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาลและประวัติความเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้พยาบาลสามารถนำไปสู่การคัดกรองผู้ป่วยตามความรุนแรงของโรค ได้สอดคล้องกับการศึกษาของมาลี คำคง และกิตติพร เนาว์สุวรรณ (Kumkong & Nawsuwan, 2017) ศึกษาแนวทางการพัฒนาคุณภาพและความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ที่ว่าการจัดระบบการประเมินสภาพและคัดกรองผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องรวดเร็ว โรงพยาบาลส่วนใหญ่คัดกรองโดยพยาบาลวิชาชีพ เพราะการจัดผู้ป่วยแต่ละระดับความรุนแรงต้องใช้ทั้งความรู้และประสบการณ์ การตัดสินใจ การประเมินและคัดกรองต้องเริ่มทันทีที่รับผู้ป่วย และจัดลำดับความเร่งด่วนด้วยการติดสัญลักษณ์ป้ายสีตามประเภทผู้ป่วยที่เวชระเบียนและแขวนป้ายสีที่เตียงผู้ป่วยเพื่อสื่อสารให้บุคลากรในทีมทุกคน จัดลำดับการดูแลรักษาตามความเร่งด่วน ร่วมกันดูแลและเฝ้าระวังผู้ป่วยให้ปลอดภัยตลอดเวลา

การประเมินอาการและการคัดกรองผู้ป่วยเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินขั้นที่ 1 ของกระบวนการพยาบาลที่เป็นเครื่องมือให้พยาบาลสามารถนำไปวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน (National institute for emergency medicine, 2008) สำหรับพฤติกรรมบ่งชี้การคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้หลักการคัดกรองแบบ ESI ได้ถูกต้องนั้นมีความจำเป็นสำหรับพยาบาลงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก ตามมาตรฐานการประกาศคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน เรื่องหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินและมาตรฐานการปฏิบัติการฉุกเฉิน ปี 2554 ที่กำหนดว่า หน่วยปฏิบัติการและสถานพยาบาลจัดให้มีการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้รับบริการสาธารณสุขเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง ผู้ป่วยทั่วไป และผู้รับบริการสาธารณสุขอื่น (Department of medical services Ministry of Public Health, 2015) พฤติกรรมบ่งชี้ในการคัดกรองผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บในรายที่มีอาการสงสัยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด การบาดเจ็บ

จากอุบัติเหตุรุนแรง ให้ได้รับการตรวจรักษาในช่องทางด่วน ได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการประเมินและคัดกรองอย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อเข้าสู่การรักษาพยาบาลในระบบช่องทางด่วน เช่น ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือด (rt-PA) ภายใน 4.5 ชั่วโมงหลังจากมีอาการของโรค ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 30 นาทีหรือได้รับการขยายหลอดเลือดแดงที่หัวใจด้วยบอลลูนภายใน 90 นาที พร้อมกับบันทึกการประเมินสภาพและข้อมูลที่สำคัญในแบบบันทึกทางการพยาบาลเพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลที่ต่อเนื่อง ซึ่งการบันทึกทางการพยาบาลยังเป็นไปตามมาตรฐานการบริการการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในมาตรฐานที่ 8 เรื่องการบันทึกทางการพยาบาลอีกด้วย (National institute for emergency medicine, 2008)

2. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน เป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เนื่องจากผู้รับบริการของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติ ผู้ป่วยฉุกเฉินเร่งด่วน ผู้ป่วยฉุกเฉินไม่รุนแรง จากสถิติในปี 2560 พบว่ามีผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 50,393 ราย ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการปฏิบัติการพยาบาลในหลายรูปแบบ ได้แก่ การรักษาพยาบาลเบื้องต้นได้ในภาวะฉุกเฉิน การปฏิบัติการพยาบาลที่เกี่ยวกับการให้สารน้ำ เลือด และยาที่มีความเสี่ยงสูง รวมถึงการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจคุกคามชีวิตของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและสามารถแก้ไขสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่มีความยุ่งยากซับซ้อน และในบางรายอาจมีภาวะวิกฤติคุกคามต่อชีวิตที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและทำหัตถการต่าง ๆ เช่น การช่วยแพทย์ใส่ท่อช่วยหายใจทางหลอดคอ การช่วยแพทย์ใส่เครื่องกระตุ้นจังหวะหัวใจจากภายนอก เป็นต้น โดยจากสถิติผู้รับบริการในปี 2560 พบว่ามีผู้รับบริการที่ได้รับการช่วยฟื้นคืนชีพ จำนวน 223 ราย และผู้รับบริการที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจำนวน 1,050 ราย (Information technology services Buddhachinaraj Hospital, 2017) พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวและสามารถในการใช้และดูแลเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่อยู่ภายในหน่วยงาน เช่น เครื่องติดตามการทำงานของหัวใจ ซึ่งจะทำให้ทราบถึงประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจ และช่วยในการวินิจฉัยภาวะโรคหลอดเลือดหัวใจและระดับความรุนแรงได้ถูกต้องแม่นยำ และการติดตามการทำงานของหัวใจ เพื่อให้การดูแลรักษาได้ทันท่วงที จะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (Uangnakhon, Aphicharttibutra, & Chontawan, 2016)

การปฏิบัติการพยาบาลในภาวะวิกฤติและฉุกเฉินดังกล่าวยังเป็นการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินในมาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และมาตรฐานที่ 2 การตรวจและบำบัดรักษาทางการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่กำหนดว่าพยาบาลวิชาชีพ ต้องปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาการเจ็บป่วยและบาดเจ็บอย่างทันทีต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นของผู้ป่วยแก่พยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อการรักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องได้อย่างถูกต้อง (National institute for emergency medicine, 2008) สอดคล้องกับ สำนักการพยาบาลที่กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในมาตรฐานที่ 2 หัวข้อ ที่ 2.2 ว่าพยาบาลวิชาชีพต้องประเมินอาการและเฝ้าระวังสิ่งผิดปกติจากการใช้ยาได้ (National institute for emergency medicine, 2008)

3. สมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ เป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เนื่องจากขอบเขตการให้บริการของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก นอกจากจะให้บริการในสถานที่งานอุบัติเหตุและฉุกเฉินแล้ว ยังมีบริการการแพทย์ฉุกเฉินช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุ อีกด้วย จากสถิติในปี 2560 พบว่า มีการให้บริการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุจำนวน 634 ราย ซึ่งเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินพยาบาลวิชาชีพ จะต้องจัดเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอเพื่อใช้ในรถพยาบาลฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยที่เกิดเหตุฉุกเฉินมีความหลากหลายของภาวะความ

ต้องการการช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยหยุดหายใจ ผู้ป่วยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ดังนั้นการเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ และเวชภัณฑ์ให้เพียงพอ และพร้อมใช้ จึงมีความจำเป็นสำหรับพยาบาล งานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก และหลังจากได้รับแจ้งเหตุพยาบาลต้องสามารถประเมินสถานการณ์เหตุการณ์และมีความพร้อมออกปฏิบัติการได้ทันที และเมื่อไปถึงจุดเกิดเหตุพยาบาลต้องสามารถประเมินสถานการณ์ความปลอดภัย ณ จุดเกิดเหตุก่อนที่จะเข้าไปช่วยเหลือได้เพื่อความปลอดภัยของตนเองและทีมที่เข้าไปช่วยเหลือ

ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่พยาบาลต้องสามารถใช้วิทยุสื่อสารในการติดต่อและประสานงานขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้ นั้น มีความจำเป็นเนื่องจากในการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุบางกรณีจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น เช่น ขอความร่วมมือจากตำรวจในการปิดกั้นการจราจรในกรณีที่เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน ขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ไฟฟ้าในกรณีที่ต้องการแสงไฟส่องสว่างในการให้การช่วยเหลือ ขอความช่วยเหลือจากอาสาสมัครกู้ภัย เช่นในกรณีที่ต้องการอุปกรณ์ตัดถ่างเป็นต้น ส่วนพฤติกรรมบ่งชี้ที่พยาบาลต้องสามารถให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ มีความจำเป็นเนื่องจาก การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น ในผู้บาดเจ็บที่มีบาดแผลขนาดใหญ่ต้องมีการห้ามเลือดเพื่อไม่ให้เลือดออกมากจนเกิดภาวะช็อกจนหัวใจหยุดเต้น การดามอวัยวะที่สงสัยกระดูกหักเพื่อช่วยลดความเจ็บปวดและป้องกันกระดูกที่หักเสียหายไปมากกว่าเดิม จากการขยับเขยื้อน การยกเคลื่อนย้ายที่ถูกวิธีเพื่อช่วยลดการบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง การใช้เฝือกดามคอชนิดแข็งเพื่อช่วยประคองศีรษะและลดการเคลื่อนไหวของกระดูกคอ นอกจากนั้นหากผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเกิดภาวะวิกฤติ พยาบาลที่เข้าไปช่วยเหลือต้องสามารถจัดการภาวะคุกคามต่อชีวิตได้ เช่น การช่วยชีวิตขั้นสูง ช่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ให้ออกซิเจนโดยวิธีต่าง ๆ รวมทั้งระบบไหลเวียนโลหิต เช่น การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ (automated external defibrillator) ตลอดจนการบริหารยาโดยวิธีต่าง ๆ ได้ และขณะนำส่งผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลปลายทาง พยาบาลต้องสามารถประเมินอาการและให้การดูแลต่อเนื่องระหว่างนำส่ง สามารถควบคุมเวลา ณ จุดเกิดเหตุจนถึงโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ประสานการส่งต่อและรายงานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บกลับไปที่โรงพยาบาลปลายทาง เพื่อเตรียมการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง

ดังนั้นสมรรถนะด้านการช่วยเหลือ ณ จุดเกิดเหตุดังกล่าวจึงสอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ของสำนักการพยาบาล ในมาตรฐานที่ 1 การตรวจและบำบัดทางการพยาบาลบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ที่กำหนดว่า พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ต้องสามารถรวบรวมข้อมูลจากศูนย์รับแจ้งเหตุ จัดทีมออกปฏิบัติการ ประเมินสถานการณ์ความปลอดภัยของสถานที่เกิดเหตุ ประสานงานกลับมายังโรงพยาบาล รวมทั้งให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ตามความรุนแรงและแก้ไขภาวะคุกคามชีวิต เฝ้าระวังและดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจนถึงหน่วยรับบริการ (National institute for emergency medicine, 2008)

4. สมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ เป็นสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เนื่องจากพื้นที่บริการของโรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก เป็นโรงพยาบาลศูนย์ในเขตสุขภาพที่ 2 เฉพาะในจังหวัดพิษณุโลก ทั้งหมด 9 อำเภอ มีประชากรจำนวน 876,862 คน ลักษณะพื้นที่เป็นจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางคมนาคมในภาคเหนือตอนล่างและมีเส้นทางสู่อินโดจีน ทำให้มีความเสี่ยงที่อาจเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น อุบัติเหตุหมู่ อุบัติภัยจากสารเคมี ซึ่งจากสถิติปี 2560 พบว่าเกิดอุบัติภัยจากสารเคมีที่มาจากโรงน้ำแข็ง จำนวน 2 ครั้ง และมีสถานการณ์ฉุกเฉินที่เกิดสถานการณ์เด็กนักเรียนท้องเสียพร้อมกัน 40 คน จำนวน 2 ครั้ง ประกอบกับในจังหวัดพิษณุโลกมีโรงเรียนและโรงงานทั้งในจังหวัดและใกล้เคียงหลายแห่ง (Information technology services Buddhachinaraj Hospital,2017)

ในกรณีดังกล่าวพยาบาลต้องสามารถบริหารจัดการ ยา สารน้ำ และอุปกรณ์ช่วยชีวิตให้เพียงพอ บริหารจัดการทีมที่มาเสริมเพื่อจัดกลุ่มพื้นที่ และ

มอบหมายงานบุคลากรในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้เพียงพอ เหมาะสมกับสถานการณ์ โดยแม้ว่าสถานการณ์ฉุกเฉินและการเกิดภัยพิบัติจะไม่เกิดขึ้นบ่อย แต่เมื่อเกิดแล้วมักจะเกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยจำนวนมาก พยาบาลต้องมีการติดต่อประสานงานขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล เช่น ศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการ หน่วยเวชกรรมสังคม หน่วยกู้ภัย และหน่วยกู้ชีพของหน่วยงานภายนอกหรือผู้เกี่ยวข้อง เมื่อเกิดอุบัติภัยหมู่ เพื่อสอบสวนโรค สอบถามความรุนแรงของเหตุการณ์และจำนวนผู้ป่วย รวมทั้งจัดทีมหน่วยกู้ชีพไปยังจุดเกิดเหตุเพื่อคัดกรองแยกผู้ป่วยจากสถานการณ์เจ็บป่วยฉุกเฉินและภัยพิบัติ ได้อย่างรวดเร็วแม่นยำ เพื่อให้การช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสมตามลำดับความรุนแรงเร่งด่วน ก่อน-หลัง ได้

นอกจากนี้การเข้าไปช่วยเหลือในภัยพิบัติที่เกิดขึ้น เช่น กรณีเกิดเหตุสารเคมีรั่วไหลในโรงงานน้ำแข็ง ผู้เข้าไปช่วยเหลือจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ชุดป้องกันสารเคมี หน้ากากป้องกันควัน แก๊สหรือสารเคมี ถุงมือป้องการการสัมผัสสารเคมีที่อาจทำอันตรายต่อตนเองได้ (Nursing division Department of medical services Ministry of Public Health, 2008) ดังนั้น พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านการจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานการพยาบาลในสถานการณ์ฉุกเฉินและภัยพิบัติได้อย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปเป็นแนวทางในการสร้างแบบประเมินสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก

2. ผู้บริหารทางการพยาบาลสามารถนำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินไปเป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมและพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรในหน่วยงาน

3. พยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน สามารถนำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองให้มีสมรรถนะเหมาะสมตามตำแหน่งหน้าที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. นำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะทางการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล พุทธชินราช พิษณุโลก

2. นำกรอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ไปศึกษาวิจัยต่อให้ครบ 7 ขั้นตอนการพัฒนากรอบสมรรถนะของ มาร์เรลลี่ และคณะ (Marrelli et al., 2005)

3. นำกระบวนการพัฒนากรอบสมรรถนะของมาร์เรลลี่ และคณะ (Marrelli et al., 2005) ไปศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยงานอื่น

References

Accident and Emergency Department Buddhachinaraj Hospital. (2017). *Statistical yearbook.* Phitsanulok: Buddhachinaraj Hospital Provincial Health Office, Ministry of Public Health. (in Thai)

Akaraborworn, C. (2006). *Build man and competency*. Bangkok: K pon printing.

Chetawan, S. (2010). *Development of a competency framework for professional nurse-midwives in the labor unit, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital* (Unpublished Independent study, Master of Nursing Science). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2015), *Guideline for diagnosis and treatment of acute ischemic heart disease* (revised edition). Nonthaburi: Institute of Medical Research and Technology Assessment.

Information Technology Services Buddhachinaraj Hospital. (2017). *Statistical yearbook 2017*. Phitsanulok: Buddhachinaraj Hospital Provincial Health Office, Ministry of Public Health.

Khernphet, W. (2012). *Development of a competency framework of professional nurses in the emergency department, Chiang Dao Hospital, Chiang Mai Province* (Unpublished Independent study, Master of nursing science). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)

Kumkong, M., & Nawsuwan, K. (2017). Guideline for developing quality and safety in caring for patients with accident and emergency. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, *11*(3), 30-42.

Marrelli, A. F., Tondora, J., & Hoge, M. F. (2005). Strategies for developing competency model. *Administration and Policy in Mental Health*, *32*(5), 533-561.

National Institute for Emergency Medicine. (2008). *Act of emergency medicine 2551*. Bangkok: LT Press.

Nursing Division, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2008). *The standard of nursing care in hospital* (3rd ed.). Nonthaburi: The Printing of War Veterans Organization.

Phethan, T. (2011). *Development of a competency framework of professional nurses in perioperative department, Lampang cancer center* (Unpublished Independent study, Master of Nursing Science). Chiang Mai University, Thailand.

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: Are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, *29*(1), 489-497.

Puengwongsanuruk, O. (1997). *Factor competencies of emergency department nurses, governmental hospital* (Unpublished master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand.

Sanprasan, P. (2006). *The way to the best nursing practice*. Bangkok: Sukhumvit printing.

Thippreecha, D. (2005). *Potential ability in human resource management of nurse*. Bangkok: P. A. Living.

Uangnakhon, M., Aphicharttibutra, K., & Chontawan, R. (2016). Development of competency framework for Registered Nurses, Surgical Intensive Care Unit, *Nursing Journal, 43*(special), 129-139.

Yosbuaphit, E. (2011). *Development of a competency framework for professional nurses in the Emergency Department, Wiangpapao Hospital, Chiang Rai Province* (Unpublished Independent study, Master of Nursing Science). Chiang Mai University, Thailand.

ผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์

Effect of a Breast Self-examination Promotion Program on Breast Self-examination Skills and Breast Self-care Behavior Among Risk Groups in Lomsak District, Phetchabun Province

ศรัญญา งามนิมิตร* Saranya Ngamnimit*

ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์** Chuleekorn Danyuthasilpe**

อนามัย นาอุดม*** Anamai Na-udom***

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ ระยะเวลาวิจัย 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม และ 2) แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Repeated Measures ANOVA ทดสอบค่า Independent t-test และสถิติ ANCOVA

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสามารถส่งเสริมทั้งทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงให้ดีขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สตรีกลุ่มเสี่ยง

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ e-mail: Saranyan62@nu.ac.th

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

*** รองศาสตราจารย์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่รับบทความ 6 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 11 ธันวาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 14 ธันวาคม 2564

Abstract

The purpose of this quasi-experimental study was to compare the effect of a breast self-examination promotion program on breast self-examination skills and breast self-care behavior among women who were at risk of breast cancer. The women were randomly assigned to control and intervention groups. The intervention group of 30 women received a breast self-examination promotion program based on the Pender's health Promotion Model and the 30 women in the control group were provided with routine care from the district health promotion hospital. Data collection took 12 weeks, and the data collection instruments included information on: 1) breast self-care behavior and 2) breast self-examination skills. Data were analyzed using descriptive statistics, Repeated Measures ANOVA, Independent t-test and ANCOVA.

The study results were as follows:

1. The mean scores for breast self-examination skills and breast self-care behavior for the intervention group at the 8th and 12th weeks were statistically significantly higher than the mean scores gained before the intervention ($p < .001$).

2. The mean scores for breast self-examination skills and breast self-care behavior of the intervention group at the 8th and 12th weeks were statistically significantly higher than the mean scores of the control group ($p < .001$).

These results indicate that the breast self-examination promotion program achieved its purpose in helping to improve both the breast self-examination skills and the breast self-care behavior of women who were at risk of breast cancer.

Keywords: Promoting breast self-examination program, Breast self-care behavior, Breast self-examination skills, Women at risk

* Corresponding Author, Registered Nurse, Phetchabun Provincial Public Health office; e-mail: Saranyan62@nu.ac.th

** Associate Professor, Faculty of Nursing, Naresuan University

*** Associate Professor, Faculty of Science, Naresuan University

Received 6 November 2021; Revised 11 December 2021; Accepted 14 December 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเต้านมเป็นปัญหาที่สำคัญต่อสุขภาพสตรีทั่วโลก จากสถิติเกี่ยวกับโรคมะเร็งปี 2018 ทั่วโลกมีจำนวนผู้ป่วยโรคมะเร็งทั้งหมด 18 ล้านคน เป็นเพศชาย 9.5 ล้านคน และเพศหญิง 8.5 ล้านคน (World Cancer Research Found, 2018) และในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งรายใหม่ในปี 2018 (ไม่รวมการวินิจฉัยมะเร็งผิวหนังชนิด no-melanoma) จำนวน 8,218,216 คน พบอุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมสูงที่สุด คือ ร้อยละ 25.4 อันดับที่ 2 คือ มะเร็งลำไส้ใหญ่ ร้อยละ 9.7 และอันดับที่ 3 คือ มะเร็งปอด ร้อยละ 8.8 (World Cancer Research Found, 2018) ประเทศไทย จากข้อมูลทะเบียนมะเร็ง ปี พ.ศ.2561 พบอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม ร้อยละ 40.8 รองลงมา คือ มะเร็ง ปากมดลูก ร้อยละ 14.2 และมะเร็งลำไส้ ร้อยละ 11.1 (National Cancer Institute, 2019) และจากข้อมูล ปีพ.ศ.2556–2560 อัตราตายของสตรีจากโรคมะเร็งเต้านมต่อแสนประชากรเท่ากับ 9.88, 10.46, 11.34, 12.38 และ 12.56 ตามลำดับ (Health Information System Development Office, 2017)

มะเร็งเต้านม เป็นโรคที่สามารถตรวจพบได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกก่อนที่ผู้ป่วยจะมีอาการ ซึ่งการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (breast self-examination) เป็นวิธีการที่จะช่วยให้ตรวจพบมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกได้มากที่สุด (Leon-Rodriguez, Molina-Calzada, Rivera-Franco, & Campos-Castro, 2017) สตรีส่วนใหญ่ที่ตรวจพบมะเร็งในระยะเริ่มแรกมักพบได้จากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (Zejda & Kaleta, 2020) และสตรีที่มีญาติสายตรงลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งเต้านม เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าสตรีทั่วไป 1.75 เท่า (Sun et al, 2017) การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ทำให้สตรีคุ้นเคยกับลักษณะต่างๆเกี่ยวกับเต้านมตนเอง หากพบการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติจะได้เข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (National Cancer Institute, 2019) ช่วยเพิ่มอัตราการรอดชีวิตของผู้ป่วยสูงกว่าสตรีที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ (Urairekkun, 2016) นอกจากนี้ผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การตรวจเต้านมด้วยตนเองและการตรวจโดยบุคลากรทางการแพทย์ เป็นวิธีการหลักในการคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยเนื่องจากสตรีส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงการคัดกรองด้วยแมมโมแกรมและอัลตราซาวด์ได้ (Pongthavornkamol, Watthayu, & Khuhaprema, 2019) และจากการศึกษาความชุกของสตรีก่อนวัยหมดประจำเดือน พบว่าร้อยละ 40.7 ของสตรีเคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง และร้อยละ59.3 ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง สาเหตุของการไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเองมากที่สุด คือ ไม่ทราบวิธีการตรวจ ร้อยละ 65 (Thotong et al., 2019)

จังหวัดเพชรบูรณ์พบอัตราป่วยด้วยมะเร็งเต้านมสูงกว่าข้อมูลอัตราป่วยด้วยมะเร็งเต้านมระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 2 โดยอำเภอหล่มสักพบอัตราป่วยด้วยมะเร็งเต้านมสูงสุด โดยพบว่า พ.ศ. 2560–2562 มีอัตราป่วยมะเร็งเต้านมต่อพันประชากร เท่ากับ 3.95, 3.90 และ 3.81 ตามลำดับ และพบอัตราการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในอำเภอหล่มสัก ในปี พ.ศ.2560-2562 ร้อยละ 6.86, 25.01 และ 26.23 ตามลำดับ (Health data center, 2520) จากข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดของโรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ปีพ.ศ.2562 พบว่า เป็นผู้ป่วยอำเภอหล่มสักทั้งหมด 21 คน เป็นมะเร็งระยะที่ 1 ร้อยละ 9.52 ระยะที่ 2 ร้อยละ 42.86 และระยะที่ 3-4 ร้อยละ 47.62 (Phetchabun Hospital, 2019) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า หากสตรีกลุ่มเสี่ยงได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จะช่วยให้สตรีตระหนักถึงความสำคัญและสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถค้นพบความผิดปกติของเต้านมและเข้าสู่ระบบการรักษาได้รวดเร็ว และมีผลให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านมลดลง

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่า มีการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในสตรีกลุ่มเสี่ยงเพื่อตรวจเต้านมด้วยตนเองค่อนข้างน้อย และส่วนใหญ่จะเน้นเรื่องการรับรู้

สมรรถนะแห่งตน (Vanwong, Thanasilp, & Navicharern, 2015) การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค (Puttong, 2014) อีกทั้งผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยด้านเทคโนโลยีสามารถทำนายพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีชาวเขา จังหวัดเพชรบูรณ์ได้สูงสุด (Pongsuwan, Danyuthasilpe, & Tangkawanich, 2017) และการศึกษาของคะนึงนิจ พงศ์ถาวรกมล และคณะ (Pongthavornkamol et al., 2019) ได้ให้ข้อเสนอแนะการจัดบริการสุขภาพเกี่ยวกับการให้ความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองว่า ควรเพิ่มช่องทางประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น ผ่านอินเตอร์เน็ต Mobile application เป็นต้น ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงประยุกต์ใช้แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงโดยใช้องค์ประกอบในด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะต่อพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคลและอิทธิพลด้านสถานการณ์ และนำแอปพลิเคชั่นไลน์มาช่วยกระตุ้นการเรียนรู้และปรับพฤติกรรม เพื่อส่งเสริมให้สตรีในกลุ่มเสี่ยงมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และกลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม

4. หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์, เมอร์ด็อก, และพาร์สันส์ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015) พบว่า ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดเฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-specific cognitions and affect) เป็นตัวแปรที่มีผลการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลด้านสถานการณ์ ผู้วิจัยจึงประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2015) ในการจัดทำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยโปรแกรมนี้จะช่วยส่งเสริมปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และนำไปสู่การมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุภาพเต้านมที่ดีขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบเกี่ยวกับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในศึกษาครั้งนี้ คือ สตรีกลุ่มเสี่ยงในเขตพื้นที่อำเภอหล่มสัก จังหวัดเพชรบูรณ์ ณ เดือนตุลาคม พ.ศ.2563 มีจำนวนทั้งหมด 415 คน อายุ 20-55 ปี ที่มีญาติสายตรงลำดับที่ 1 เป็นมะเร็งเต้านม

กลุ่มตัวอย่าง ได้จากการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับฉลากเลือกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นกลุ่มทดลอง 2 แห่ง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากดุก และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปากช่อง) เป็นกลุ่มควบคุม 2 แห่ง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านติ้ว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฝายนาแซง) จากทั้งหมด 32 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยจับฉลากตามรายชื่อในกลุ่มทดลอง 30 คน (แห่งละ 15 คน) และในกลุ่มควบคุม 30 คน (แห่งละ 15 คน) โดยกำหนดคุณลักษณะของประชากรตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) เพศหญิงอายุระหว่าง 20–55 ปี 2) ไม่มีประวัติเป็นมะเร็งเต้านม 3) เป็นผู้ที่มีโทรศัพท์มือถือที่เป็นสมาร์ทโฟน และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยโดยสมัครใจ สำหรับเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) มีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ 2) เข้าร่วมวิจัยไม่ครบทุกขั้นตอน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*power โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 และเป็นการทดสอบแบบทางเดียว ทบทวนงานวิจัยของสรารัตน์ ตระกูลรัมย์ และจารุวรรณ ไตรทิพย์สมบัติ (Trakulram & Tritipsombut, 2018) ได้ขนาดอิทธิพล (Effect size) d=0.91 ให้อำนาจในการทดสอบ 1-β=.90 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 27 คนต่อกลุ่ม และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างดำเนินการวิจัยจึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นกลุ่มควบคุม 30 คน และกลุ่มทดลอง 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน รายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2015) มี 5 กิจกรรมระยะเวลา 12 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมการจัดการอุปสรรคและความชื่นชอบอื่นของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมการตรวจเต้านมโดยผู้วิจัย (อิทธิพลระหว่างบุคคล) และกิจกรรมการกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองด้วยแอปพลิเคชั่นไลน์ (อิทธิพลด้านสถานการณ์)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ การแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 91-120 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมอยู่ในระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ย 61-90 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 30-60 หมายถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมอยู่ในระดับต่ำ มีค่า CVI เท่ากับ 0.94 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยทดลองใช้แบบสอบถามกับสตรีกลุ่มเสี่ยงที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.77

2.3 แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกรมอนามัย (Department of Health, 2018) มีทั้งหมด 9 ข้อ ปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน การแปลผลเป็น 3 ระดับ คือ ค่าคะแนนเฉลี่ย 6.00-9.00 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง

ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.00-5.99 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และค่าคะแนนเฉลี่ย 0.00-2.99 หมายถึง ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ มีค่า CVI เท่ากับ 1.00 และหาค่าความเท่าเทียมกันของผู้สังเกต(Inter-rater reliability) โดยใช้ผู้สังเกต 2 คน ประเมินทักษะกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน ได้ค่าความเท่าเทียมกันของผู้สังเกต เท่ากับ 0.86

3. เครื่องมือกำกับการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

3.2 แบบบันทึกการกระตุ้นและติดตามทางแอปพลิเคชั่นไลน์

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยนำโครงการเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยนเรศวร หมายเลขโครงการ IRB No. P3-0146/2563 ภายหลังได้รับอนุญาตการทำวิจัยจากคณะกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยดำเนินการแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างครบถ้วนจนอาสาสมัครเข้าใจและตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ไม่มีการบันทึกชื่อหรือข้อมูลที่ทำให้สืบค้นถึงตัวอาสาสมัครได้ และการนำข้อมูลไปใช้เผยแพร่นำเสนอเป็นภาพรวม หลังสิ้นสุดการทดลองกลุ่มควบคุมจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือจากมหาวิทยาลัยนเรศวรมอบให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการ และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 2 คน ซึ่งมีบทบาทช่วยอำนวยความสะดวกในการดำเนินกิจกรรม และนัดหมายชี้แจงรายละเอียดของงานวิจัย หลังจากนั้นจึงให้แบบอธิบายโครงการและแบบเซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งนัดวัน เวลา และสถานที่ดำเนินกิจกรรม กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยดำเนินกิจกรรมแยกกันครั้งละ 1 แห่ง รายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง โดยเก็บข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม เก็บข้อมูลแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งประเมินโดยผู้วิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยการสอนบรรยายประกอบสไลด์ กิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจัดกิจกรรมกลุ่มเน้นการฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมการตรวจเต้านมโดยผู้วิจัยทำการตรวจเต้านมให้กับสตรีในกลุ่มทดลอง 1 ครั้ง และให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล หลังจากนั้นดึงสมาชิกเข้ากลุ่มแอปพลิเคชั่นไลน์พร้อมแจ้งรายละเอียดของกิจกรรมที่ดำเนินการผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์

สัปดาห์ที่ 2, 3, 5, 6 และ 7 ทำกิจกรรมกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเองด้วยแอปพลิเคชั่นไลน์ โดยส่งข้อความและคลิปวิดีโอที่ 1, 2, 3 และ 4 ให้กลุ่มทดลองเพื่อกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมและทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยส่งคลิปวิดีโอความยาว 3-4 นาที ครั้งละ 1 คลิป ทุกวัศุกร์ เวลา 18.00 น. ผ่านทางกลุ่มไลน์รักษ์นมปากดุกและกลุ่มไลน์รักษ์นมปากช่อง ให้กลุ่มตัวอย่างประเมินประโยชน์ที่ได้รับจากการดูคลิปวิดีโอแต่ละคลิป โดยกดพิมพ์ 5, 4, 3, 2 ,1 หากได้รับประโยชน์มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด และติดตามสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์ในสัปดาห์ที่ 7

สัปดาห์ที่ 4 ดำเนินกิจกรรมการจัดการอุปสรรคและความชื่นชอบอื่นของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดำเนินการในรูปแบบกิจกรรมกลุ่มโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ให้สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันค้นหาปัญหาและอุปสรรคของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จัดการอุปสรรคและความชื่นชอบอื่นที่ขัดขวางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเขียนลงบนกระดาษฟลิปชาร์ท หลังจากนั้นให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอเพื่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่ม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ทำการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพเต้านม และผู้วิจัยประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองเป็นราบุคคล ใช้เวลา 1.5 ชั่วโมง

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ และรายละเอียดของการดำเนินการวิจัย และเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในสัปดาห์ที่ 1 แล้วจึงให้คำแนะนำตามปกติ และนัดพบเพื่อเก็บข้อมูลในสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8 และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ใช้สถิติ Repeated Measures ANOVA

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการการดูแลสุขภาพเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ ANCOVA เนื่องจากทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงเป็นปัจจัยร่วม (Covariate) (Dagne, Ayele, & Assefa, 2019)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน โดยกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 41.77 ปี และกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 45.47 ปี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 86.67 และร้อยละ 76.66 ตามลำดับ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง คิดเป็นร้อยละ 90 และร้อยละ 80 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบค่าคะแนนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มทดลองด้วยสถิติ One-way Repeated Measures ANOVA พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 2 ครั้งของการวัดผล ($F=115.563$, $df = 1.166$, $p<.001$) ทำการเปรียบเทียบเป็นรายคู่ด้วยวิธีทดสอบ Bonferroni พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลอง หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

3. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมในกลุ่มทดลอง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ด้วยสถิติ One-way Repeated Measures ANOVA พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างกันอย่างน้อย 2 ครั้งของการวัดผล ($F = 111.002$, $df = 1.629$, $p<.001$) ทำการเปรียบเทียบผลเป็นรายคู่ด้วยวิธีทดสอบ Bonferroni พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$)

4. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t สัปดาห์ที่ 8=7.557, $df=58$, $p<.001$ และ t สัปดาห์ที่ 12=7.757, $df=58$, $p<.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent t-test (n=60)

ปัจจัย	กลุ่มทดลอง $\bar{x}$ (S.D.)	กลุ่มควบคุม $\bar{x}$ (S.D.)	t	df	p-value
ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง					
ก่อนการทดลอง	2.80 (2.00)	2.07 (1.33)	1.666	58	.101
สัปดาห์ที่ 8	7.00 (1.55)	3.60 (1.90)	7.557	58	<.001*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	7.00 (1.48)	3.67 (1.82)	7.757	58	<.001*

*p<.001

5. เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 ด้วยสถิติ ANCOVA พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Fสัปดาห์ที่ 8 =39.13, df=1, p<.001, และ Fสัปดาห์ที่ 12=27.44, df=1, p<.001 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลเปรียบเทียบความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ ANCOVA (n=60)

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ก่อนการทดลอง	1	355.572	355.752	3.790	.056
สัปดาห์ที่ 8	1	2769.950	2769.950	39.129	<.001*
หลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12	1	2718.299	2718.299	27.440	<.001*

*p<.001, SS=Sum of Squares, MS=Mean Square

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษา ผู้วิจัยอภิปรายผลโดย แบ่งเป็น 2 ประเด็นหลัก ได้แก่ ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม รายละเอียดดังนี้

1. ด้านทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2015) มีผลให้ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองดีขึ้นอย่างมาก

จากกรอบแนวคิดของเพนเดอร์อธิบายได้ว่า เมื่อสตรีรับรู้ถึงประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลต่อการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และเมื่อสตรีได้รับการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ช่วยให้สตรีเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ และช่วยลดการรับรู้อุปสรรคที่ขัดขวางการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลนั้น มีผลกระตุ้นให้สตรีเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ และอิทธิพลด้านสถานการณ์มีผลทั้งโดยตรงและ โดยอ้อมที่ส่งผลให้สตรีมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้น ทั้งนี้ โปรแกรมส่งเสริมการตรวจ เต้านมด้วยตนเองมีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์ของโรคมะเร็งเต้านม ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง วิธีการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง และมีการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการ

ตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านฐานการเรียนรู้ฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ทำให้สตรีในกลุ่มทดลองได้ฝึกปฏิบัติ จนเกิดความมั่นใจในความสามารถของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง นอกจากนี้ ยังได้รับคำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้วิจัยโดยการตรวจเต้านม อีกทั้งได้รับการติดตามการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยแอพลิเคชั่นไลน์ ผ่านคลิปวิดีที่ 4 ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นอิทธิพลในด้านสถานการณ์ ช่วยให้สตรีในกลุ่มทดลองได้ทบทวนทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของนันทนา คงพัฒนานนท์, ปัญญรัตน์ ลาภวงศ์วัฒนา, และณัฐกมล ชาญสาธิตพร (Khongpatthananon, Lapvongwatana, & Chansatitporn, 2020) ศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะแห่งตนกับการฝึกอบรมแบบสอนแนะ พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองกลุ่มทดลองหลังการทดลองและระยะติดตามสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณภา ปาณาราช, กนกพร หมู่พยัคฆ์, และปนัดดา ปริยทฤฆ (Panarat, Moopayak, & Priyatruk, 2014) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรีวัยรุ่น พบว่า หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) แสดงว่าการที่กลุ่มทดลองมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้นนั้นเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ได้รับ ส่งผลให้สตรีกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติจากหน่วยบริการ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่าหลังได้รับโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการตรวจเต้านมสูงกว่ากลุ่มควบคุม (Panarat et al, 2014)

2. ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีกลุ่มเสี่ยงในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ทั้งนี้เนื่องจากในโปรแกรมมีกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ช่วยให้สตรีในกลุ่มทดลองได้เห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเต้านม หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ทั้งการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ และสอนวิธีการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ช่วยกระตุ้นเตือนให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ

จากแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ อธิบายได้ว่า เมื่อสตรีได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมและส่งผลถึงความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ จะเห็นได้จากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 12 ยังคงอยู่ในระดับสูง และกิจกรรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เน้นฝึกทักษะการตรวจเต้านมด้วยการดูและการคลำ ช่วยให้สตรีกลุ่มทดลองเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและช่วยให้การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมลดลง และมีการจัดการอุปสรรคและความชื่นชอบอื่นของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยให้กลุ่มทดลองค้นหาอุปสรรคของตนเองในการ ดูแลสุขภาพเต้านม และจัดการแก้ปัญหากับความต้องการและความชื่นชองอื่นที่ขัดขวางการปฏิบัติ ช่วยให้สตรีในกลุ่มทดลองได้เรียนรู้วิธีการจัดการอุปสรรคที่เหมาะสม และเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาวิจัยของ ณัฐณิชา แหวนวงศ์ และคณะ (Vanwong et al., 2015) ที่ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม ในสตรีกลุ่มแม่บ้านทำความสะอาด ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลองพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และการศึกษาของเสาวลักษณ์ พุฒทอง (Puttong, 2014) ศึกษาเกี่ยวกับผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้เว็บช่วยสอนต่อพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมของนักเรียนอาชีวศึกษา ภายหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ พบว่า พฤติกรรมกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านม

ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

หลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ส่งผลให้คะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ เต้านมของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับคำแนะนำตามปกติที่หน่วยบริการจัดให้ ทั้งนี้ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมต่างๆตามโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และได้รับการกระตุ้นโดยส่งคลิปวิดีโอให้ดูผ่านแอปพลิเคชั่นไลน์ ซึ่งเป็นอิทธิพลในด้านสถานการณ์ที่มีผลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการเกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านม โดยในคลิปที่ 1 มีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์โรคมะเร็งเต้านมและลักษณะอาการของโรคมะเร็งเต้านม ในคลิปที่ 2 มีเนื้อหาเกี่ยวกับความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และคลิปที่ 3 มีเนื้อหาเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมและวิธีจัดการปัจจัยเสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ช่วยให้สตรีในกลุ่มทดลองได้ทบทวนความรู้อย่างต่อเนื่อง มีผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพเต้านมของสตรีในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ที่ 8 และสัปดาห์ที่ 12 สูงกว่ากลุ่มควบคุม สอดคล้องกับผลการวิจัยของณัฐณิชา แหวน-วงศ์ และคณะ (Vanwong et al., 2015) พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งเต้านมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของเออซิน และบาฮาร์ (Ersin & Bahar, 2017) ศึกษาผลของกิจกรรมการพยาบาลที่ประยุกต์ใช้แบบจำลองส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการค้นหามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกในระยะเริ่มแรกของสตรีพบว่า พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.05)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลการศึกษาครั้งนี้ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในชุมชน สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองไปใช้ โดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ในการกระตุ้นการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมให้กับสตรีในชุมชนทั้งสตรีกลุ่มเสี่ยงและสตรีทั่วไป

2. ผู้บริหารหน่วยงานของสถานบริการสุขภาพสามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการวางแผนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของสตรีเพื่อป้องกันโรคมะเร็งเต้านมหรือมะเร็งชนิดอื่นๆ และสามารถนำไปพัฒนาต่อให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น การใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ ให้เข้ากับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อ ทำให้ประชาชนสามารถได้รับการส่งเสริมสุขภาพได้ถึงแม้จะอยู่ที่บ้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาโปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสตรีกลุ่มอื่น เช่น สตรีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปากมดลูก โดยมีรูปแบบการสอนผ่านการจัดทำเป็นคลิปวิดีโอโดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์เป็นกิจกรรมหลักในการให้ความรู้และการกระตุ้นติดตาม

References

Dagne, A. H., Ayele, A. D., & Assefa, E. M. (2019). Assessment of breast self-examination practice and associated factors among female workers in Debre Tabor Town Public Health Facilities, North West Ethiopia, 2018: Cross- sectional study. *PloS one, 14 (*8), e0221356. doi:10.137/journal.pone.0221356

Department of Health (2018). *The evaluation of breast self-examination behavior among Thai female under the project royal grandmother's initiative against breast cancer.* Bangkok: Author. (in Thai)

Ersin, F., & Bahar, Z. (2017). Effects of nursing interventions planned with the health promotion models on the breast and cervical cancer early detection behaviors of the women. *International Journal of Caring Sciences, 10*(1), 421-435.

Health Data Center. (2020). *Data report for service plan of Cancer.* Retrieved from http://hdcservice.moph.go.th

Health Information System Development Office. (2017). *Crude death rate from breast cancer.* Retrieved from https://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Index.php?links=v236

Khongpatthananon, N., Lapvongwatana, P., & Chansatitporn, N. (2020). The effects of self-efficacy development program with a coaching technique training on prevention behavior breast cancer care and surveillance skills of public health volunteers. *Journal of Health and Nursing Research, 36*(1), 112-122. (in Thai)

Leon-Rodriguez, E., Molina-Calzada, C., Rivera-Franco, M. M., & Campos-Castro, A. (2017). Breast self-exam and patient interval associate with advanced breast cancer and treatment delay in Mexican women. *Clinical & Translational Oncology, 19*(10), 1276–1282. doi:10.1007/s12094-017-1666-6

National Cancer Institute. (2019). *Hospital-based cancer registry 2018.* Bangkok: New Thammada press (Thailand). (in Thai)

Panarat, W., Moopayak, K., & Priyatruk, P. (2014). The effect of a self-efficacy promoting program on breast self-examination behavior among adolescent girls. *Journal of Nursing Science, 32*(3), 52-63. (in Thai)

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Health promotion in nursing practice (7th ed.).* South Corolina: Pearson Education.

Phetchabun Hospital. (2019). *Hospital-based cancer.* Retrieved from http://tcb.nci.go.th/CWEB/cbebBase.do?mode=initialApplication

Pongsuwan, N., Danyuthasilpe, C., & Tangkawanich, T. (2017). Factors predicting breast self-examination behavior among Hill Tribe women in Phetchabun Province. *Journal of Nursing and Health Sciences, 11*(1), 7-19. (in Thai)

Pongthavornkamol, K., Watthayu, N., & Khuhaprema, T. (2019). Breast cancer prevention and screening system in Thailand in health practitioners' perspectives. *Thai Cancer Journal*, *36*(3), 77-91. (in Thai)

Puttong, S. (2014). *The effect of web based instruction health promoting program on breast cancer preventive behavior in female vocational students* (Unpublished master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)

Sun, Y. S., Zhao, Z., Yang, Z. N., Xu, F., Lu, H. J., Zhu, Z. Y., ... Zhu, H. P. (2017). Risk factors and preventions of breast cancer. *International Journal of Biological Sciences, 13*(11), 1387–1397. doi:10.7150/ijbs.21635

Thotong, R., Somharnwong, S., Sangrajrang, S., Pichainarong, N., Sativipawee, P., Pitikultang, S., & Chaveepojnkamjorn, W. (2019). Factors related to breast self- examination practices among premenopausal women. *Thai Cancer Journal, 39*(1), 16-27. (in Thai)

Trakulram, S., & Tritipsombut, J. (2019). Effect of promoting breast self-examination program on women in Hindat Sub-district, Dankhunthot District, Nakhon Ratchasima province. *Journal of Council of Community-public Health, 1*(1), 41-52. (in Thai)

Urairekkun, C. (2016). *The effectiveness of regular breast self-examination combined with BSE record handbook utilization in early detection of breast cancer in Thailand: A cohort study*. Ratchaburi: Department of Health. (in Thai)

Vanwong, N., Thanasilp, S., & Navicharern, R. (2012). The effect of promoting self- efficacy program on preventive breast cancer behavior of female cleaning personnel. *Songklanagarind Journal of Nursing, 35*(1), 21-36. (in Thai)

World Cancer Research Found. (2018). *Global cancer statistics for the most common cancers.* Retrieved from https://www.wcrf.org/dietandcancer/cancer-trends/worldwide-cancer data

Zejda, J. E., & Kaleta, A. (2020). Modes of early detection of breast cancer in Katowice Region, Poland. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(8), 2-7. doi:10.3390/ijerph17082642

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*

The Development of Community Strengthening Model to Prevent Road Traffic Accidents in Ban Ped Sub-district, Mueang District, Khon Kaen Province*

ปิยนุช	ภิญโย	Piyanuch	Phinyo*
กิตติภูมิ	ภิญโย	Kittiphoom	Phinyo**
กล้วยไม้	ธิพรพรรณ	Klauymai	Thipornphan***
ประภัสศรี	ชาวงษ์	Prapatsri	Shawong****

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน 2) พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และ 3) ประเมินผลการดำเนินงานในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน พื้นที่ชุมชนบ้านเป็ด 4 หมู่ ผู้ร่วมวิจัยได้แก่ ทีมขับเคลื่อน 60 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม.ทั้ง 4 หมู่ และชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนจากเทศบาลตำบลบ้านเป็ด ตัวแทนจากรพ.สต.บ้านเป็ด ผู้บริหารโรงเรียนประถมศึกษาและมัธยมศึกษา และตำรวจจากสถานีตำรวจภูธรบ้านเป็ด และทีมปฏิบัติการ 64 คน ประกอบด้วย เด็กและเยาวชน ซึ่งเป็นนักเรียนระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาจากโรงเรียนในพื้นที่ เครื่องมือวิจัยได้แก่ 1) แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุ 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการขับขี่ โดยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการขับขี่เท่ากับ .70, .86 และ .76 ตามลำดับ กระบวนการดำเนินการวิจัย ดำเนินการ 4 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา 2) วางแผนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 3) ดำเนินงาน และ 4) ประเมินผลการดำเนินงาน โดยทีมขับเคลื่อนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนน เกิดจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 79.59 อายุอยู่ในช่วง 10-29 ปี ร้อยละ 80.49 ไม่สวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 82.8 ความรู้ ในการขับขี่ อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.9 ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.6 และพฤติกรรม อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0

2. รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มี 5 องค์ประกอบคือ 1) การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน 2) การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ 3) การประชุมจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน 4) การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และ 5) การแจ้ง-เหตุหรือรายงานข่าวอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

**ผู้เขียนหลัก อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น e mail: kittiphoom@kku.ac.th

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

****นักวิชาการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

วันที่รับบทความ 4 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 1 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 9 มีนาคม 2565

3. การประเมินผลการดำเนินงาน พบว่า 1) ภายหลังเข้าร่วมโครงการ การสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 82.8 2) ความรู้ เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ เป็นระดับสูง ร้อยละ 76.6 ทัศนคติ เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ เป็นระดับสูง ร้อยละ 82.2 และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มขึ้น จากระดับต่ำ เป็นระดับปานกลางร้อยละ 54.7 และ 3) อัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนลดลง จากร้อยละ 0.14 เป็น 0.03

จากผลศึกษาครั้งนี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรขยายพื้นที่ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเป็นระดับตำบล

คำสำคัญ ความเข้มแข็งของชุมชน อุบัติเหตุทางถนน การป้องกัน

Abstract

The objectives of this community-based participatory action research were 1) to study the situation of road accidents; 2) to develop a community strengthening model for the prevention of road accidents; and 3)to evaluate the results of the operation's community strengthening to prevent road traffic accidents at Ban Ped Community (4 communities). The driving team consisted of 60 people, including the community leader, village health volunteers, Senior Club members, Local Authority Organization staff, Tambon Health Promoting Hospital staff, Elementary School and Secondary School staff and the police staff; the operating team consisted of 64 people, including children and youths from the elementary and secondary schools. The research tools included 1) a road accident record form; 2) group discussion guidelines; and 3) a questionnaire on knowledge, attitudes, and riding behavior. The tools' content validity was checked by three experts and their reliabilities were .70, .86, and .76, respectively. The study was conducted in four steps, and the driving team participated in all of these steps: 1) analyzing the problem situation; 2) planning to prevent road accidents; 3) carrying out the operation; and 4) evaluating the operation. The quantitative data was analyzed using descriptive statistics, and the qualitative data was analyzed using content analysis.

The research results were as follows:

1. According to the situation of road accidents, it was found that 79.59% of road accidents were caused by motorcycles. In addition, 80.49% of riders having road accidents were between 10-29 years, and 82.8% of them did not wear a helmet. Moreover, 96.9% of them had a low level of riding knowledge, while 76.6% had a low level of attitude, and 50.0% had a low level of riding behavior.

2. The community strengthening model for the prevention of road accidents consisted of 5 components: 1) Creating a mechanism to drive the prevention of road accidents in the community; 2) developing the accident information system; 3) meeting to prepare road accident prevention plans; 4) capacity-building to prevent road accidents; and 5) reporting or reporting on road accidents.

* Registered Nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen.

** Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Khon Kaen University;

e mail: kittiphoom@kku.ac.th

***Registered Nurse, Professional Level, Khon Kaen, Hospital.

**** Educator, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen.

Received 4 January 2022; Revised 1 March 2022; Accepted 9 March 2022

3. The results of the operation's evaluation were as follows. After participating in the project, 1) helmet wearing increased to 82.8%; 2) knowledge increased from a low level to a high level (76.6%); attitude increased from a low level to a high level (82.2%); and riding behavior to prevent road accidents increased from a low level to a moderate level (54.7%); and 3) the rate of road accidents decreased from 0.14% to 0.03%.

From the results of this study, it is recommended that this model should be expanded and applied to all communities in the sub-district.

Keywords: Community strengthening, Road accidents, Prevention

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) ยืนยันว่ามีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนราว 1.35 ล้านคนทั่วโลก ในปี 2558 ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนต่อจำนวนประชากร 100,000 คน สูงที่สุดเป็นอันดับสองของโลก และเป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาคเอเชีย ซึ่งในภาพรวมค่าเสียหายจากอุบัติเหตุทั้งหมด มากกว่า 4.75 แสนล้านบาท (Road Safety Administration Center, 2019)

จากการศึกษาสถิติผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนน 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2555-2561) พบว่ามีผู้เสียชีวิตจากการขับขี่รถจักรยานยนต์มากที่สุด ร้อยละ 66.7 เฉลี่ย 5,754 คนต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 15 คน (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016A) และการศึกษาระดับความรุนแรงของผลการเกิดอุบัติเหตุจราจรจากการได้รับอุบัติเหตุจราจรทางถนนของประชาชนไทย โดยติดตามผู้ที่บาดเจ็บรุนแรงเป็นระยะเวลา 6-18 เดือน ของศูนย์ฟื้นฟูสิรินธร (Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute, 2013) พบว่า ประชาชนมีการสวมหมวกนิรภัยเพียง ร้อยละ 20-40 และผู้บาดเจ็บที่รุนแรงแต่ไม่ถึงแก่ชีวิตจำนวน 24,354 รายกลายเป็นผู้พิการที่ต้องดูแลระยะยาวจำนวน 302 ราย หรือร้อยละ 1.24 ของผู้บาดเจ็บ และต้องรับเบี้ยคนพิการถาวร 197 ราย ความรุนแรงสูงสุดเกิดจากการบาดเจ็บที่ศีรษะ รองลงมาคือการบาดเจ็บไขสันหลัง และศูนย์สถิติการบาดเจ็บไขสันหลังแห่งชาติ (National Spinal Cord Injury Statistic Center, 2021) ศึกษาถึงสาเหตุปัจจัยที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุจราจรทางถนนในประเทศอิหร่าน พบว่าเกิดจากการขาดความรู้ระบบการจราจรและการขนส่ง และขาดความร่วมมือระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือควรเสริมพลังอำนาจให้ประชาชนโดยการให้ความรู้ การออกกฎหมายที่มีประสิทธิภาพ การบังคับใช้กฎหมายที่จริงจังเข้มข้น การใช้แนวคิดวิศวกรรมจราจรในการปรับปรุงการสร้างและซ่อมถนน และการจัดทำแผนบูรณาการระหว่างหน่วยงานเพื่อให้มีการเฝ้าระวัง ประเมิน และดำเนินการป้องกันอุบัติเหตุจราจรทางถนนอย่างเป็นระบบต่อเนื่องและจริงจัง จากสถานการณ์ความรุนแรงของอุบัติเหตุทางถนนดังกล่าว ประเทศไทยโดยรัฐบาลได้ประกาศให้ปี พ.ศ. 2554–2563 เป็นทศวรรษแห่งความปลอดภัยทางถนนของประเทศไทย (Safety Thailand) ภายใต้กรอบปฏิญญามอสโก และมีแผนแม่บทความปลอดภัยทางถนน พ.ศ. 2561-2564 ได้กำหนดเป้าหมายลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 50 หรือให้ต่ำกว่า 10 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งยุทธศาสตร์ที่สำคัญคือการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนโดยเน้นความร่วมมือจากทุกภาคส่วน (Road Safety Administration Center, 2019)

จังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวนประชากร 1,408,369 คน เกิดอุบัติเหตุทางถนน 9,437 คน คิดเป็นอัตรา 670 ต่อประชากรหนึ่งแสนคน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 21 คน ในจำนวนผู้ที่ประสบอุบัติเหตุทางถนนมีอัตราการสวมหมวกนิรภัยเพียง ร้อยละ 9.69 (Khon Kaen Provincial Public Health Office, 2020) และจังหวัดขอนแก่นได้มีการกำหนดนโยบาย ด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุในการจราจรด้วยการสร้างความร่วมมือระหว่างฝ่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม ดำเนินมาตรการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตามกรอบทศวรรษความปลอดภัยทางถนนอย่างต่อเนื่อง โดยมีศูนย์อำนวยการความปลอดภัยทางถนนจังหวัดขอนแก่น ทำหน้าที่เป็นกลไกในการขับเคลื่อนนโยบายด้านการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน บูรณาการร่วมกับส่วนราชการ หน่วยงาน และองค์กรภาคีเครือข่ายต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ผลการดำเนินงานย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ.2559-2561) พบว่ายังมีจำนวนการเกิดอุบัติเหตุเพิ่มขึ้นจาก 9,437, 10,520 และ 12,462 ครั้งตามลำดับ และมีผู้เสียชีวิต จาก 21 คนในปี 2559 เป็น 29 คนในปี 2561 (Khon Kaen Provincial Public Health Office, 2020) แสดงให้เห็นถึงจังหวัดขอนแก่นจำเป็นต้องมีการพัฒนารูปแบบในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่ได้ผลมากขึ้นเพื่อบบรลุเป้าหมายลดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนร้อยละ 50 หรือให้ต่ำกว่า 10 คน ต่อประชากรหนึ่งแสนคน ภายในปี พ.ศ. 2563

ตำบลบ้านเป็ด เป็นชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทในเขตอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่นประกอบไปด้วย 23 ชุมชน มีจำนวนประชากร 32,761 คน และมีคนที่เป็น

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ตามเกณฑ์ของ WHO คือผู้มีอายุระหว่าง 10-29 ปี จำนวน 8,446 คน ประกอบกับมีจุดเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุทางถนนทั้งถนนสายหลัก คือทางเลี่ยงเมืองทิศตะวันตกถนนมะลิ-วัลย์ - บ้านทุ่ม ถนนสายรองคือถนนหน้าศาลปกครองเส้นไปอำเภอมัญจาคีรี และถนนระหว่างบ้านทุ่มเชื่อมกับบ้านเป็ด ซึ่งจากสถิติจำนวนผู้ได้รับอุบัติเหตุทางถนนย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2559-2560 ที่เข้ารับการรักษาที่ตึกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น จำนวน 17 คน ของคนตำบลบ้านเป็ดและในพื้นที่ชุมชนบ้านเป็ดมีผู้ได้รับอุบัติเหตุทางถนนและมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด (รพ.สต.บ้าน-เป็ด) จำนวน 8 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 0.14 ของประชากรบ้านเป็ด 4 หมู่ ส่วนใหญ่เป็นรถจักรยานยนต์และไม่สวมใส่หมวกนิรภัย ซึ่งที่ผ่านมาตำบลบ้านเป็นยังไม่มีนโยบาย แผนงานโครงการและกิจกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน มีเพียงการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บทางถนนโดยผู้ประสบเหตุ หรือผู้ที่พบการเกิดอุบัติเหตุโทรแจ้ง 1669 เพื่อให้รถบริการทางการแพทย์ฉุกเฉินมาช่วยเหลือและนำส่งโรงพยาบาลขอนแก่น หรือหากบาดเจ็บเล็กน้อยผู้ได้รับบาดเจ็บก็จะไปทำแผลที่ รพ.สต.บ้านเป็ด และไม่มีรูปแบบสร้างการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน

จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนของจังหวัดมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น รวมถึงในพื้นที่ตำบลบ้านเป็ด ซึ่งอยู่ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่นส่งผลกระทบทำให้เกิดการสูญเสียชีวิต พิการและทรัพยากรในการดูแลระยะยาว และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนนมาจาก 3 สาเหตุหลักคือ คน ยานพาหนะ และถนนและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะด้านคนผู้ขับขี่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุทางถนน (Thasai, Musigapong, & Pundee, 2012) ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายในชุมชน ในการจัดการจุดเสี่ยงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เทคนิค ฮิยาริ ฮัตโตะ “Hiyari Hoto” เป็นวิธีการหนึ่งที่ในการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักและรับรู้ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน สามารถนำมาประยุกต์ใช้และเหมาะสมกับสถานการณ์ประเทศไทย โดยการให้ชุมชนชี้จุดเสี่ยงวิเคราะห์สาเหตุและวางแผนในการจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน (International Association of Traffic and Safety Sciences, 2020) การสร้างแผนที่จุดเสี่ยงนอกจากจะเป็นการเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีการสืบค้น วางแผน และสร้างมาตรการความปลอดภัย สำหรับประเด็นปัญหาด้านการจราจรแล้วยังเป็นการกระตุ้น ให้ประชาชนหรือสมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน อันจะนำไปสู่การแก้ปัญหาอย่างถูกวิธี และเป็นการพัฒนาอย่างยั่งยืนอีกด้วย (Sota, 2001) และการมีส่วนร่วมของคนองค์การในชุมชน จะทำให้มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาพึ่งตนเอง และเกิดความเข้มแข็งของชุมชนโดยแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนสามารถทำได้โดยการส่งเสริมให้ชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติ รวมทั้งการให้ความรู้ และการสร้างจิตสำนึกเพื่อป้องกันและควบคุมอุบัติเหตุทางถนน รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ใช้รถใช้ถนน (Phuangngam, 2010) รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุทางถนนสามารถป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนได้ อาทิ การพัฒนารูปแบบการจัดการความปลอดภัยทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเขตเทศบาลนคร-อุบลราชธานี ของถนอมศักดิ์ บุญสู่, อรรณพ สนธิไชย, และ ปณิตา ครองยุทธ (Boonsu, Sonthichai & Krongyuth, 2020) และผลงานวิจัยของ สุรางค์ศรี ศีตมโนชญ์, วิวัฒน์ ศีตมโนชญ์, ลักขณา ไทยเครือ และ อรชร อัฐทวีลาภ (Seetamanotch, Seetamanotch, Thai-kruea & Attataweelarp, 2014) ได้พัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรอย่างมีส่วนร่วมโดยอาศัยทรัพยากรและศักยภาพในพื้นที่ วงรอบที่ 3 จังหวัดภูเก็ต อย่างไรก็ตามการพัฒนารูปแบบ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ซึ่งการนำรูปแบบไปใช้ยังขึ้นกับบริบทพื้นที่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเป็ดขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อ

1. ศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่บ้านเป็ด

2. พัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

3. ประเมินผลการดำเนินงานในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

คำถามการวิจัย

1. สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่บ้านเป็ด เป็นอย่างไร

2. รูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่เหมาะสมเป็นอย่างไร

3. ผลการดำเนินงานในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Participatory Action Research: CBPAR) (Hills, Mullet, & Carroll, 2000) โดยเน้นการสร้างความร่วมมือของทีมขับเคลื่อนในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน กับนักวิจัยตลอดกระบวนการวิจัย ทั้งการวิเคราะห์ปัญหาการวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนโดยใช้เทคนิคฮิยาริ ฮัตโตะ การดำเนินงานการอบรมความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการขับขี่ปลอดภัยแก่กลุ่มปฏิบัติการ และการประเมินผล สู่การสร้างความรู้ใหม่และการสร้างการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community Based Participatory Action Research: CBPAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พื้นที่ในการวิจัย คือ บ้านเป็ด 4 หมู่ คือ หมู่ที่ 1, 2, 3, 18 ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น เนื่องจากเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ที่มีพื้นที่เชื่อมต่อกันและทำโครงการกิจกรรมร่วมกัน มีสถิติการเกิดอุบัติเหตุทางถนนสูงอันดับต้นของเขตอำเภอเมืองขอนแก่น และทีมผู้นำชุมชนและภาคีเครือข่ายเห็นความสำคัญในการแก้ไขปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

ผู้ร่วมวิจัยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษา บ้านเป็ด หมู่ 1, 2, 3 และหมู่ 18 ต.บ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น โดยแบ่งประชากรเป้าหมายออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ทีมขับเคลื่อน เป็นกลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ทั้ง 4 หมู่ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนหน่วยงานองค์กร เทศบาลตำบลบ้านเป็ด รพ.สต.บ้านเป็ด ครูและผู้บริหารโรงเรียน สถานีตำรวจภูธรบ้านเป็ด (สภ.บ้านเป็ด) โดยทำการเลือกแบบเจาะจง เลือกผู้ที่เกี่ยวข้องกับงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ร่วมกับการใช้เทคนิค snow ball ได้มาจำนวน 60 คน

2. ทีมปฏิบัติการ เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชนจากโรงเรียนระดับประถมศึกษา คือโรงเรียนวัดท่าบึงประชาสรรค์ เป็นนักเรียนชั้น ป.4 - ป.6 จำนวน 24 คน และโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาคือโรงเรียนขอนแก่นวิทยาลัย ม.1- ม.6 จำนวน 40 คน รวม 64 คนเป็นผู้เข้าร่วมกิจกรรมดำเนินการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุ 2) แนวทางการสนทนากลุ่ม 3) แบบสอบถาม ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการขับขี่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย

1.1 จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและจุดเกิดเหตุ จำแนกตามระยะเวลา เป็นรายวัน เดือน และปี

1.2 ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ ประเภทยานพาหนะ ข้อมูลทั่วไปของผู้ประสบ-

อุบัติเหตุ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประกันสุขภาพ ประกันสังคม และสวัสดิการการรักษาพยาบาล ผู้ดูแล ที่อยู่และเบอร์-โทรศัพท์

1.3 สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยการระบุและการวิเคราะห์จุดเสี่ยงทางถนน เพื่อวิเคราะห์สาเหตุสำคัญคือ พฤติกรรมคนขับขี่ สภาพรถ และสภาพถนนและสิ่งแวดล้อม

1.4 ผลกระทบจากการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ 1) ความรุนแรง ประกอบด้วย บาดเจ็บเล็กน้อย บาดเจ็บรุนแรง การส่งต่อการรักษา การนอนพักรักษาตัวและระยะเวลานอนโรงพยาบาล ความพิการ และเสียชีวิต และ 2) ความสูญเสียทางเศรษฐกิจ เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัว และค่าใช้จ่ายในการซ่อมรถ ค่าปรับ ค่าทนาย เป็นต้น

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคือ 1) ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้นเป็นอย่างไร ระหว่างยานพาหนะใด จำนวนความถี่ที่เกิดบ่อยเพียงใด จุด เกิดเหตุหรือจุดเสี่ยงอยู่บริเวณใด สาเหตุเกิดจากอะไร รุนแรงมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินอย่างไร และ 2) มีวิธีการแก้ไขและป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่ผ่านมาอย่างไร ได้ผลเป็นอย่างไร และต้องการให้แก้ไขปัญหาอย่างไร หน่วยงานใดทำอะไร

แบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุ และแนวทางการสนทนากลุ่ม ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น และอาจารย์พยาบาล ภาควิชา-การพยาบาลครอบครัว ชุมชนและการรักษา พยาบาล-ขั้นต้น และปรับแก้ตามที่ผู้เชี่ยวชาญแนะนำ

3. แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร เพื่อใช้เป็นการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถเปลี่ยนแปลงด้านคนหรือผู้ขับขี่พาหนะ ทั้งด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการขับขี่ได้มากน้อยเพียงใด ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รถหรือยานพาหนะที่ขับขี่ การมีหรือไม่มีใบขับขี่ การสวมหมวกนิรภัย ประวัติการเคยถูกจับกุมเกี่ยวกับหมวก-นิรภัย ประวัติการเคยถูกจับกุมเกี่ยวกับวินัยจราจร ประวัติการได้รับอุบัติเหตุทางการจราจร

3.2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 30 ข้อ จำนวน 4 ตัวเลือก ตอบถูกต้อง ข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน

การแปลผลความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
มีความรู้ระดับสูง คะแนนระหว่าง 24–30 คะแนน
มีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 18–23 คะแนน
มีความรู้ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 0-17 คะแนน

3.3 แบบวัดทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 อันดับตัวเลือก

เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้นมากที่สุด	5 คะแนน
เห็นด้วยกับข้อความนั้นค่อนข้างมาก	4 คะแนน
ไม่แน่ใจกับข้อความนั้น	3 คะแนน
ไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้น	2 คะแนน
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความนั้น	1 คะแนน

การแปลผล ทัศนคติ ต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
ทัศนคติระดับสูง คะแนนระหว่าง 80–100 คะแนน
ทัศนคติระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 60–79 คะแนน
ทัศนคติระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 20–59 คะแนน

3.4 การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มี 5 อันดับตัวเลือก

ปฏิบัติเป็นประจำ	5 คะแนน
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	4 คะแนน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	3 คะแนน
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2 คะแนน
ไม่ได้ปฏิบัติ	1 คะแนน

การแปลผล ทัศนคติ ต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ คือ
ปฏิบัติระดับสูง คะแนนระหว่าง 80–100 คะแนน
ปฏิบัติระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 60–79 คะแนน

ปฏิบัติระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 20–59 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้อำนวยการศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด โรงพยาบาลขอนแก่น พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤตบำบัดโรงพยาบาลขอนแก่น และอาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลครอบครัว ชุมชน และการรักษาพยาบาลขั้นต้น ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) โดยแบบวัดความรู้ เท่ากับ 0.92 แบบวัดทัศนคติ เท่ากับ 0.88 และการปฏิบัติตัว เท่ากับ 0.82

จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเดียวกัน ในพื้นที่ตำบลใกล้เคียง และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น แบบวัดความรู้ ได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.70 แบบวัดทัศนคติ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.86 และการปฏิบัติตัว ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของ ครอนบาค เท่ากับ 0.76

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้การรับรองจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-10-2020 ลงวันที่ 24 เมษายน 2563 ผู้วิจัยได้คำนึงถึง 1) หลักการเคารพความเป็นบุคคล โดยการแจ้งวัตถุประสงค์และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลทุกครั้ง โดยไม่ปิดบังข้อมูล และไม่เปิดเผยชื่อและข้อมูลที่จะเกิดผลเสียต่อผู้ให้ข้อมูล 2) หลักผลประโยชน์โดยแจ้งประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับ และผลกระทบของการเข้าร่วมวิจัย ให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วม และสามารถยุติการตอบแบบสอบถาม หรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้โดยไม่มีผลเสียต่อผู้เข้าร่วมวิจัย และ 3) หลักความยุติธรรม แต่ละทุกคนได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง ตุลาคม 2563 - สิงหาคม 2564 (11 เดือน) โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นศึกษาสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่บ้านเป็ด ผู้วิจัยดำเนินการ โดย

1.1 บันทึกการเกิดอุบัติเหตุ และจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เพื่อศึกษาสถานการณ์การเกิดุบัติเหตุและผลกระทบที่เกิดขึ้น โดยทีมวิจัยการขออนุญาตคัดลอกและบันทึกข้อมูลจากเอกสารบันทึกการช่วยเหลือโดยมูลนิธิเทพสิทธิมุนี ย้อนหลัง 9 เดือน โดยใช้เวลาดำเนินการ 1 สัปดาห์

1.2 การสำรวจข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร ในกลุ่มเด็กนักเรียนและเยาวชนจากโรงเรียนระดับประถมศึกษา คือโรงเรียนวัดท่าบึงประชาสรรค์ และโรงเรียนระดับมัธยมศึกษาคือโรงเรียนขอนแก่นวิทยาลัย จำนวน 64 คน เพื่อศึกษาปัจจัยหรือสาเหตุที่อาจจะทำให้เกิดอุบัติเหตุ จำนวน 2 วัน

1.3 การสนทนากลุ่มการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน กับทีมขับเคลื่อน ผู้นำชุมชนและตัวแทนหน่วยงานองค์กร จำนวน 60 คน จำนวน 1 วัน โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มๆ ละ 15 คน ในประเด็น 1) ลักษณะของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้นในชุมชนเป็นอย่างไร ระหว่างยานพาหนะใด จำนวนความถี่ที่เกิดบ่อยเพียงใด จุดเกิดเหตุหรือจุดเสี่ยงอยู่บริเวณใด สาเหตุเกิดจากอะไร รุนแรงมากน้อยเพียงใด ส่งผลกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สินอย่างไร และ 2) มีวิธีการแก้ไขและป้องกันอุบัติเหตุทางถนนที่ผ่านมาอย่างไร ได้ผลเป็นอย่างไร และต้องการให้แก้ไขปัญหาอย่างไร หน่วยงานใดทำอะไร แล้วนำข้อมูลที่ได้จากแต่ละกลุ่มมาวิเคราะห์และสรุปเป็นประเด็นปัญหาสาเหตุปัจจัย และผลกระทบที่เกิดขึ้น

2. ขั้นวางแผนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่บ้านเป็ดที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ให้แก่ทีมขับเคลื่อนหรือกลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 60 คน ใช้เวลา 2 วัน โดยร่วมกันสะท้อนปัญหา สาเหตุและผลกระทบ เพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักในปัญหาร่วมกัน วิเคราะห์และวางแผนจัดการจุดเสี่ยงโดยใช้เทคนิค “ฮิยาริ ฮัตโตะ” (International Association of Traffic and Safety Sciences, 2020) โดยระบุตำแหน่งจุดเกิดเหตุ โดยใช้สติ๊กเกอร์ติดลงบนแผนที่ชุมชนโดยแบ่งเป็น 1) สีแดงคือ จุดเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิต 2) สีเหลือง คือจุดเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้บาดเจ็บ-สาหัส และ 3) สีเขียวคือจุดเกิดอุบัติเหตุที่บาดเจ็บเล็กน้อย จากนั้นให้ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนว่าเกิดจากคน พาหนะ ถนนหรือสิ่งแวดล้อม แล้วร่วมกันวางแผนงานกิจกรรมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยกำหนดวิสัยทัศน์ ผลผลิต ผลลัพธ์ที่คาดหวัง กลุ่มเป้าหมาย วิธีการและกิจกรรม

คนหลักและคนร่วมในการดำเนินงาน วันเวลา สถานที่ดำเนินงานและการประเมินผล

3. ขั้นดำเนินงานการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนจากแผนงานกิจกรรมที่ได้นำมาดำเนินการ กับทีมปฏิบัติการ คือเด็กและเยาวชน จำนวน 64 คน กิจกรรมได้แก่

3.1 การพัฒนาศักยภาพเด็กนักเรียนและเยาวชน ใช้เวลา 1 วัน โดย 1) การอบรมให้ความรู้กฎจราจร วินัยจราจร และเครื่องหมายจราจร พรบ.รถและการขับขี่ปลอดภัย 2) การพัฒนามาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน 3) การช่วยฟื้นคืนชีพการปฐมพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนน

3.2 การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่และแจ้งเหตุหรือรายงานข่าวอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ใช้เวลา 1 วัน

3.3 การพัฒนาศักยภาพอาสาจราจร ใช้เวลา 1 วัน

4. ขั้นประเมินผลการดำเนินงาน ได้แก่

4.1 สำรวจแบบสอบถาม ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรในทีมปฏิบัติการ คือกลุ่มเด็กนักเรียนและเยาวชน จำนวน 64 คน

4.2 เวทีถอดบทเรียนผลการดำเนินงาน และความคิดเห็นต่อกิจกรรมการดำเนินงาน โดยการสนทนากลุ่มทีมขับเคลื่อน จากตัวแทนกลุ่มผู้นำชุมชน 1 กลุ่ม 15 คน และทีมปฏิบัติการ จากตัวแทนกลุ่มเด็กและเยาวชน 1 กลุ่ม 15 คน จากนั้นนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาข้อเสนอหรือมาตรการในการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และสรุปผลการดำเนินงาน ใช้เวลา 2 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบบันทึกการเกิดอุบัติเหตุใน และข้อมูลที่ได้จากแบบสำรวจความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย

การนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยดังนี้

1. สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่บ้านเป็ด

การเกิดเหตุที่ต้องให้การช่วยเหลือของมูลนิธิเทพ-สิทธิมุนี จำนวน 958 ครั้ง ในเขตพื้นที่ชุมชนบ้านเป็ด 4หมู่ คือ หมู่ที่ 1, 2, 3 และ 18 พบว่าเป็นอุบัติเหตุทางถนน 289 ครั้ง หรือคิดเป็นร้อยละ 30.17 ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ร้อยละ 79.59 กลุ่มผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุ ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 10-29 ปี ร้อยละ 80.49 และจากการสำรวจข้อมูลความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการขับขี่ ของนักเรียนในเขตบ้านเป็ด ระดับประถมศึกษา คือโรงเรียนบ้านเป็ดประชาสงเคราะห์ จำนวน 24 คน และโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา คือ โรงเรียนขอนแก่นวิทยาลัย จำนวน 40 คน รวมจำนวน 64 คน พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 68.7 อายุระหว่าง 9-12 ปี ร้อยละ 37.5 เดินทางมาโรงเรียนโดยขับรถจักรยานยนต์มาเอง ร้อยละ 92.1 ไม่มีใบอนุญาตขับขี่รถจักรยานยนต์ ร้อยละ 100.0 สวมหมวกนิรภัยทุกครั้ง เพียงร้อยละ 17.2 ความรู้อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.9 ทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 76.6 และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจร อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0

2. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกัน และแก้ไขอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน จากการประชุมทีมขับเคลื่อนและการทบทวนวรรณกรรม นำมาพัฒนารูปแบบของการการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ดังนี้

2.1 รูปแบบของการการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

1) การสร้างกลไกในการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน โดยมีทีมขับเคลื่อนที่มาจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ทั้ง 4 หมู่ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนหน่วยงานองค์กร เทศบาลตำบลบ้านเป็ด รพ.สต.บ้านเป็ด ครูและผู้บริหารโรงเรียน สถานีตำรวจภูธรบ้านเป็ด (สภ.บ้านเป็ด) ซึ่งนำไปสู่ความร่วมมือในการดำเนินงานระหว่างหน่วยงาน และความรับผิดชอบร่วมกัน

2) การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ การจัดทำข้อมูลสถานการณ์ และนำเสนอข้อมูลทำให้เกิดการรับรู้และความตระหนักต่ออุบัติเหตุทางถนนของคนในชุมชน

3) การประชุมจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ซึ่งเป็นแผนแบบบูรณาการร่วมกันของหน่วยงานในชุมชน

4) การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุ และหลังเกิดเหตุ ได้แก่ (1) การอบรมให้ความรู้ กฎจราจร วินัยจราจร และเครื่องหมายจราจร พรบ.รถ และการ ขับขี่ปลอดภัย (2) การพัฒนามาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน (3) การช่วยฟื้นคืนชีพ การปฐมพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนน และ (4)การพัฒนาศักยภาพอาสาจราจร

5) การแจ้งเหตุหรือรายงานข่าวอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ทางสื่อ ออนไลน์กลุ่มไลน์ Road Safety

2.2 ขั้นตอนการดำเนินงานในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การสร้างการรับรู้และความตระหนักต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน โดยประชุมทีมร่วมกับทีมขับเคลื่อนเพื่อสะท้อนสถานการณ์ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และผลกระทบที่เกิดขึ้น และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความคิดเห็นและประสบการณ์ ระหว่างกลุ่มผู้นำชุมชนและกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน

2) การสร้างการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผน ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยประชุมการกำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมาย กลยุทธ์และกิจกรรม เวลาและผู้รับผิดชอบ วางแผนงานกิจกรรมในการจัดการจุดเสี่ยงเพื่อป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนอย่างมีส่วนร่วม ได้แก่ (1) การวิเคราะห์จุดเสี่ยงโดยใช้เทคนิค “ฮิยาริฮัตโตะ”(2) อบรมค่ายเยาวชนถนนปลอดภัย (3) การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ (4) การพัฒนาศักยภาพอาสาจราจร หรือกองร้อยน้ำผึ้ง และ (5) เวทีถอดบทเรียน ผลการดำเนินงานแลกเปลี่ยนเรียนรู้และพัฒนาข้อเสนอหรือมาตรการในการควบคุมป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

3) การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ดังนี้ (3.1) การอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจราจร กฎหมายและวินัยจราจร การขับขี่ปลอดภัย กฎจราจร วินัยจราจร และเครื่องหมายจราจร พรบ.รถ และการขับขี่ การช่วยฟื้นคืนชีพ การปฐมพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนน (3.2) การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ โดยการเขียนข่าวและแจ้งเหตุหรือรายงานข่าวอุบัติเหตุทางถนนจากพื้นที่ และเกิดช่องทางการสื่อสารการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน โดยสร้างกลุ่มไลน์ Road Safety และการร่วมมือกับสำนักข่าวจัดทำคลิปวิดีโอจุดเสี่ยง และการจัดการจุดเสี่ยง การเสนอขอสี่แยกไฟแดง และ (3.3) การพัฒนาศักยภาพอาสาจราจร โดยอบรมจิตอาสาชุมชน และเด็กและเยาวชนที่เป็นนักเรียนให้มีความรู้และทักษะด้านจราจร เกิดอาสาจราจรต้นแบบในการช่วยดูแลจราจรหน้าประตูทางเข้าโรงเรียน และการประพฤติตนเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่คนในชุมชนและโรงเรียน

4) การถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและพัฒนาข้อเสนอและมาตรการในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

3. ผลการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ดังนี้

ผลการดำเนินพบว่า 1) อัตราการสวมหมวกนิรภัยเพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมโครงการ จากร้อยละ 17.2 เป็นร้อยละ 82.8 และ 2) ความรู้ และทัศนคติ เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำเป็นระดับมาก โดยความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำร้อยละ 76.6 เป็นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 96.9 และทัศนคติเพิ่มขึ้นจาก ระดับต่ำ ร้อยละ 76.6 เป็นระดับมาก ร้อยละ 82.2 ส่วนพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จากระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 เพิ่มเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 54.7 และสามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน โดยพบว่าระหว่างการดำเนินงาน เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนสิงหาคม 2564 (11 เดือน) พบว่ามีจำนวนอัตราการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนลดลง กว่าก่อนการดำเนินงาน จากจำนวน 8 รายหรือร้อยละ 0.14 เหลือเพียง 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.03 และไม่มีผู้เสียชีวิต

การอภิปรายผล

1. สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่บ้านเป็ด สถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่บ้านเป็ด พบว่ามีการเกิดเหตุที่ต้องให้การช่วยเหลือจำนวน 958 ครั้ง ในเขตพื้นที่ชุมชนบ้านเป็ด 4 หมู่ คือ หมู่ที่ 1,2,3 และ 18 และพบว่าเป็นอุบัติเหตุทางถนนถึง 289 ครั้งหรือร้อยละ 30.17 ส่วนใหญ่เป็นอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ร้อยละ 79.59 กลุ่มผู้ที่ได้รับอุบัติเหตุมีอายุระหว่าง 10-29 ปี ร้อยละ 80.49 พบว่าอัตราการสวมหมวกนิรภัยของเด็กและเยาวชน เพียงร้อยละ 17.2 ความรู้ป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 96.9 ทัศนคติต่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับไม่ดี 76.6 และพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2015) ที่พบว่าประเทศไทยมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน เป็นอันดับสองของโลก สาเหตุหลักจากการขับรถเร็วเกินกำหนด ดื่มแล้วขับ ง่วงหลับใน และพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำให้อุบัติเหตุรุนแรงเพิ่มขึ้นได้แก่ การไม่สวมหมวกนิรภัย ถนนและสิ่งแวดล้อมไม่ปลอดภัย และพบว่าอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดขึ้นบนถนนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมู่บ้าน ตำบล กลุ่มผู้บาดเจ็บเป็นกลุ่มวัยรุ่น วัยทำงาน ที่มีการดื่มสุราก่อนกลับจากทำงาน และขับขี่รถยนต์และรถจักรยานยนต์ (Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016B)

2. การพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

การพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนต้องใช้ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้ง โดยแบ่งเป็น 2 ทีม คือ ทีมขับเคลื่อนเป็นกลุ่มที่ร่วมพัฒนารูปแบบในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ทั้ง 4 หมู่ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนหน่วยงานองค์กร เทศบาลตำบลบ้านเป็ด รพ.สต.บ้านเป็ด ครูและผู้บริหารโรงเรียน สถานีตำรวจภูธรบ้านเป็ด (สภ.บ้านเป็ด) และทีมปฏิบัติการ ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่เด็กและเยาวชน ซึ่งมีการดำเนินงาน ดังนี้

2.1 การสร้างการรับรู้และความตระหนักต่อสถานการณ์ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน โดยผู้วิจัยการรวบรวมข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากหลายแหล่งทั้งข้อมูลเชิงปริมาณจากหลายหน่วยงานนำมาจัดทำสารสนเทศ แล้วนำเสนอต่อทีมขับเคลื่อนให้ร่วมกัน วิเคราะห์ และอภิปราย เพื่อทำความเข้าใจต่อสถานการณ์ปัญหาและสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ส่งผลให้เกิดการรับรู้และความตระหนักต่อสถานการณ์ปัญหาการเกิดอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนของประชาชนกับภาคีที่เกี่ยวข้องซึ่งจะนำไปสู่การสร้างความร่วมมือได้ (World Health Organization, 2015)

2.2 การวางแผนเพื่อขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยผู้วิจัยประชุม ทีมขับเคลื่อนหรือกลุ่มผู้นำกลุ่ม องค์กร หน่วยงาน และทีมปฏิบัติการ หรือกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ได้แก่ กลุ่มเด็กและเยาวชนในชุมชนบ้านเป็ด โดยนำเสนอข้อมูลสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่บ้านเป็ด แล้วให้ผู้เข้าร่วมประชุมได้ทำความเข้าใจปัญหา สาเหตุและผลกระทบการเกิดอุบัติเหตุทางถนนที่เกิดขึ้น โดยใช้การวิเคราะห์จุดเสี่ยง โดยการนำข้อมูลมาวิเคราะห์จุดเสี่ยง ตามหลักการฮิยาริ ฮัตโตะ เพื่อให้เข้าใจสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุได้ลึกซึ่งมากขึ้น ทำให้ทราบกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงทั้งพฤติกรรมเสี่ยงและพื้นที่เสี่ยง แล้วนำปัญหามาจัดลำดับความสำคัญในการแก้ปัญหา ผู้เข้าร่วมประชุมนำเสนอความคิดและอภิปรายเพื่อหาแนวทาง วิธีการและกิจกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน และจัดทำแผนปฏิบัติการในการดำเนินงาน สอดคล้องกับ Somudon (2011) ที่ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการจัดการจุดเสี่ยงอันตรายโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า การระบุจุดเสี่ยงอันตรายบริเวณชุมชนรอบมหาวิทยาลัยมหาสารคาม วิทยาเขตขามเรียง โดยให้คนในชุมชนระบุตำแหน่งที่มีอุบัติเหตุเกิดขึ้นบ่อยครั้ง ลงบนแผนที่ชุมชนแล้วร่วมกันวิเคราะห์ วางแผนการปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งร่วมกัน ปรับปรุงจุดเสี่ยงอันตรายในเบื้องต้น พร้อมทั้งคัดเลือกจุดเสี่ยงอันตรายที่น่าสนใจซึ่งผลการดำเนินงานเกิดแผนปฏิบัติการในการขับเคลื่อนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ที่มีมาตรการวิธีการที่มีความเป็นไปได้สูง มีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนและคุ้มค่าในการดำเนินงาน (World Health Organization, 2015) สอด-

คล้องกับสมบูรณ์ แนวมั่น (Naewman, 2020) ที่ศึกษารูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในระดับตำบลโคกหล่าม อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ใช้วิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนเพื่อคนตำบลโคกหล่าม โดยความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดการปัญหา และโครงสร้างการจราจรในชุมชนแก้ไขปัญหาจุดเสี่ยง ทำให้เกิดความปลอดภัยในการจราจรจากการใช้รถใช้ถนน ลดจำนวนการเกิดอุบัติเหตุทางถนน และลดอัตราการเสียชีวิตได้

2.3 การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน แก่ทีมปฏิบัติการ ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จากการศึกษาวรรณกรรมพบว่า สาเหตุหลักของการเกิดอุบัติเหตุทางถนน เกิดจากผู้ขับขี่เป็นหลักทั้งด้านขาดความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (Thasai et al., 2012) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการเสริมสร้างศักยภาพโดยการดำเนินการ 3 กิจกรรมโดยเน้นการพัฒนาทักษะความรู้และความตระหนัก และพฤติกรรมในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ได้แก่ (1) อบรมค่ายเยาวชนถนนปลอดภัย (2) การพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ และ (3) การพัฒนาศักยภาพอาสาจราจร ซึ่งการพัฒนาความรู้ โดยการอบรมกฎหมาย และวินัยจราจร เครื่องหมายจราจรที่ควรรู้ การขับขี่ปลอดภัย และการช่วยเหลือเน้นกรณีอุบัติเหตุจากการจราจร การปฐมพยาบาลและการช่วยฟื้นคืนชีพ เป็นความรู้และทักษะที่จำเป็นสำหรับการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนของอาสา (National Institute of Emergency Medicine, n.d.) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กัญญา วังศรี, รานี แสงจันทร์นวล, มรกต สุบิน, พนอ เตชะอธิก, และกรกฎ อภิรัตน์วรากุล (Wangsri, Sangchannaul, Subin, Techaatik, & Apiratwarakul, 2019) ที่พบว่าหลังการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชน อาสาสามารถแจ้งขอความช่วยเหลือทางวิทยุสื่อสาร เข้าถึงจุดเกิดเหตุรวดเร็ว และผู้ป่วยได้รับการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นที่จำเป็นได้

2.4 การถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและพัฒนาข้อเสนอและมาตรการในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งทีมขับเคลื่อนและทีมปฏิบัติการ ได้มีการทบทวนสะท้อนกิจกรรมและผลการดำเนินงาน และร่วมกันสรุปบทเรียน และเสนอมาตรการในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนสามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องยั่งยืนได้ (Lurstwut, Phothiyod, & Ounban, 2018) ซึ่งผลการพูดคุยสนทนากลุ่ม ผู้นำชุมชน และนักเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาและการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน โดยมีความพึงพอใจในการดำเนินงานอยู่ระดับมาก

3. ผลการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ผลการดำเนินงานทำให้เกิดรูปแบบของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชนตำบลบ้านเป็ด ประกอบด้วย

3.1 การสร้างกลไกในทีมขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนนในชุมชน ที่มาจากหลายภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน ทั้ง 4 หมู่ อสม. ชมรมผู้สูงอายุ ตัวแทนหน่วยงานองค์กร เทศบาลตำบลบ้านเป็ด รพ.สต.บ้านเป็ด ครูและผู้บริหารโรงเรียน สถานีตำรวจภูธรบ้านเป็ด (สภ.บ้านเป็ด)

3.2 มีการพัฒนาระบบข้อมูลอุบัติเหตุในพื้นที่ การจัดทำข้อมูลสถานการณ์ และนำเสนอข้อมูลเพื่อสร้างการรับรู้และความตระหนักต่ออุบัติเหตุทางถนน แก่ทีมขับเคลื่อน และทีมปฏิบัติการ

3.3 การประชุมจัดทำแผนการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

3.4 การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดเหตุ ระหว่างเกิดเหตุได้แก่ 1) การอบรมให้ความรู้ กฎจราจร วินัยจราจร และเครื่องหมายจราจร พรบ.รถ และการขับขี่ปลอดภัย 2) การพัฒนามาตรการองค์กรเพื่อความปลอดภัยทางถนน 3) การช่วยฟื้นคืนชีพ การปฐมพยาบาล และการเคลื่อนย้ายผู้ได้รับบาดเจ็บทางถนน และ 4) การพัฒนาศักยภาพอาสาจราจร ผลที่เกิดขึ้น จากการสำรวจความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติตัวกลุ่มเสี่ยงที่เป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนในโรงเรียน ก่อนเริ่มโครงการอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับปัจจัยหรือสาเหตุหลักในการขับขี่ปลอดภัยจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายใน

จังหวัดตาก จำนวน 323 คน ของThasai et al. (2012) พบว่า สาเหตุของการประสบอุบัติ หรือชนกันเอง (OR= 61.67, p-Value<0.0001) พฤติกรรมการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (OR=2.06, p-Value =0.050) และนักเรียนที่มีคะแนนความรู้ระดับต่ำและปานกลางมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่านักเรียนที่มีความรู้มากถึง 1.70 เท่า และนักเรียนที่มีทัศนคติในการขับขี่เฉยๆ และสนับสนุนพฤติกรรมการขับขี่เสี่ยงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุมากกว่านักเรียนที่มีทัศนคติในการขับขี่สนับสนุนพฤติกรรมปกติ 5.78 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของอุไร จำปาวะดี, พิศมัย หอมจำปา, ปราโมทย์ ทองกระจาย และ อมร สุวรรณนิมิตร (Chumpawadee, Homchampa, Thongkrajai, Suwanimitr,& Chadbunchachai, 2015) พบว่า นักศึกษาที่ความรู้การขับขี่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการขับรถจักรยานยนต์ด้วยความปลอดภัย และจากการศึกษาของ พงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, พิรัชฎา มุสิกะพงศ์, ทัดขวัญ มธุรชน และ รักษษ ศิวาพรรักษ์ (Boonraksa, Musikaphong, Mathurachon, & Sivapornrak, 2012) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับความการขับรถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถจักรยานยนต์ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การเกิดอุบัติเหตุทางถนนจากการขับขี่รถจักรยานยนของนักเรียนเกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงในการขับขี่จักรยานยนต์ นอกจากนั้นก็จากรถที่มีความเร็ว สภาพการจราจร สภาพถนนและไฟจราจรที่ชำรุด และพบว่าความรู้ และทัศคติในการขับขี่ปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับการขับรถจักรยานยนต์ด้วยความปลอดภัย เป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดอุบัติเหตุจากการขับรถจักรยานยนต์ได้ และเมื่อได้มีกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพนักเรียนแล้ว ความรู้ ทัศคติและพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรเพิ่มขึ้นทุกด้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ กล้วยไม้ ธิพรพรรณ และคณะ (Thipornphan et al., 2020) ที่ศึกษาผลการอบรมการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติตัวในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรของบุคลากร และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น โดยพบว่า ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, Paired t-test=0.96) ทัศนคติต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรหลังการอบรมสูงกว่าก่อน การอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$, Paired t-test=0.746) และการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันอุบัติเหตุทางการจราจรหลังการอบรม สูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$, Paired t-test = 0.656)

3.5 การแจ้งเหตุหรือรายงานข่าวอุบัติเหตุทางถนนในพื้นที่ ทางสื่อ ออนไลน์กลุ่มไลน์ Road Safety ผลลัพธ์ของการดำเนินงานพบว่า อัตราการสวมหมวกนิรภัยของเด็กและเยาวชนที่สำรวจจาก 64 คน ภายหลังเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 28.1 เป็นร้อยละ 82.8 ความรู้เพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ ร้อยละ 96.9 เป็นอยู่ในระดับมาก 76.6 ร้อยละ และทัศนคติเพิ่มขึ้นจากระดับต่ำ 76.6 เป็นระดับมาก 82.2 ส่วนพฤติกรรมในการขับขี่เพื่อป้องกันอุบัติเหตุทางถนน จากระดับต่ำ ร้อยละ 50.0 เพิ่มเป็นระดับปานกลาง ร้อยละ 54.7 ลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุทางถนนและการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สิน โดยพบว่าระหว่างการดำเนินงาน เดือนตุลาคม 2563 ถึงเดือนสิงหาคม 2564 (11 เดือน) พบว่ามีจำนวนอัตราการเกิดอุบัติเหตุในชุมชนลดลงกว่าก่อนการดำเนินงาน โดยมีอุบัติเหตุเพียง 2 ครั้ง มีผู้บาดเจ็บจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.03 ของประชากรบ้านเป็ด 4 หมู่ และไม่มีผู้เสียชีวิต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้ ได้ประสบความสำเร็จในการขับเคลื่อนงานป้องกันอุบัติเหตุทางถนนแบบมีส่วนร่วม มีข้อเสนอในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ด้านการบริหาร องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรมีกำหนดกลไกความร่วมมือ ศูนย์ปฏิบัติการความปลอดภัยทางถนนระดับตำบล เป็นทีมขับเคลื่อนวางแผนดำเนินงาน และประเมินผลในการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนน

2. ด้านการจัดการศึกษา โรงเรียนหรือสถาบันการศึกษา ควรมีการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ในเรื่อง การปฐมพยาบาล การช่วยเหลือผู้ที่ประสบเหตุและฟื้นคืนชีพ และความรู้เรื่องวินัยการจราจร

3. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในพื้นที่ ควรมีการอบรมการเตรียมความพร้อมในการให้การช่วยเหลือเมื่อเกิดอุบัติเหตุทางถนน ณ จุดเกิดเหตุ การส่งต่อ และการติดตามเพื่อฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยพัฒนารูปแบบในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ระบบข้อมูลในการจัดการความปลอดภัยทางถนนในระดับตำบล

References

Boonraksa, P., Musikaphong, P., Mathurachon, Y., & Sivapornrak, R. (2012). *Report institutional research on factors related to motorcycle accidents among students of the University of Technology.* Nakhon Ratchasima: University of Technology. (in Thai)

Boonsu, T., Sonthichai, A., & Krongyuth, P. (2020). A participation model on road safety management with kindergarten people in Ubon Ratchathani. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 7*(3), 309-321. (in Thai)

Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016A). *Halfway through the decade of Road safety*. Retrieved from http://thaincd.com/document/file/info/injured/Diary%202016.pdf

Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016B). *Guidelines for assessment of road accident prevention operations DHS-RTI*. (n.p.). (in Thai)

Chumpawadee, U., Homchampa, P., Thongkrajai, P., Suwanimitr, A., & Chadbunchachai, W. (2015). Factors related to motorcycle accident risk behavior among university students in Northern Thailand. *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 46*(4), 805–821.

Hills, M., Mullet, J., & Carroll, S. (2000). Community-based participatory action research: Transforming multidisciplinary practice in primary health care. *Pan American Journal of Public Health, 21*(2/3), 2007: 125-135. doi: 10.1590/S1020-49892007000200007

International Association of Traffic and Safety Sciences. (2020). *Road traffic safety guidelines Suphanburi Province from a research report for the international society for traffic and safety society's social assistance program 1920*, 31 March 2020. (n.p). (in Thai)

Khon Kaen Provincial Public Health Office. (2020). *Public health.* Retrieved from www.https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/main/

Lurstwut, K., Phothiyod, W., & Ounban, C. (2018). The development model of participation to prevent road traffic accident by engaging multilateral networks in Lamphun Province. *Lanna Public Health Journal, 14*(1), 46-59. (in Thai)

Naewman, S. (2020). The road accident prevention model in Khok Lam Sub-district, Uthumphon Phisai District, Srisaket Province. *Journal of the Office of Disease Prevention and Control, 18*(1), 40-51. (in Thai)

National Institute of Emergency Medicine. (n.d.) *Community Emergency Volunteer Manual.* (n.p.). (in Thai)

National Spinal Cord Injury Statistic Center. (2021). *Spinal cord injury facts and figures at a glance.* Retrieved from https://www.nscisc.uab.edu/

Phuangngam, K. (2010). *Community and local self-management*. Bangkok: Phitthakan. (in Thai)

Road Safety Administration Center. (2019). *Road Safety Master Plan 2018-2021*. (n.p.). (in Thai)

Seetamanotch, S., Seetamanotch, W., Thaikruea, L & Attataweelarp, O. (2014). Model development for reducing fatal traffic accident using local involvement, resource and capacity in Phuket. *Journal of Health Science, 23*(4), 580-92. (in Thai)

Sirindhorn National Medical Rehabilitation Institute. (2013). *Rehabilitation practice guidelines disabled people with spinal cord injuries.* Bangkok: Sahamit Printing and Publishing. (in Thai)

Somudon, T. (2011). *Management of dangerous risk points with community participation in the case of communities around Kham Riang campus of Maha Sarakham University* (Unpublished master's thesis). Maha Sarakham University, Thailand. (in Thai)

Sota, C. (2001). *Health behavior development strategies*. Khon Kaen: Faculty of Public Health printing press Khon Kaen University. (in Thai)

Thasai, K., Musigapong, P., & Pundee, R. (2012). Factors affecting risk behaviors influencing motorcycle accident among senior high school students. *Journal of Safety and Health, 14*(1), 50-67. (in Thai)

Thipornphan, K., Phinyo, K., Shawong, P., Phinyo, P., Kam-on, N., & Aunchangwang, W. (2020). The effects of traffic accident prevention training on knowledge, attitude and practice in traffic accident prevention of the staff at Boromarajonani College of Nursing, KhonKaen. *Research and Development Health System Journal, 13*(1), 121-127. (in Thai)

Wangsri, K., Sangchannaul, R., Subin, M., Techaatik, P., & Apiratwarakul, K. (2019). Capacity building the community emergency volunteer teams in Khon Kaen University. *Journal of Professional Routine to Research, 6*,75-86. (in Thai)

World Health Organization. (2015). *Global status report on road safety 2015.* Geneva: World Health Organization.

ความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน*

Knowledge and Practices for Influenza Prevention Among Elderly in Communities*

พิชามญชุ์ หาญเจริญกิจ ** Pichamon Harncharoenkit **
สุมาลี เลิศมัลลิกาพร *** Sumalee Lirtmunlikaporn ***
วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ **** Wilawan Tuanrat ****

บทคัดย่อ

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ทำให้ผู้สูงอายุป่วยและอาจทำให้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรค การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ และเป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเมือง จำนวน 405 ราย รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบสัมภาษณ์ความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.54) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.46) การปฏิบัติในการป้องกันไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.05) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.70) และระดับต่ำ (ร้อยละ 0.25)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับสูง ทั้งนี้ ยังพบมีความรู้และการปฏิบัติที่ยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรทางสาธารณสุขควรตระหนักและให้ความสำคัญในการพัฒนากลยุทธ์ที่หลากหลายในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุในชุมชน ความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: dai-11@hotmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 22 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 23 พฤศจิกายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 2 ธันวาคม 2564

Abstract

Influenza is a respiratory infection disease that makes the elderly sick and can cause death from complications of the disease. This descriptive research aimed to study knowledge and practices of influenza prevention among the elderly in communities. The research sample consisted of 405 participants aged 60 years and older and living in Chiang Mai province. Data were collected between October, 2020 and March, 2021. The research tools consisted of a general information interview form, an influenza prevention knowledge interview form, and an influenza prevention practices interview form, all of which were developed by the researcher. The research tools were tested for validity and reliability. Descriptive statistics was used for data analysis.

The research findings revealed that knowledge of influenza prevention among the elderly in the urban community was at high (56.54%) and moderate levels (43.46%), and knowledge of influenza prevention practices among the elderly in communities was at high (56.0%), moderate (43.70%) and low levels (0.25%).

The results of this research show that the majority of elders had influenza prevention knowledge and practiced influenza prevention at a high level. However, the findings also show that the knowledge of the elderly was at a moderate level, and their practices were at moderate or low levels. Therefore, professional nurses and public health personnel should develop a variety of strategies to promote knowledge and effective prevention of influenza among the elderly in communities.

Keywords: Elderly in communities, Knowledge of influenza prevention, Practices of influenza prevention

* 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: dai-11@hotmail.com

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

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

Received 22 October 2021; Revised 23 November 2021; Accepted 2 December 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจที่ก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ตามช่วงฤดูกาลในทุก ๆ ปี (World Health Organization, 2018) ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและอาจรุนแรงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตได้ (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) ปัจจุบันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ เนื่องจากมีการระบาดทั้งในระดับท้องถิ่น และระบาดทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง (Bureau of Epidemiology, 2020)

สำหรับประเทศไทย ปีพ.ศ. 2560-2563 มีผู้ป่วยโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน 200,882 ราย 183,935 ราย 390,773 ราย และ 122,299 ราย ตามลำดับในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราป่วย 588.39 ต่อแสนประชากร โดยในผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไปพบอัตราป่วย 188.5 ต่อแสนประชากร แต่มีอัตราตายมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40.74 ของจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคไข้หวัดใหญ่ในปีนั้น (Bureau of Epidemiology, 2020) เนื่องด้วยในกลุ่มผู้สูงอายุมีการเสื่อมสภาพของระบบภูมิคุ้มกัน และกลไกการกำจัดเชื้อโรคของร่างกาย มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ภาวะปอดอักเสบ และการกำเริบจากโรคประจำตัว อันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตจากโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ (Malathum, Malathum & Singhanata, 2007) ทั้งนี้ การก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุจากการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ และประเทศไทยที่จะกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในไม่เกินอีก 10 ปี จึงควรให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุและการเปลี่ยนแปลงนี้ (Nanasilp, 2015)

ข้อมูลในปี พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2562 จังหวัดเชียงใหม่ซึ่งมีการระบาดเป็นอันดับต้นของประเทศ มีผู้ป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่จำนวน 10,960 ราย 10,784 ราย และ 22,654 ราย โดยในปี พ.ศ. 2562 มีอุบัติการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงสุด 5 อันดับแรกในอำเภอเมืองเชียงใหม่ อำเภอเวียงแหง อำเภอสันทราย อำเภอดอยหล่อ และอำเภอแม่ริม มีอุบัติการณ์เท่ากับ 6.39, 6.37, 5.32, 3.87, และ 3.85 ต่อประชากร 1000 คน ตามลำดับ (Bureau of Epidemiology, 2020) โดยข้อมูลอัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ที่ผ่านมา พบว่าชุมชนเมืองมีอัตราป่วยสูงกว่าภาพรวมประเทศประมาณ 2.63 เท่า (Institute for Urban Disease Control and Prevention, 2017) จะเห็นได้ว่าพบความแตกต่างของอัตราป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ซึ่งมีมากในชุมชนเมืองที่มีประชากรอยู่กันอย่างหนาแน่น จำนวนคนมากเมื่อเทียบกับพื้นที่ (Rujirakul, 2013) ซึ่งส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่

องค์การอนามัยโลกประกาศยุทธศาสตร์สำหรับโรคไข้หวัดใหญ่ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาวัคซีน และยาที่มีประสิทธิภาพ การยกระดับการรักษา ความสามารถและระบบการดำเนินงานของประเทศต่าง ๆ เพื่อลดภาระโรค ลดความเสี่ยงการเกิดโรค และบรรเทาผลกระทบที่อาจเกิดจากการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ (World Health Organization, 2019) สำหรับประเทศไทยมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - พ.ศ. 2579) ทั้งนี้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการป้องกันควบคุมไข้หวัดใหญ่ โดยกำหนด 3 มาตรการ ได้แก่ มาตรการที่ 1 การให้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่แก่ 7 กลุ่มเป้าหมาย ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไป มาตรการที่ 2 การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ในคน และมาตรการที่ 3 การส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันตนเอง (Bureau of Emerging Infectious Diseases, 2017)

ที่ผ่านมาประเทศไทยมีการดำเนินงานจัดทำสื่อความรู้ โครงการ และสนับสนุนวัคซีนไข้หวัดใหญ่แก่ประชาชนกลุ่มเสี่ยง (Division of Vaccine Preventable Diseases, 2018) แต่อัตราการได้รับวัคซีนในผู้สูงอายุยังไม่ครอบคลุมตามเป้าหมาย จากรายงาน 12 เขตสุขภาพไม่รวมกรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป มีอัตราการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในปี พ.ศ. 2561 - พ.ศ. 2563 เพียงร้อยละ 22.28, 23.90 และ 27.00 ตามลำดับเท่านั้น (Health Data Center,

2021) เนื่องจากในผู้สูงอายุบางท่านไม่ได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ และไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (Division of Vaccine Preventable Diseases, 2019)

กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขอนามัยในการป้องกันและควบคุมโรคไข้หวัดใหญ่ด้วยมาตรการที่เรียกว่า “ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด” โดย “ปิด” หมายถึง ปิดปากและจมูกเมื่อไอจามสวมหน้ากากอนามัย “ล้าง” หมายถึง ล้างมือ “เลี่ยง” หมายถึง เลี่ยงสถานที่แออัด เลี่ยงการใกล้ชิดผู้ป่วย และเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ที่ไอ จาม และ “หยุด” หมายถึง หยุดงาน หยุดกิจกรรมเมื่อป่วย (Bureau of Emerging Infectious Diseases, 2010) ซึ่งมุ่งเน้นการปรับพฤติกรรมสุขภาพ แต่ยังพบว่าประชาชนส่วนใหญ่ยังมีการปฏิบัติตามมาตรการไม่เหมาะสม และยังพบการระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในทุก ๆ ปี (Health Education Division, 2017) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ (Health Systems Research Institute,2013) นอกจากมาตรการดังกล่าวแล้ว การปฏิบัติตามมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม ก็ถือเป็นวิธีการควบคุมการแพร่กระจายของโรคระบาดที่มีประสิทธิภาพวิธีหนึ่งและได้ถูกนำมาใช้ตั้งแต่การเกิดการระบาดของไข้หวัดสเปนในอดีต(Centers for Disease Control and Prevention, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าการปฏิบัติตามมาตรการ “ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด” และมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคมของประชาชนทั่วไป รวมถึงผู้สูงอายุยังคงไม่เหมาะสม อัตราการได้รับวัคซีนของผู้สูงอายุยังคงต่ำ และยังพบว่าการศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุยังมีน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ดังนั้นการศึกษาความรู้และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนจึงมีความสำคัญที่ต้องทำการศึกษา เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดแนวทางในการให้ความรู้และส่งเสริมการปฏิบัติการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวและมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน
2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน

คำถามการวิจัย

1. ความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร
2. การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนตามแนวปฏิบัติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขตามมาตรการ “ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด” ประกอบด้วย 1) การปิดปากและจมูกเมื่อไอจาม สวมหน้ากากอนามัย 2) การล้างมือ 3) การเลี่ยงสถานที่แออัด เลี่ยงการใกล้ชิดผู้ป่วย และเลี่ยงการใกล้ชิดผู้ที่ไอ จาม และ 4) การหยุดงาน หยุดกิจกรรมเมื่อป่วย (Bureau of Emerging Infectious Diseases, 2010) และการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ และมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ที่อาศัยในเขตการปกครอง 25 อำเภอ ทั้งเพศหญิงและเพศชาย จำนวน 349,755 ราย

กลุ่มตัวอย่างคำนวณหาโดยคำนวณจากสูตรเครซี่ และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 383 คน และเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 405 คน คัดเลือกพื้นที่ชุมชนเมืองแบบเฉพาะเจาะจงโดยเลือกอำเภอเมืองเชียงใหม่ และคัดเลือกพื้นที่ระดับตำบลโดยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลาก โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสัดส่วนของประชากร และทำการสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อโดยการจับสลากจนได้กลุ่มตัวอย่างจนครบ โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุดังนี้ 1) อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารเข้าใจภาษาไทยได้ 3) มีความยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 4) ประเมินภาวการณ์รู้คิดโดยใช้แบบประเมินภาวะการณ์รู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) (Pfeiffer, 1975) โดยต้องตอบได้ถูกต้อง 8 ข้อขึ้นไป จาก 10 ข้อ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้และการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชน โดยพัฒนาจากแนวปฏิบัติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ประสบการณ์การได้รับความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ การแพร่กระจายเชื้อ ภาวะแทรกซ้อน การวินิจฉัยและการรักษา และความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ตามมาตรการ “ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด” รวมทั้งรับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคมจำนวน จำนวน 35 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามแบบปลายปิดเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เมื่อตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0 คะแนน มีช่วงคะแนน 0-35 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, Engelhart, Furst, Hill, & Krathwohl, 1975) คะแนน 28-35 คะแนน หมายถึง ระดับสูง คะแนน 21-27 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนน 0-20 คะแนน หมายถึง ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุตามมาตรการ “ปิด ล้าง เลี่ยง หยุด” รวมทั้งรับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ และมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคมจำนวน 20 ข้อ มีช่วงคะแนน 0-40 คะแนน แบ่งระดับการปฏิบัติด้วยมาตรประมาณค่า 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย 0 คะแนน โดยแบ่งระดับคะแนนการปฏิบัติจากคะแนนรวมใช้วิธีการแบ่งอันตรภาคชั้นโดยการหาค่าพิสัย คำนวณค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดแล้วนำผลที่ได้มาแบ่งเป็น 3 ช่วงเท่า ๆ กัน แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ คะแนน 0-14 ระดับต่ำ คะแนน 15-27 ระดับปานกลางและคะแนน 28-40 ระดับสูง (Sangsoy, 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่คำนวณโดยใช้สูตรของคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder - Richardson Procedure 20) เท่ากับ 0.70 และค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์การปฏิบัติคำนวณโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha Coefficient Reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ 0.92

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รหัสโครงการ 2563-EXP และมีการทำหนังสือ

ขออนุญาตเก็บข้อมูลผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ ทำการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประโยชน์และผลที่จะได้ และสิทธิที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วม ปฏิเสธ ยกเลิก หรือออกจากการวิจัยได้ พร้อมทั้งขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำข้อมูลมาใช้ในงานวิจัยเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยติดต่อหน่วยงานในพื้นที่เพื่อขอรายชื่อผู้สูงอายุ และทำการติดต่อนัดหมายสถานที่ในการสัมภาษณ์ตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 1 วันก่อนการสัมภาษณ์ เมื่อเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะการณ์รู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ) และทำการสัมภาษณ์โดยอ่านคำชี้แจงและคำถามในแบบสัมภาษณ์ซึ่งใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากการสัมภาษณ์เสร็จสิ้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของข้อมูล และเก็บเอกสารสัมภาษณ์ในซองปิดผนึก

ระยะที่ 2 เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ระลอกใหม่ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเพิ่มเติมโครงการวิจัยในวิธีการรวบรวมข้อมูล เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค และปฏิบัติตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข โดยผู้วิจัยได้ติดต่อหน่วยงานในพื้นที่เพื่อขอรายชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ แล้วทำการติดต่อนัดหมายทำการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ในวันที่และเวลาตามความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง และดำเนินการคัดกรองด้วยแบบประเมินภาวะการณ์รู้คิดฉบับสั้น (SPMSQ) และทำการสัมภาษณ์โดยอ่านคำชี้แจง และคำถามในแบบสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุในชุมชนโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 58.27 มีอายุระหว่าง 60-84 ปี อายุเฉลี่ย 66.63 ปี (S.D.= 4.89) โดยส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 73.58 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 43.95) และมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. (ร้อยละ 17.28) ทุกคนไม่เคยมีประวัติการป่วยด้วยโรคไข้หวัดใหญ่ เคยได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ (62.72) และเคยได้รับความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 62.47) โดยได้รับความรู้จากพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 29.14)

ความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.54) และระดับปานกลาง (ร้อยละ 43.46) โดยไม่มีกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ในระดับต่ำ ดังที่แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 405)

ระดับความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	ชุมชนเมือง จำนวน (ร้อยละ)
ความรู้ในระดับสูง	229 (56.54)
ความรู้ในระดับปานกลาง	176 (43.46)

การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 56.05) ระดับปานกลาง(ร้อยละ 43.70) และ ระดับต่ำ (ร้อยละ 0.25) ดังที่แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (n = 405)

ระดับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่	ชุมชนเมือง จำนวน (ร้อยละ)
การปฏิบัติในระดับสูง	227 (56.05)
การปฏิบัติในระดับปานกลาง	177 (43.70)
การปฏิบัติในระดับต่ำ	1 (0.25)

การอภิปรายผล

ความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากที่ผ่านมาประเทศไทยมีการสนับสนุนการให้ความรู้ โดยกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งเคยได้รับความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โดยได้รับความรู้จากพยาบาลวิชาชีพมากที่สุด รองมา คือ การหาความรู้เองจากสื่อออนไลน์ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 98.52 ได้รับการศึกษา โดยพบว่าจบการศึกษามากที่สุดในระดับประถมศึกษาตอนปลาย ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวช. และระดับระดับปริญญาตรี ตามลำดับ ทั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนที่เป็นอสม.ซึ่งได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคระบาด เช่น โรคไข้เลือดออก และโรคไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี ซึ่งอาจทำให้คะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด A (2009H1N1) ของประชาชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.20 (Supanyabut, 2011) นอกจากนี้ งานวิจัยที่ศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ ยังพบว่าผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับดี (ร้อยละ 61.90) และระดับดีมาก (ร้อยละ 29.80) (Gazibara et al., 2019)

เมื่อพิจารณาความรู้รายข้อ พบว่า ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกต้องน้อย ได้แก่ หากมีการไอหรือจามควรใช้มือปิดปากและจมูก (ร้อยละ 32.17) หลังจากขับถ่ายสามารถล้างมือด้วยน้ำเปล่าได้โดยไม่จำเป็นต้องใช้สบู่ (ร้อยละ 29.13) และการล้างมือด้วยน้ำ และสบู่เพียง 5-10 วินาที ก็สามารถทำความสะอาดมือได้อย่างดีแล้ว (ร้อยละ 27.17) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือเพียงการล้างมือด้วยน้ำเปล่าเป็นการทำความสะอาดมือซึ่งดีว่าการไม่ได้ล้างมือ แสดงให้เห็น

ว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ในการล้างมือที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากล้างมือไม่ถึง 15-20 วินาที สอดคล้องกับการศึกษาความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดต่อโรคไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (โควิด-19) การเปรียบเทียบระหว่างวัย ที่พบว่า วัยสูงอายุมีความตระหนักแตกต่างกันอย่างมีนัยสำาคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉพาะในพฤติกรรมการล้างมือ (Chomeya & Phansri, 2020) โดยภาพรวมของการศึกษาแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับสูง แต่ยังคงมีผู้สูงอายุที่ยังมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่ยังไม่ถูกต้องในบางประเด็น จึงควรมีการพิจารณาถึงความเหมาะสมของสื่อและกลยุทธ์ต่าง ๆ ในการให้ความรู้สำหรับประชาชนในแต่ละพื้นที่ รวมไปถึงการทำงานร่วมกันของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง โดยพยาบาลถือเป็นหนึ่งในวิชาชีพสำคัญที่มีบทบาทในการควบคุมและป้องกันโรคติดต่ออุบัติใหม่และโรคติดต่ออุบัติซ้ำให้ประสบความสำเร็จได้ (Aree & Kunaviktikul, 2013)

การปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในระดับสูง ทำให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เช่น การเว้นระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร การปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอหรือจาม และการหลีกเลี่ยงการไปตลาดนัดที่มีคนแออัด รวมไปถึงการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ซึ่งเป็นการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประวัติเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่กว่าร้อยละ 62.72 ผลการศึกษาแตกต่างกับการศึกษาของสัญญา สุปัญญาบุตร (Supanyabut, 2011) พบว่า การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 53.40 ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง แต่ยังพบการแพร่ระบาดของโรคไข้หวัดใหญ่ในพื้นที่เป็นประจำในทุกปี และกลุ่มตัวอย่างกล่าวว่าการปฏิบัติในบางกรณีสามารถทำได้ยาก เช่น การรักษาระยะห่างในชุมชน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่ายังคงต้องไปตลาดเพื่อซื้ออาหาร ไปโรงพยาบาลเพื่อรับยา และออกไปในพื้นที่ชุมชน แต่ก็ได้มีการระมัดระวัง และป้องกันตัวเองมากขึ้นกว่าเดิมนอกจากนี้ยังมีข้อการปฏิบัติที่กลุ่มตัวอย่างที่ระบุว่าไม่เคยปฏิบัติซึ่งเกี่ยวข้องกับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยได้รับการฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ให้ข้อมูลว่าตนเองแข็งแรง ที่ผ่านมาไม่เคยฉีดจึงคิดว่าไม่จำเป็น สอดคล้องกับการศึกษาของสมบูรณ์ ทวีลาภ และวัลลีรัตน์ พบคีรี (Thaweelap & Pobkeeree, 2019) ที่พบว่าผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 77.40 ไม่ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ เนื่องจากเห็นว่าสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีอยู่แล้ว ซึ่งอาจเป็นหนึ่งสาเหตุที่ทำให้อัตราการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

ทั้งนี้ จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (โควิด-19) ในปัจจุบันทำให้ประชาชนทุกพื้นที่มีความตื่นตัวในการป้องกันตัวเองมากขึ้น จากการศึกษาของ ธานี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิกา ชัชชวรัตน์ (Glomjai, Kaewjiboon & Chachvarat, 2020) พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับมาก จึงเป็นไปได้ว่าสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลให้ประชาชนมีความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เพิ่มมากขึ้นด้วย ทั้งนี้ แม้ในช่วงที่มีการระบาดจะทำให้มีการปฏิบัติตัว เช่น การสวมหน้ากาก การลดการออกจากบ้าน แต่ในกลุ่มคนชุมชนเมืองมีการเดินทางไปพื้นที่ที่มีความแออัด เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด หรือไปสถานที่ทำงานซึ่งหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีการใช้รถสาธารณะ และยังพบการปฏิบัติในการเว้นระยะห่างทางสังคมต่ำ (Faculty of Economics, Chulalongkorn University, 2020) ดังนั้นการส่งเสริมการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่จึงควรกระทำอย่างต่อเนื่องและพิจารณาถึงความสำคัญในประเด็นของกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมให้มีการให้ความรู้ในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรคไข้หวัดใหญ่ และการล้างมืออย่างถูกต้อง ควรสร้างความตระหนักให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ โดยเฉพาะในประเด็นการล้างมือ และการรับวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่เป็นประจำทุกปี และควรพัฒนากลยุทธ์ต่าง ๆ ในการส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ในผู้สูงอายุ เช่น ภาวะพึ่งพา หรือศึกษาปัจจัยทำนายการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ หรือศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเกี่ยวกับผลของโปรแกรมให้ความรู้ต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ หรือผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้สูงอายุ หรือศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อการสอนสำหรับผู้สูงอายุ และพัฒนาสื่อที่ส่งเสริมความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

References

Aree, P. & Kunaviktikul, W. (2013). One health: How can nurse be involved. *Nursing Journal Volume*, *40*(Special issue), 143-149. (in Thai)

Bloom, B S., Engelhart, M. D., Furst, E. J., Hill, W. H., & Krathwohl, D. R. (1975). *Taxonomy educational objectives handbook 1: Cognitive domain* (20th ed.). New York: David Makey.

Bureau of Emerging Infectious Diseases. (2017). *Strategic plan for Influenza*. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)

Bureau of Emerging Infectious Diseases, Department of Disease Control. (2010). *Guideline for medical and public health personnel to preventing new Influenza A (H1N1)* 1st edition. Nonthaburi: Office of the Veterans Organization. (in Thai)

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control. (2020). *Annual epidemiological surveillance report.* Ministry of Public Health. (in Thai) Retrieved from https://r8506.moph.go.th

Chomeya, R., Phansri, G. (2020). New corona virus (Covid-19) disease prevention behaviors awareness: Comparison between ages. *Journal of Humanities and Social Sciences Mahasarakham University, 39*(6), 72-82.

Centers for Disease Control and Prevention. (2018). *Adults 65 and older need a flu shot fact sheet.* Retrieved from https://www.cdc.gov/flu/pdf/freeresources/seniors/seniors-vaccination-factsheet-final.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Influenza fact sheet.* Retrieved from https://www.cdc.gov/flu/about/keyfacts

Division of Vaccine Preventable Diseases, Department of Disease Control. (2018). *Guidelines for the seasonal influenza vaccination*. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)

Division of Vaccine Preventable Diseases, Department of Disease Control. (2019). *Guidelines for services in adult vaccine clinics Revised version 1 February 2019*. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)

Faculty of Economics, Chulalongkorn University. (2020). *Behavioral insights of Thai families under the COVID-19 situation.* (in Thai) Retrieved from https://drive.google.com/file/d/1s-tvSan9LHnDW.

Gazibara, T., Kovacevic, N., Kisic-Tepavcevic, D., Nurkovic, S., Kurtagic, I., & Pekmezovic, T. (2019). Flu vaccination among older persons: Study of knowledge and practices. *Journal of Health, Population and Nutrition*, *38*(1), 1-9.

Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from novel coronavirus 2019 (covid-19). *Journal of Nursing, Public Health, and Education, 21*(2), 29-39. (in Thai)

Health Data Center, Department of Disease Control. (2021). *Influenza vaccine services classified by service recipients*. (in Thai) Retrieved from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source

Health Education Division, Ministry of Public Health. (2017). *Strategies for strengthening health knowledge and behavior*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai)

Health Systems Research Institute. (2013). *Influenza in the elderly*. (in Thai) Retrieved from https://www.hsri.or.th/people/media/waiting-categorize/detail/4723

Institute for Urban Disease Control and Prevention. (2017). *Urban Disease Health Service Plan 2017-2021.* Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (in Thai)

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

Malathum, K., Malathum, P., & Singhanata S. (2007). Infections in older persons. *Rama Nurse Journal*, *13*(3), 272-287. (in Thai)

Nanasilp, P. (2015). Gerontological nursing's core knowledge: Who are the older persons, determinant by age or other factors? *Nursing Journal Volume*, *42*(Special issue), 156-162. (in Thai)

Rujirakul, R. (2013). *Rural communities and public health communities in northeast.* Course Document 609101 rural medical education. Institute of Medicine Suranaree University of Technology. (in Thai)

Sangsoy, C. (2017). *Religious practices and spiritual well-being in older persons with uncontrolled hypertension* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai university, Thailand. (in Thai)

Supanyabut, S. (2011). Affecting factors and impacted to preventive behavior on the Influenza type A (subtype2009H1N1) of the population in Namon district Kalasin province. *Journal of the Office of DPC6 Khon Kaen*, *18*(2), 1-11. (in Thai)

Thaweelap, S., & Pobkeeree, V. (2019). *Factors associated with the acceptance of seasonal influenza vaccination among the elderly in Phraphutthabat district, Saraburi province*. The 12th Research Conference document, Srinakharinwirot University, Bangkok. (in Thai)

World Health Organization. (2018). *Influenza (seasonal).* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)

World Health Organization. (2019). *Global influenza strategy 2019-2030*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/handle/10665/311184

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง*

Mental Health Literacy and Psychological Well-being Among Dependent Elders*

ภาคิน บุญพิชาชาญ** Pakin Boonpichachan**

ศิริรัตน์ ปานอุทัย*** Sirirat Panuthai***

เดชา ทำดี**** Decha Tamdee****

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุพึ่งพิงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ดีจะสามารถจัดการกับปัญหาทางสุขภาพจิตของตน และเสริมสร้างความผาสุกทางใจได้ การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนจังหวัดพะเยา กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุพึ่งพิงภายในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา จำนวน 88 ราย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2564 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือสถิติเชิงพรรณนาและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความผาสุกทางใจ ($r = .457$, $p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผนการส่งเสริมความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ความผาสุกทางใจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

*วิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 11 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 26 ตุลาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 2 พฤศจิกายน 2564

Abstract

Dependent elders who are proficient in mental health literacy can deal with their own mental health problems and enhance their psychological well-being. The objective of this descriptive correlational study was to study and explore the relationship between mental health literacy and the psychological well-being of dependent elders. The sample was 88 dependent elders residing in the area under the responsibility of Health Promoting Hospitals of Muang district, Phayao province, during June to July 2021. The data were collected using questionnaires on mental health literacy among elders and psychological well-being among elders which were tested for validity and reliability. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were also used to analyze the data.

The results revealed that mental health literacy and psychological well-being were at a moderate level. Furthermore, mental health literacy positively and moderately correlated with psychological well-being at a significant level of $p < .001$ ($r = .457$).

The results of this study could be used as basic information for health care personnel to plan for psychological well-being promotion among dependent elders.

Keywords: Mental health literacy, Psychological well-being, Dependent elders

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

** Graduate student of Nursing Science program, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

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

Received 11 October 2021; Revised 26 October 2021; Accepted 2 November 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุวัยปลาย จากการสำรวจผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2559 พบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร้อยละ 3.8 และคาดการว่าในปี พ.ศ. 2580 สัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 6.7 ของจำนวนประชากร และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2016) ภาวะพึ่งพิง เป็นภาวะที่บุคคลต้องอาศัยบุคคลอื่นในการให้การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ และ/หรือสังคม (World Health Organization, 2004) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักมีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันด้วยตนเอง ทั้งการดูแลตนเองด้านกิจกรรมในบ้าน และกิจกรรมนอกบ้าน (Thongcharoen, 2015) เป็นกลุ่มบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากภาวะพึ่งพิงทั้งด้านร่างกายจากการเคลื่อนไหวร่างกายได้น้อย เช่น แผลกดทับ ขาดสารอาหาร การยึดติดของข้อต่างๆ กล้ามเนื้อลีบ และการติดเชื้อในร่างกาย เป็นต้น (Sasat, 2012) การขาดการติดต่อกับสังคมส่งผลให้ขาดโอกาสในการได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น สำหรับผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการแสวงหาการรักษา ค่าเดินทางเข้ารับการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแล เช่น ผ้ารองกันเปื้อน (แพมเพิร์ส) อาหาร รวมถึงการจ้างผู้ดูแลรายเดือน (Sihapark, 2014) และผลกระทบด้านจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการดูแลตนเองต้องพึ่งพาบุคคลอื่น รวมถึงการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสังคมจากผู้นำครอบครัวกลายเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้เกิดความเครียดได้ง่ายและส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Thongtanunam & Meeboon, 2014) โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีปัญหาด้านจิตใจมากที่สุดจากการต้องพึ่งพิงบุคคลอื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน (Gill, Williams, Williams, Butki, & Kim, 1997) ความวิตกกังวลทุกข์ร้อนห่วงใยลูกหลาน กลัวถูกทอดทิ้ง ไม่มีผู้ดูแล ตลอดจนถึงมีความรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยวหมดกำลังใจหรือเศร้าใจบ่อย(Jongrat, Ridchuayrod, Wongmek, & Rattanakhot, 2019) ซึ่งจากผลกระทบด้านต่างๆ เหล่านี้ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีความผาสุกทางใจในชีวิตลดลงตามไปด้วย (Office of the National Economic and Social Development Council, 2011)

ความผาสุกทางใจเป็นความรู้สึกทางบวกและเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเองที่แสดงถึงพัฒนาการและการเติบโตของบุคคล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง หมายถึงการมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง การยอมรับตนเองในทุกด้านทั้งสิ่งที่ไม่ดีและสิ่งที่ดีของตนเอง และการมีความรู้สึกที่ดีกับชีวิตในอดีตที่ผ่านมา 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น หมายถึง การมีสัมพันธภาพที่อบอุ่น พึงพอใจ และไว้วางใจกับบุคคลอื่น ความห่วงใยในสวัสดิภาพของคนอื่น ความเข้าใจในสัมพันธภาพที่ต้องมีทั้งการให้และการรับ เห็นอกเห็นใจและเข้าใจบุคคลอื่น 3) ความเป็นตัวของตัวเอง หมายถึง การมีอิสระในตนเอง การกำหนดหรือตัดสินใจด้วยตนเอง สามารถทนต่อแรงต้านหรือแรงกดดันทางสังคมทั้งการกระทำและความคิด ควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ และตัดสินตนเองโดยใช้เกณฑ์ที่ตนเองกำหนด 4) ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม หมายถึง การมีความสามารถในการควบคุมและจัดการสิ่งแวดล้อม รวมถึงการควบคุมกิจกรรมภายนอก การใช้โอกาสภายนอกอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างหรือจัดการบริบทภายนอกเพื่อให้เหมาะสมหรือสอดคล้องกับความต้องการหรือค่านิยม 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต หมายถึง การมีเป้าหมายในชีวิต การรับรู้ถึงการอยู่อย่างมีความหมายทั้งอดีตและปัจจุบัน มีเป้าหมายในการดำรงชีวิต และการมีความเชื่อว่าชีวิตมีความหมาย 6) ความเจริญงอกงามของบุคคล หมายถึง การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ว่าตนเองมีการเติบโตหรือพัฒนา การเปิดโอกาสรับประสบการณ์ใหม่ๆ การตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง มองเห็นพัฒนาการของตนเอง และการเปลี่ยนแปลงวิธีการที่จะทำให้รู้จักตนเองมากขึ้น (Ryff, 2014)

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะด้านร่างกายทำให้มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจกรรมในบ้านและกิจกรรมนอกบ้านอย่างอิสระด้วยตนเอง ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ ได้ รวมถึงมีข้อจำกัดด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง ประกอบกับโรคเรื้อรังต่างๆ ทำให้ขาดโอกาสในการพัฒนาตนเอง หรือการทำ

ให้บรรลุเป้าหมายหรือจุดมุ่งหมายของตนเอง ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความผาสุกทางใจลดลง ดังเช่นการศึกษาของ ยุพา ทองสุข, ดวงใจ วัฒนสิทธุ์ และภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ (Thongsuk, Vatanasin, & Hengudomsub, 2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ โดยเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 233 คน พบว่าความผาสุกทางใจอยู่ในระดับปานกลางทั้งโดยรวมและรายด้าน เช่นเดียวกับการศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนของชนัญชิดา ดุษฎี ทูลศิริ และ นารีรัตน์ บุญเนตร (Toonsiri, & Boonnate, 2020) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุโรคเรื้อรังจำนวน 148 ราย ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความผาสุกทางใจในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกแง่ดี และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ดังการศึกษาของ ยุพา ทองสุข และคณะ (Thongsuk et al., 2019) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ภาวะสุขภาพร่วมกันทำนายความผาสุกทางใจได้ร้อยละ 24 การรับรู้ส่วนการศึกษาความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนของ ชนัญชิดา ดุษฎี ทูลศิริ และ นารีรัตน์ บุญเนตร (Toonsiri, & Boonnate, 2020) ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเอง การมองโลกแง่ดี และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายความผาสุกทางใจของกลุ่มได้ร้อยละ 37.9 อย่างไรก็ตามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความผาสุกทางใจจากการทบทวนวรรณกรรมในกลุ่มประชากรวัยอื่นพบปัจจัยอื่นๆ เช่น การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง การสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ดังการศึกษาของเบจอร์นเซน, เอสป์เนส, ไอเลิร์ตเซ่น, ริงดัล และ มอกเนส (Bjørnsen, Espnes, Eilertsen, Ringdal, & Moksnes, 2019) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางใจในกลุ่มตัวอย่างอายุ 15-21 ปี ในประเทศนอร์เวย์ โดยพบว่าความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา การรับรู้สถานการณ์ทางการเงินของครอบครัว ความรู้สึกโดดเดี่ยว ความเครียด สภาวะสุขภาพทางกาย และความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เนื่องด้วยความผาสุกทางใจเป็นความรู้สึกและการรับรู้ของบุคคลซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องจึงเป็นปัจจัยด้านบุคคล โดยเฉพาะปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเป็นความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตที่จะทำให้บุคคลตระหนัก และสามารถป้องกันและจัดการความผิดปกติทางจิตได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต หมายถึง ความรู้และความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ซึ่งจะช่วยให้บุคคลตระหนัก และป้องกันหรือจัดการความผิดปกติทางจิต ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ ซึ่งการมีความรอบรู้เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตหรือความทุกข์ทางจิตใจจะช่วยให้บุคคลแสวงหาการรักษาอย่างทันท่วงที 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการจัดการกับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง ได้แก่ การช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือเพื่อน การปฏิบัติกิจกรรมที่ชื่นชอบหรือการออกกำลังกาย 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรสุขภาพ 5) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม ซึ่งการมีทัศนคติที่ดีจะช่วยให้บุคคลแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต จากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น หนังสือ รายการโทรทัศน์ หรือวารสารต่างๆ (Jorm, 2000) จากการทบทวนวรรณกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุประเทศไต้หวันของคิม, ลี, ลี, ซิม, และ ปร์าค (Kim, Lee, Lee, Simms, & Park, 2017) โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 596 คน อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป โดยเกือบทั้งหมดมีโรคเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ

การที่บุคคลมีความรอบรู้สุขภาพจิต คือ รู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดความผิดปกติทางจิต ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงของตนเอง และสามารถแสวงหาแนวทางในการป้องกันการเกิด

ปัญหาทางจิตทั้งการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นรวมถึงบุคลการด้านสุขภาพ หรือการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อนำมาใช้ประกอบในการส่งเสริมความผาสุกทางใจหรือป้องกันความผิดปกติทางจิตได้ (Langlands, Jorm, Kelly, & Kitchener 2008) จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านจิตใจและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่หน่วยงานและบุคลากรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องใช้ในการวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถนำไปปรับใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโรคที่มีภาวะพึ่งพิง

2. เพื่อศึกษาความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุโรคที่มีภาวะพึ่งพิง

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุโรคที่มีภาวะพึ่งพิง

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นอย่างไร

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสัมพันธ์กันหรือไม่อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะภาวะพึ่งพิงด้านร่างกายทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างอิสระ ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งนำมาซึ่งผลกระทบด้านจิตใจคือความผาสุกทางใจที่ลดลง โดยความผาสุกทางใจเป็นคุณลักษณะเชิงบวกทางด้านจิตใจของบุคคลที่มีความหลากหลายทั้งในด้านการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การยอมรับตนเอง 2) การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 3) ความเป็นตัวของตัวเอง 4) ความสามารถในการควบคุมจัดการกับสิ่งแวดล้อม 5) การมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 6) ความเจริญงอกงามของบุคคล (Ryff & Keyes, 1995) หากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับที่เพียงพอจะช่วยให้บุคคลสามารถแสวงหาข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงหรือสาเหตุของความผิดปกติทางจิตของตนเอง ตลอดจนการแสวงหาข้อมูลหรือความช่วยเหลือในการป้องกันหรือจัดการกับความผิดปกติทางจิตของตนเอง หรือการปรับความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต จนเกิดเป็นความรู้และความเชื่อที่เหมาะสมเกี่ยวกับความส่งเสริมความผาสุกทางใจของตนเอง ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นความรู้ ความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุของความผิดปกติทางจิต 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคลากรด้านสุขภาพ 5) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต (Jorm, 2000)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการความผาสุกทางใจและความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิงคือมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ภายในอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยมีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้

1. มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยมีคะแนนที่ได้จากการประเมินด้วยแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health 2014) น้อยกว่า 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน

2. มีสติปัญญา และการรับรู้ปกติ โดยมีคะแนนจากการใช้แบบประเมินสติปัญญา การรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire: SPMSQ) ของไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2561) โดยได้คะแนน 8 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน

3. สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยด้วยการพูดและฟังได้

4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการ power analysis โดยกำหนดอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่นำมาใช้ในการคำนวณเพื่อหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างทางการพยาบาลที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลางตามข้อแนะนำสำหรับงานวิจัยทางการพยาบาล (Polit & Beck, 2004) จากการเปิดตารางได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายและการกำหนดสัดส่วน (simple random and proportionate sampling) สุ่มเลือก 8 ตำบลของอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา โดยแบ่งตามทิศภูมิศาสตร์ของเขตอำเภอเมือง คือ เขตทิศเหนือ ทิศใต้ ทิศตะวันออกและทิศตะวันตก โดยสุ่มมาพื้นที่ละ 2 ตำบล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แบบไม่แทนที่ (sampling without replacement) ตามจำนวนที่กำหนดตามสัดส่วนในแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือสองส่วนคือ เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1.1 แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (The Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) ของไฟฟ์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (Chiangmai Provincial Public Health Office, 2018) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งประกอบด้วยความจำ การรับรู้เกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล การคิด คำนวณ การมีสมาธิจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และการคิดตัดสินใจ ลักษณะคำตอบเป็นการตอบถูก ให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 -10 คะแนนต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป

1.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (Barthel ADL Index) ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health 2014) มีข้อคำถาม 10 ข้อ ประกอบด้วยความสามารถในการปฏิบัติ 10 กิจกรรมที่ต้องได้คะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะการอยู่อาศัย จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกัน รายได้ตนเองต่อเดือน ความพอเพียงของรายได้ การมีเงินออม แหล่งรายได้ อาชีพหลักในปัจจุบัน และผู้ดูแลหลัก และข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว และการได้รับยา แหล่งบริการสุขภาพที่ใช้ประจำ และสิทธิการรักษาพยาบาล

2.2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุของ วชิรา โพธิ์ใส, เพลินตา พิพัฒน์สมบัติ, และ ปราโมทย์ ถ่างกระโทก (Posai, Pipatsombat,& Thangkratok, 2021) ที่สร้างตามแนวคิดของโจร์ม (Jorm, 2000) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ความสามารถของบุคคลในการรับรู้ความผิดปกติหรือความทุกข์ทางจิตใจประเภทต่างๆ 2) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสาเหตุ 3) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับการช่วยเหลือตนเอง 4) ความรู้และความเชื่อเกี่ยวกับความช่วยเหลือจากบุคลากรวิชาชีพ 5) ทัศนคติที่เอื้อต่อการรับรู้และการแสวงหาความช่วยเหลือที่เหมาะสม และ 6) ความรู้เกี่ยวกับวิธีการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพจิต เป็นลักษณะคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 60 ข้อ (องค์ประกอบละ 10 ข้อ) โดยเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด ใช้เวลาในการตอบประมาณ 20 นาที คะแนนที่ได้จากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตได้จากการรวมคะแนนของแต่ละข้อ โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 60-300 คะแนน และหาค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคได้เท่ากับ 0.80

2.3 แบบสอบถามความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุของ รีฟ และ คีย์ (Ryff & Keyes, 1995) แปลเป็นภาษาไทยโดย ปิยะกมล วิจิตรศิริ (Wichitsiri, 2012) เป็นการประเมินการรับรู้ ความพึงพอใจ การมีความสุขกับชีวิตในผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้านคือ 1) ด้านการยอมรับตนเอง 2) ด้านการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับผู้อื่น 3) ด้านความเป็นตัวของตัวเอง 4) ด้านความสามารถในการควบคุมจัดการสิ่งแวดล้อม 5) ด้านการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต และ 6) ด้านความเจริญงอกงามของบุคคล ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามทางบวก 10 ข้อ และข้อคำถามทางลบ 8 ข้อ ลักษณะข้อคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ แบบสอบถามทั้งฉบับมีคะแนนรวมระหว่าง 18-72 คะแนน และหาค่าความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน โดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาคได้เท่ากับ 0.85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 2564-020 รหัสโครงการ : 2564-EXP014 หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงให้ลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในกรณีไม่สามารถเขียนหนังสือได้บนเอกสารยิมยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและจะนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น และเนื่องด้วยจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ดังนั้น กระบวนการรวบรวมข้อมูลจะดำเนินการตามมาตรการการเว้นระยะทางสังคม โดยการรักษาระยะห่างที่ปลอดภัย และมีการสวมหน้ากากอนามัยทุกครั้ง ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่และน้ำหรือแอลกอฮอล์เจลสำหรับล้างมือที่มีส่วนผสมหลักเป็นแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อย 70% ทุกครั้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่แล้ว โดยทำหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา และสาธารณสุขอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา เพื่อขออนุญาตในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับหนังสืออนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 8 แห่งและเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลและการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตตำบลที่ได้รับการคัดเลือก พร้อมนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และประโยชน์ของการวิจัย แล้วดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างจากคุณสมบัติที่กำหนดไว้ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล และแบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น

เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างตรงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้แล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นสถานที่ที่เหมาะสม และมีความเป็นส่วนตัว โดยเริ่มจากการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในกรณีไม่สามารถเขียนหนังสือได้บนเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และแบบสอบถามความผาสุกทางใจ โดยวิธีการอ่านข้อคำถามให้ฟังแล้วให้ผู้สูงอายุเลือกคำตอบด้วยตนเอง ซึ่งใช้ระยะเวลาประมาณ 45 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูลของแบบสอบถามทั้ง 88 ฉบับว่าข้อมูลครบถ้วยแล้วจึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ทางผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้

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

2. วิเคราะห์คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคะแนนความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) คำนวณค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

3. การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test ก่อนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าข้อมูลมีการกระจายในโค้งปกติจึงทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.00) เป็นเพศหญิงและมีอายุเฉลี่ย 77.70 ปี (SD= 10.51) โดยช่วงอายุที่พบมากที่สุดคืออายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นพบร้อยละ 44.30 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 87.50) เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน มากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 53.40) มีสถานะภาพสมรสหม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่ และส่วนใหญ่(ร้อยละ 72.80) กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57.90) อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีส่วนน้อยที่อาศัยอยู่ลำพังเพียงลำพัง (ร้อยละ 5.70) กลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 94.30) มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ซึ่งโรคพบมากที่สุดได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคกระดูก โรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคทางระบบประสาท ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการเจ็บป่วย (n = 88)

คุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	37	42.00
หญิง	51	58.00
อายุ (ปี) ($\bar{x}$ = 77.70, SD = 10.51)		
60-69	16	18.20
70-79	33	37.50
≥ 80	39	44.30
ADL		
ติดบ้าน	77	87.50
ติดเตียง	11	12.50
สถานภาพ		
โสด	6	6.80
คู่	35	39.80
หม้าย/หย่า/แยก	47	53.40
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	17	19.30
ประถมศึกษา	64	72.80
มัธยมศึกษา	6	6.80
ประกาศนียบัตร	1	1.10
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่คนเดียว	5	5.70
อยู่กับคู่สมรส	19	21.60
อยู่กับบุตรหลาน	51	57.90
อยู่กับคู่สมรสและบุตรหลาน	10	11.40
อยู่กับญาติพี่น้อง	2	2.30
อยู่กับแม่	1	1.10
มีโรคโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค	83	94.30
โรคประจำตัว **		
ความดันโลหิตสูง	60	68.20
เบาหวาน	30	34.10
โรคกระดูกและข้อ	25	28.40
โรคหัวใจและหลอดเลือด	19	21.60
โรคทางระบบประสาท	16	18.20
ไตวายเรื้อรัง	3	3.40
มะเร็ง	2	2.30
อื่นๆ เช่น ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หอบหืด	2	2.30

หมายเหตุ ** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ข้อมูลเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับปานกลางพบร้อยละ 57.95 ระดับน้อยพบรองลงมาคือร้อยละ 34.09 ส่วนระดับสูงพบเพียงร้อยละ 6.82 แต่ระดับน้อยมากพบร้อยละ 1.14 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูง ร้อยละ 57.95 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตปานกลาง ร้อยละ 34.09 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อย และมีร้อยละ 1.14 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตน้อยมาก ส่วนความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยพบร้อยละ 72.73 ส่วนระดับสูงพบร้อยละ 27.27 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนแบบสอบถาม ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตราฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด–สูงสุด)	คะแนนที่ได้ mean SD.	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต	60.00-300.00	72.00-239.00	158.76 (34.20)	ปานกลาง	
ระดับน้อยมาก		60.00-90.00			1 (1.14)
ระดับน้อย		90.01-150.00			30 (34.09)
ระดับปานกลาง		150.01-210.00			51 (57.95)
ระดับสูง		210.01-270.00			6 (6.82)
ความผาสุกทางใจ	18.00-72.00	41.00-62.00	51.70 (4.59)	ปานกลาง	
ระดับปานกลาง		36.01-54.00			64 (72.73)
ระดับสูง		54.01-72.00			24 (27.27)

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .457$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

การศึกษาเชิงพรรณนาความสัมพันธ์ครั้งนี้ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง โดยมีสัดส่วนกลุ่มผู้สูงอายุพึ่งพิงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตระดับน้อยประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 34.09) และมากกว่าครึ่งที่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.95) แต่มีส่วนน้อยที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง (ร้อยละ 6.82) อาจอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ระดับน้อยและปานกลาง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางหรือติดบ้าน (ร้อยละ 87.50) และเป็นผู้สูงอายุวัยปลาย (ร้อยละ 44.30) คือไม่สามารถในการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองอย่างอิสระ ซึ่งรวมถึงบกพร่องในความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพและการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น นอกจากนั้นอายุที่มากขึ้นจะเกิดความบกพร่องอื่นๆ เช่น ความบกพร่องในการมองเห็นและการได้ยิน และระดับสติปัญญาและการรับรู้ (cognitive function) ซึ่งส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการค้นหาข้อมูลด้านสุขภาพหรือการคิดวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตหรือความทุกข์ทางจิตใจ รวมถึงสาเหตุของความผิดปกติ ดังผลการศึกษาของคิมและคณะ (Kim, et.al., 2017) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบ

รู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบว่าอายุเป็นปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าประมาณสองในสามของกลุ่มตัวอย่างยังมีระดับการศึกษาประถมศึกษา (ร้อยละ 72.80) ส่งผลให้มีข้อจำกัดด้านความสามารถในการอ่าน การทำความเข้าใจและการคิดวิเคราะห์ข้อมูล อีกปัจจัยที่อาจมีเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ได้แก่ สถานภาพสมรส ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ประมาณร้อยละ 60 มีสถานสมรสโสดและหม้าย แยกหรือหย่า ซึ่งอาจส่งให้ขาดการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจิตและการช่วยเหลือสนับสนุนด้านอื่นๆ ดังการทบทวนวรรณกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ ที่พบว่าสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ (Kim et.al., 2017) ผลการศึกษาสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุประเทศไต้หวันของ คิม และคณะ (Kim et.al., 2017) โดยกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่พบความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ และการศึกษาความแตกต่างของความความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตตามกลุ่มอายุของ ฟิสเชอร์ และ โกลนี (Fisher & Goldney, 2003) เกี่ยวกับความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในผู้ที่อายุ 65-74 ปี และ 15-24 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ที่อายุ 65-74 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตต่ำกว่าผู้ที่อายุ 15-24 ปี

2. ระดับความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุพึ่งพิงประมาณสามในสี่มีความผาสุกทางใจปานกลาง การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความผาสุกทางใจระดับปานกลางอาจอธิบายได้จากผู้สูงอายุพึ่งพิงกลุ่มนี้แม้ว่าจะมีอายุเฉลี่ย 77.70 ปี แต่พบว่าลักษณะสังคมและลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุพึ่งพิงส่วนใหญ่ในจังหวัดพะเยาไม่ได้อยู่คนเดียวตามลำพัง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากเพื่อนบ้านและคนในครอบครัวมีความสัมพันธ์ต่อความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุ (Wichitsiri, 2012) ร่วมกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Thongsuk et al., 2019) เนื่องจากผู้สูงอายุพึ่งพิงส่วนใหญ่ร้อยละ 87.50 เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ซึ่งยังมีความสามารถในการทำกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเองและได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเป็นอย่างดี การมีทัศนคติที่ดีและมีมุมมองด้านบวกต่อตนเองและอาการเจ็บป่วย จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองไม่ได้เป็นภาระของครอบครัว (Rakchat, 2005; Thongsuk et al., 2019) แม้ว่าผู้สูงอายุพึ่งพิงจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่างได้ด้วยตนเอง แต่ก็ยังมีกิจกรรมหลายๆ ประเภทที่ไม่สามารถทำได้เนื่องจากภาวะพึ่งพิง เช่น การทำกิจกรรมทางสังคม เป็นต้น

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความผาสุกทางใจอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .457$, $p < .001$) กล่าวคือ ผู้สูงอายุพึ่งพิงที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่สูงจะมีความผาสุกทางใจที่สูงเช่นกัน สามารถอธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตซึ่งหมายถึงความรู้ความเข้าใจและความเชื่อเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือการเกิดขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตของตนเอง รวมถึงความสามารถในการแสวงหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต ทั้งข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง ลักษณะอาการหรืออาการแสดงของปัญหาสุขภาพจิต และแนวทางการป้องกันหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพจิต โดยความรู้และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต การแสวงหาแหล่งที่สามารถให้ความรู้รวมถึงแหล่งช่วยเหลือเบื้องต้นได้เหมาะสม สามารถใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนสำหรับจัดการความผิดปกติทางจิตใจของตนได้ ลดความตึงเครียดลง และเกิดเป็นความผาสุกทางใจที่สมดุลของอารมณ์ด้านบวกและอารมณ์ด้านลบของตน ในทางตรงกันข้ามหากผู้สูงอายุพึ่งพิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่ต่ำ ก็จะเพิ่มความยากลำบากในการหาทางออกให้กับปัญหาและความผิดปกติทางจิตใจ เกิดความวิตกกังวล ไม่มีความสุข ความพึงพอใจในชีวิตและคุณภาพชีวิตลดลง และนำไปสู่ความผาสุกทางใจที่ต่ำได้ (Sriwichai, Boonchiang & Kreausukon, 2021) ผลการศึกษานี้มีความคล้ายคลึงกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจ โดยเป็นการศึกษาในนักศึกษามหาวิทยาลัยของ ณัฏฐภัณฑ์สัณฑ์ ศรีวิชัย และคณะ

(Sriwichai et al., 2021) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.345, p<.001) และการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี ของประเทศนอร์เวย์ของ เบจอร์นเซน และคณะ (Bjørnsen et al., 2019) โดยพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจมีความสันพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.17, p<.01)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยครั้งนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้นสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุวัยปลายและอยู่ในกลุ่มพึ่งพิงมากเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นผลการศึกษาอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรสูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งหมด ดังนั้นการศึกษาในครั้งต่อไปควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและความผาสุกทางใจในกลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นหรือกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง

References

Bjørnsen, H. N., Espnes, G. A., Eilertsen, M. E. B., Ringdal, R., & Moksnes, U. K. (2019). The relationship between positive mental health literacy and mental well-being among adolescents: Implications for school health services. *Journal of School Nursing, 35*(2), 107-116.

Chiangmai Provincial Public Health Office. (2018). *Health screening guide for the elderly health promotion.* Chiang Mai: Author. Retrieved from https://www.chiangmaihealth .go.th/cmpho_web/main_section.php?info_id=4197

Department of Health, Ministry of Public Health. (2014). *The elderly assessment form according to potential group according to the ability to carry out daily activities (Barthel activities of daily living: ADL).* Nonthaburi: Author. Retrieved from http://hpc9.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=508

Fisher, L. J., & Goldney, R. D. (2003). Differences in community mental health literacy in older and younger Australians. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 18*(1), 33– 40.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute. (2016). *This report, situation of the Thai elderly.* Bangkok: Author. Retrieved from https://thaitgri.org/?p=38427 (in Thai)

Gill, D. L., Williams, K., Williams, L., Butki, B., & Kim, B. J. (1997). Physical activity and psychological well-being in older women. *Women's Health Issues, 7*(1), 1-7.

Jongrat, K., Ridchuayrod, S., Wongmek, N., & Rattanakhot, N. (2019). Health status and quality of life of dependent elderly in Thungsong Municipality, Nakhon Si Thammarat Province. *Journal of Health Science, 6*(28), 13-20. (in Thai)

Jorm, A. F. (2000). Mental health literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *British Journal of Psychiatry, 177*(5), 396-401. doi:10.1192/bjp.177.5.396

Kim, Y. S., Lee, H. Y., Lee, M. H., Simms, T., & Park, B. H. (2017). Mental health literacy in Korean older adults: A cross-sectional survey. *Journal of psychiatric and mental health Nursing*, *24*(7), 523–533. https://doi.org/10.1111/jpm.12395

Langlands, R. L., Jorm, A. F., Kelly, C. M., & Kitchener, B. A. (2008). First aid for depression: A delphi consensus study with consumers, careers and clinicians. *Journal of Affective Disorders, 105*(1-3), 157-165. doi: 10.1016/j.jad.2007.05.004

Office of the National Economic and Social Development Council. (2011). *Report of the population projections for Thailand 2010-2040.* Bangkok: Author. (in Thai) Retrieved from http://www.nesdb.go.th/ Default.aspx? tabid=395.

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.

Polit, D. F., & Beck, T. B. (2004). *Nursing research: Principles and methods (7th ed).* Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.

Posai, V., Pipatsombat, P., & Thangkratok, P. (2021). Neuro-psychiatric symptom clusters and quality of life among patients with stroke. *Rama Med Journal, 42*(1), 1-11. (in Thai)

Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(4), 719-727.

Rakchat, S. (2005). *Self-care behaviors and quality of life of the elderly in Chiang Mai Province* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai Rajabhat University, Thailand. (in Thai)

Sihapark, S. (2014). *Long-term dependence: Family long-term care support system for the elderly*. (in Thai) Retrieved from http://shi.or.th/upload/Download%20File/.../1_Article_long%20term%20care.pdf

Sriwichai, N., Boonchiang, W., & Kreausukon, P. (2021). The correlation between mental health literacy, mental well-being, and loneliness among the student at Chiang Mai University. *The Journal of Human Sciences, 22*(1), 143-161. (in Thai)

Thongcharoen, W. (2015). *Science and art of nursing for the elderly* (2nd ed.). Bangkok: N. P. Place. (in Thai)

Thongtanunam, Y., & Meeboon, S. (2014). *Caring for the elderly who need daily assistance for their caregivers.* Bangkok: Gold Price. (in Thai)

Thongsuk, Y., Vatanasin, D., & Hengudomsub, P. (2019). Factors influencing psychological well-being among older adults. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 33*(1), 95-110. (in Thai)

Toonsiri, C., & Boonnate, N. (2020). Psychological well-being among community-dwelling older adults living with chronic illness. *Thai Pharmaceutical and Health Science Journal*, *15*(2), 116-123. (in Thai)

Wichitsiri, P. (2012) Wisdom, social support and psychological well-being of elderly in the elderly club at WatSarod Rat Burana District. *Bangkok Journal of Social Sciences and Humanities, 15*(1), 111-126.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย

Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 Among Older Persons at Risk for Dementia in a Rural Community in Chiang Rai Province

กรรณิกา	อุ่นอ้าย*	Kannika	Unai*
พนิดา	ชัยวัง**	Panida	Chaiwang**
พรภิมล	กรกกฎกำจร**	Bhonpimon	Korakodkamchon**
ดวงใจ	ปันเจริญ***	Duangjai	Panjarean***

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังประสบกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นไวรัสที่แพร่กระจายผ่านทางละอองฝอยที่มีเชื้อไวรัสจากการสูดดมหรือการสัมผัสโดยตรง ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม หากเกิดการติดเชื้อโรคโควิด-19 อาจมีอาการรุนแรงมากกกว่าในวัยอื่น การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จำนวน 95 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$= 66.49, SD = 4.75)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง (r= .344, p < .001)

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ (r= .377, p < .001) การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (r= .343, p < .001) และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (r= .323, p < .001)

4. ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับต่ำ ได้แก่ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ (r= .294, p < .01) การตัดสินใจด้านสุขภาพ (r= .280, p < .01) และด้านการโต้ตอบแลกเปลี่ยนความรู้ (r= .202, p < .05)

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย email: kannika.unai@crc.ac.th

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงห้าว

วันที่รับบทความ 21 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 17 มกราคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 8 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการวางแผนกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด -19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

Abstract

Thailand is experiencing a pandemic of COVID-19 which is spread via viral droplets through inhalation or direct contact. Older persons at risk for dementia may have more severe symptoms than persons of other ages when infected with COVID-19. The purpose of this descriptive correlational study was to investigate health literacy, behaviors to prevent COVID-19, and the relationship between health literacy and behaviors to prevent COVID-19 among older persons at risk for dementia. The purposive sampling method was used to select 95 older persons at risk for dementia. The data collection instruments were composed of an interview form on health literacy and behaviors to prevent COVID-19, which were tested for validity and reliability. Descriptive statistics and Pearson's product moment correlation coefficient were used for data analysis.

The results of the study revealed that:

1. Overall health literacy and that of each dimension among older persons were at a moderate level and behaviors to prevent COVID-19 were at a high level ($\overline{X}$ = 66.49, SD = 4.75)

2. Health literacy had a statistically significant positive correlation to behaviors to prevent COVID-19 at a moderate level (r = .344, p < .001).

3. There were a statistically significant positive correlation between each dimension of health literacy and behaviors to prevent COVID-19 at a moderate level, including transmission information relevant to health prevention (r= .377, p < .001), changing health behaviors (r =.343, p < .001), and accessibility of information and health services (r =.323, p < .001).

4. There was a statistically significant positive correlation between each dimension of health literacy and behaviors to prevent COVID-19 at a low level, including understanding of adequate health information and services (r = .294, p < .01), health decision-making (r = .280, p < .01), and knowledge exchange interaction (r = .202, p < .05).

The results of this study can be applied as baseline information for enhancing health personnel in planning activities to promote behaviors to prevent COVID-19 among older persons at risk for dementia.

Keywords: Health literacy, Health behaviors prevention of COVID-19, Older persons at risk for dementia

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College; e-mail: kannika.unai @crc.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

*** Professional Nurse, Wiang Hao Sub-District Health Promoting Hospital

Received 21 December 2021; Revised 17 January 2022; Accepted 8 February 2022

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคโควิด-19 (COVID-19) เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธ์ใหม่ 2019 (SARS-CoV-2) ที่ส่งผลให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจอย่างเฉียบพลันและรุนแรง การระบาดของโรคเกิดขึ้นครั้งแรกในเดือนธันวาคม 2019 และส่งผลให้เกิดภาวะวิกฤตทางสังคมและเศรษฐกิจไปทั่วโลก ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก วันที่ 7 มกราคม พ.ศ. 2565 พบการระบาดของโรคโควิด-19 แพร่กระจายไปในหลายทวีปทั่วโลก ได้แก่ ทวีปอเมริกาพบผู้ติดเชื้อทั้งหมดจำนวน 104,698,449 ราย ทวีปยุโรปพบผู้ติดเชื้อทั้งหมดจำนวน 103,190,471 ราย ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบผู้ติดเชื้อทั้งหมดจำนวน 45,034,821 ราย (World Health Organization, 2022) ในประเทศไทยพบการระบาดของโรคโควิด-19 ครั้งแรกในเดือนมกราคม พ.ศ. 2563 และพบการระบาดระลอกใหม่ ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 11 มกราคม พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันสะสมจำนวน 2,284,609 ราย เสียชีวิตสะสมจำนวน 21,850 ราย และจากการตรวจสอบเชิงรุกยังพบผู้ป่วยติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นในแต่ละวัน (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2022) โดยการแพร่ระบาดของโรคระลอกใหม่เกิดจากการติดเชื้อจากแหล่งภายนอกประเทศและนำมาแพร่ระบาดภายในประเทศ

การแพร่เชื้อของโรคโควิด-19 สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนโดยติดต่อผ่านทางละอองฝอยที่มีเชื้อไวรัสจากการสูดดมหรือการสัมผัสโดยตรง ได้แก่ การไอหรือจาม การสัมผัสสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย เป็นต้น หรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัส เช่น ธนบัตร ลูกบิดประตู ราวบันได โทรศัพท์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถติดต่อได้ทางการปนเปื้อนมาในอุจจาระของผู้ป่วย (fecal-oral transmission) เช่น การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อ หรือการรับประทานอาหารที่ใช้ภาชนะร่วมกัน เป็นต้น ซึ่งความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับภูมิคุ้มกันของร่างกายในแต่ละบุคคล (Manmana, Iamsirithaworn, & Uttayamakul, 2020) จากการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสดังกล่าวสามารถป้องกันการติดเชื้อได้โดยการล้างมือบ่อย ๆ ด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ สวมหน้ากากอนามัย หลีกเลี่ยงการนำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก โดยไม่จำเป็น ไม่ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัด ไม่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่มีอาการหวัด ไอ จาม และรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2021) ในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อต้องอาศัยความร่วมมือของบุคคลในสังคมจึงจะได้ผลลัพธ์ที่ดี จากการระบาดของโรคในปัจจุบันบุคคลส่วนใหญ่ที่มีการรับรู้ที่ดีจะมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคอยู่ในระดับดี ดังการศึกษาของ ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, และทักษิกา ชัชวรัตน์ (Glomjai, Kaewjiboon, & Chachvarat, 2020) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่ 2019 เขตตำบลบ้านสาร อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมการมีความจำที่เริ่มลดลง อาจส่งผลให้การปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคยังไม่ครอบคลุมตามแนวปฏิบัติ

ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีความบกพร่องด้านความจำ แต่ยังไม่มีผลกระทบต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การเปลี่ยนแปลงตามวัยที่เกิดขึ้นกับร่างกายหลายระบบไม่แตกต่างจากวัยสูงอายุปกติ (Alzheimer's Association, 2021) การคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นสามารถคัดกรองได้โดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากแบบประเมินคัดกรองสภาพสมองสำหรับ อสม.ของกระทรวงสาธารณสุข หากการแปลผลคะแนนพบว่ามีความผิดปกติทางด้านความจำแสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ต้องได้รับการประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ทางด้านสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

แม้ว่าผู้สูงอายุจะเริ่มมีความจำที่ลดลงแต่การเปลี่ยนแปลงตามวัยในหลายระบบของร่างกายไม่แตกต่างจากวัยสูงอายุปกติ จึงพบว่าในระบบทางเดินหายใจมีความยืดหยุ่นของผนังทรวงอกลดลง รวมถึงการเปลี่ยนแปลงของเนื้อปอดและถุงลมที่มีความยืดหยุ่นลดลงส่งผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าขนกวัดภายในจมูกที่ทำหน้าที่ในการดักจับเชื้อโรคหรือสิ่งแปลกปลอมมีจำนวนลดลง ส่งผลให้เชื้อโรค

สามารถเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจได้ง่าย รวมถึงการทำหน้าที่ของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเพื่อต่อต้านเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายลดลง (Eliopoulos, 2018) หากผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีการติดเชื้อโรคโควิด-19 จะส่งผลให้มีอาการรุนแรงมาก เนื่องจากการติดเชื้อจะทำให้เกิดการอักเสบของปอด ส่งผลให้การแลกเปลี่ยนแก๊สระหว่างถุงลมและหลอดเลือดเป็นไปได้ไม่ดีเกิดภาวะหายใจลำบาก และการหายใจล้มเหลว ตามมา (Manmana, Iamsirithaworn, & Uttayamakul, 2020) แม้ว่าปัจจุบันได้มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคโควิด-19 มากขึ้นจากการสื่อสารหลากหลายช่องทาง แต่ข้อจำกัดด้วยการเปลี่ยนแปลงตามวัยของผู้สูงอายุทำให้ความสามารถในการมองเห็นและการรับฟังลดลง รวมถึงการรับรู้และความจำลดลงทำให้การเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสาร หรือการพิจารณาความถูกต้องของข้อมูลต่าง ๆ อาจยังไม่ถูกต้องครบถ้วน และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่เหมาะสม

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึงและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000; Nutbeam, 2008) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดทักษะและความสามารถในการจัดการดูแลตน เองได้ดียิ่งขึ้น ประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับพื้นฐาน (Functional health literacy) ระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) และระดับวิจารณญาณ (Critical health literacy) กระทรวงสาธารณสุขได้สร้างแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นภายใต้กรอบแนวคิดของนัทบีม ประกอบด้วย 3 ระดับ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูล และด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย ด้านทักษะการสื่อสาร และ ด้านการจัดการตนเอง 3) ระดับวิจารณญาณ ประกอบด้วย ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และ ด้านทักษะการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของประชนชนไทยให้มีภาวสุขภาพที่ดี (Intarakamhang, 2018)

การระบาดของโรคโควิด-19 ในปัจจุบันการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีโดยการเข้าถึงข้อมูลที่ถูกต้อง มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการแพร่กระจายของโรคจะช่วยให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้กับบุคคลอื่นและมีความเข้าใจกับข้อมูลที่ได้รับจากการแลกเปลี่ยนความรู้ สามารถนำไปสู่การจัดการกับตนเองเพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสมได้ ดังการศึกษาของ รัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์, ปนัดดา งามเปรี่ยม, สุรัตนา เหล่าไชย, และ ประภากร ศรีสว่างวงศ์ (Srisupak, Ngampriam, Loachai, Srisawangwong, 2021) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในตำบลแวงน่าง จังหวัดมหาสารคาม อย่างไรก็ตามในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม การลดลงของความจำอาจส่งผลให้การรับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการป้องกันการติดเชื้อยังไม่ครอบคลุม ส่งผลให้ไม่สามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่นได้ รวมถึงไม่สามารถตัดสินใจในการจัดการกับตัวเองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ลดลง

จังหวัดเชียงรายพบรายงานผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 และจากข้อมูลการสอบสวนโรคของผู้ติดเชื้อพบว่าเป็นการติดเชื้อจากสถานที่ภายนอกจังหวัดและเดินทางกลับมาพักอาศัยอยู่ที่บ้าน (Chiang Rai Provincial Public Health Office, 2022) ส่งผลให้บุคคลในครอบครัวเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสกับผู้ติดเชื้อ จากการออกบริการวิชาการของผู้วิจัยเกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้านจัดโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเวียงห้าว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย ประจำปีงบประมาณ 2563 พบผู้สูงอายุในชุมชนมีปัญหาทางด้านของความจำจากการคัดกรองด้วยแบบประเมินสภาพสมองสำหรับ อสม. ที่ต้องได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผู้สูงอายุส่วนมากอาศัยอยู่ในหมู่บ้านของตนเอง ประกอบอาชีพเกษตรกรรมไม่ได้ออกมาทำงานนอกชุมชน แต่สมาชิกในครอบครัวส่วนมากยังคงทำงานภายนอกชุมชนและเรียนหนังสือ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมมีโอกาสในการสัมผัสเชื้อโรคโควิด-19ได้

ประกอบกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงดังกล่าวเริ่มมีความจำที่ลดลงอาจส่งผลให้การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ยังไม่ครอบคลุม และอาจส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนั้นการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมยังมีจำกัด และยังไม่พบการรายงานการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การพยาบาลในการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

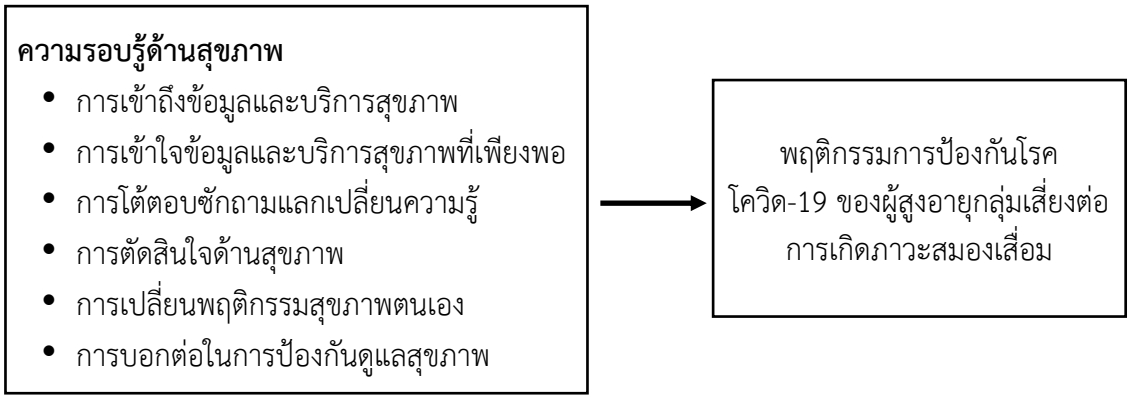
1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบทเป็นอย่างไร
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบทหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะและความสามารถของบุคคลที่ส่งผลให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ร่วมกับการศึกษาเอกสารตำราที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคของผู้สูงอายุในชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีมในการสร้างแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับออกเป็น 6 ด้าน เพื่อใช้เป็นกระบวนการในการส่งเสริมระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ 3) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ 4) การตัดสินใจด้านสุขภาพ 5) การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง 6) การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ จากการระบาดของโรคโควิด-19 การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ที่ดี อย่างไรก็ตาม การมีความจำที่ลดลงของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมอาจส่งผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้าน และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ลดลง



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลเวียงห้าว อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่ถูกคัดกรองด้วยแบบประเมินสภาพสมองสำหรับ อสม. ในปีงบประมาณ 2563 และผลการคัดกรองพบว่าอาจมีปัญหาในเรื่องของความจำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม และมีการส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อทำการคัดกรองเพิ่มเติม คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเปิดตารางประมาณค่า อำนาจทดสอบ (power analysis) กำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 และขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลขนาดกลางที่สามารถนำมาใช้ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทางการพยาบาล กำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ .05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 83 ราย (Burns & Grove, 2009) เพื่อป้องกันจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่อาจยุติการเข้าร่วมในการศึกษา (drop out) ผู้วิจัยได้เพิ่ม จำนวนของกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกร้อยละ 15 (Grove, Burns & Gray, 2013) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 95 ราย กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ดังนี้ 1) ผู้สูงอายุทั้งเพศหญิงและเพศชายที่อาศัยอยู่ในตำบลวเวียงห้าว อำเภอพาน จังหวัดเชียงรายที่ได้รับการคัดกรองสภาพสมองด้วยแบบประเมินสภาพสมองสำหรับ อสม. ในปีงบประมาณ 2563 ผลการคัดกรองพบว่าอาจมีปัญหาในเรื่องของความจำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม 2) เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ 3) ไม่มีปัญหาการได้ยิน และ 4) ยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ที่อยู่อาศัย สถานะในครอบครัว ความเพียงพอรายได้ของครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว

2. แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนในกลุ่มวัยผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ จำนวน 9 ข้อ การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ จำนวน 9 ข้อ การตัดสินใจด้านสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ตั้งแต่น้อยที่สุดถึงมากที่สุดเป็นคะแนน 1-5 ตามลำดับ มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก โดยคิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ และผลรวมของคะแนนรายด้าน 6 ด้าน ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 55-275 คะแนน และคะแนนรายด้านจำนวน 9 ข้อ อยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน คะแนนรายด้านจำนวน 10 ข้อ อยู่ระหว่าง 10-50 คะแนน จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาแล้ว จึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficiency) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.81

3. แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ของธานี กล่อมใจ และคณะ (Glomjai, et al., 2020) ประกอบด้วย ข้อคำถามทั้งหมด 24 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 อันดับ ตั้งแต่ไม่ปฏิบัติถึงปฏิบัติทุกครั้ง เป็นคะแนน 1-3 ตามลำดับ มีการแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก โดยคิดคะแนนจากผลรวมของคะแนนแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ ซึ่งคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-72 คะแนน จากนั้นแบ่งช่วงคะแนนเป็นอันตรภาคชั้นตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ เครื่องมือดังกล่าวได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำ หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์โดยทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 ราย หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbach's alpha coefficiency) ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.98

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ CRC.IRB No. 003/2564 และได้รับการอนุญาตจากสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ให้เข้าเก็บรวบรวมข้อมูลตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่ชร0032.010/4951 ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเป็นกลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการวิจัย การรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิ์จากผู้วิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยได้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้จัดอบรมการใช้เครื่องมือวิจัยให้แก่ผู้ช่วยวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้มีความเข้าใจตรงกันในการใช้เครื่องมือ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยพร้อมทั้งอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย หลังจากนั้นสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแบบสัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้อ่านแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างตอบใช้เวลาประมาณ 30 นาที โดยจัดสถานที่ในบ้านของกลุ่มตัวอย่างให้เงียบสงบมีความเป็นส่วนตัว เมื่อได้ข้อมูลครบแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของคำตอบ หลังจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 หลังจากทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติโคโมโกรอฟซามินอฟ (Kolmogorov-Smirnov test) พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้าน และคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีการแจกแจงแบบโค้งปกติจึงใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation) ในการวิเคราะห์ ทั้งนี้ได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยใช้เกณฑ์พิจารณาระดับความสัมพันธ์ (Burns & Grove, 2009)

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 57.90 อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้นร้อยละ 48.5 ปี อายุเฉลี่ย 72.37 ปี ไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 53.7 และเรียนระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.3 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 67.4 นับถือศาสนาพุทธทั้งหมด อาศัยอยู่บ้านของตนเองร้อยละ 97.9 มีสถานะเป็นหัวหน้าครอบครัวร้อยละ 63.2 รายได้เพียงพอกับค่าใช้จ่ายร้อยละ 65.66 ส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษา คือ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิบัตรทอง) และจำนวนสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 คนขึ้นไปร้อยละ 85.3

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 175.27, SD = 35.87) เมื่อจำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 6 ด้าน ดังนี้ ด้านการเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง ($\bar{X}$=32.46, SD = 6.89) การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ ($\bar{X}$= 29.20, SD = 6.28) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ($\bar{X}$= 29.05, SD= 6.56) การตัดสินใจด้านสุขภาพ ($\bar{X}$= 28.99, SD = 6.99) การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$= 28.32, SD = 6.85) และการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ ($\bar{X}$= 27.25, SD = 6.96) ดังแสดงในตารางที่1

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 66.49, SD = 4.75) ดังแสดงในตารางที่1 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโควิด-19 รายข้อ พบว่าข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด ได้แก่ 1) ใส่หน้ากากอนามัยหากอยู่ในที่แออัดและเมื่อเจ็บป่วยหยุดพักที่บ้านไม่ออกนอกบ้านหรือเดินทางไปที่ชุมชนร้อยละ 93.7 2) ใส่หน้ากากอนามัยเมื่อป่วย หลีกเลี่ยงการไปสถานที่แออัด และหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด หรือติดเชื้อทางเดินหายใจ เฉียบพลันรุนแรงร้อยละ 91.6 3) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยนอนแยกห้องกับบุคลอื่นในบ้านร้อยละ 89.5 4) ไม่สัมผัสตา จมูก โดยไม่จำเป็นร้อยละ 87.4 และ5) ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ความเข้มข้นอย่างน้อยร้อยละ 70 เมื่อต้องออกไปที่สาธารณะร้อยละ 86.3

ตารางที่1 ค่าคะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19โดยรวม (n=95)

ข้อมูล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	175.27	35.87	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน			
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	32.46	6.89	ปานกลาง
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้	29.20	6.28	ปานกลาง
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	29.05	6.56	ปานกลาง
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	28.99	6.99	ปานกลาง
การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	28.32	6.85	ปานกลาง
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	27.25	6.96	ปานกลาง
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19โดยรวม	66.49	4.75	มาก

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง (r=.344) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 สำหรับความสัมพันธ์รายด้าน พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง เรียงลำดับดังนี้ ด้านการบอกต่อ ในการป้องกันดูแลสุขภาพ (r=.377) การตัดสินใจด้านสุขภาพ (r=.342) และ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ (r=.323) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.001 ส่วนรายด้านที่พบว่าความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ เรียงลำดับดังนี้ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ (r=.294) และด้านการเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพตนเอง (r=.280) อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ.01 ขณะที่ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ (r= .202) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ดังแสดง ในตารางที่2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวม (n=95)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวม	p-value
โดยรวม	.344***	.001
รายด้าน		
การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ	.377***	.000
การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	.342***	.001
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	.323***	.001
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ	.294**	.004
การตัดสินใจด้านสุขภาพ	.280**	.006
การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้	.202*	.050

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

การอภิปรายผล

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย จำนวน 95 ราย ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยและตอบคำถามการวิจัยได้ดังนี้

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 175.27, SD = 35.87) รวมทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง การโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การบอกต่อในการป้องกันดูแลสุขภาพ และด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ อยู่ในระดับปานกลางด้วย คล้ายคลึงกับการศึกษาผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุเขตกรุงเทพมหานครในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ (Kespichayawattana, Wiwatwanich, & Wanwaja, 2020) อาจเนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือร้อยละ 53.7 และสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 46.3 ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาน้อยจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะชุมชนชนบทในประเทศที่กำลังพัฒนายังคงมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวนค่อนข้างมาก (Hoa, Giang, Vu, Tyen & Khue, 2020) ทำให้ขาดเวลาและโอกาสในการค้นคว้าและเรียนรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ เพราะระดับการศึกษาสูงส่งเสริมให้เกิดทักษะการอ่าน การเขียนและการคำนวณตัวเลข ตลอดจนทักษะการวิเคราะห์ ดังการศึกษาของ โอโรเว และรอส (Olowe & Ross, 2017) พบว่า การสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษาทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.5 มีอายุเฉลี่ย 72.37 ปี อยู่ในวัยสูงอายุตอนต้น และเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อาจทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และการจดจำสิ่งต่าง ๆ ลดลง อาจมีอาการหลงลืมโดยเฉพาะลืมเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้น ด้วยข้อจำกัดเรื่องระดับการศึกษา อายุ และ

การเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมดังกล่าวอาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศจีนที่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมระดับเล็กน้อยอายุ 60 ปีขึ้นไป สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมต้น รองลงมาคือระดับการศึกษาประถมศึกษา มีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและทั้ง 3 มิติ อยู่ในระดับต่ำ (Liu, Chen, Xue & Hou, 2019)

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านทั้ง 6 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูง 3 อันดับแรก ได้แก่ ด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ด้านการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถนำประสบการณ์และข้อมูลที่จำเป็นมาทำการกำกับตนเองเพื่อป้องกันโรคและดูแลสุขภาพตนเองได้ สามารถโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนความรู้จากการสนทนา และติดต่อสื่อสารกับบุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งสามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ จากแหล่งข้อมูลที่มีคุณภาพหลายๆ แหล่ง (Intarakamhang, 2018) อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับการรณรงค์ให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 การนำนโยบายเฝ้าระวังและป้องกันโรคลงสู่การปฏิบัติ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมวิถีชีวิตใหม่ การรณรงค์ขับเคลื่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การติดตามเยี่ยมบ้านของกลุ่มเสี่ยงโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างซึ่งมีจำนวน 2 คนขึ้นไป ร้อยละ 85.5 รวมทั้งสื่อต่าง ๆ เช่น โทรทัศน์ การแจ้งข่าวสารจากเสียงตามสายประจำหมู่บ้าน เป็นต้น ต่างมีบทบาทในการเสริมแรงสนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และมีปฏิสัมพันธ์แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน คล้ายคลึงกับการศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง, วิภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง (Khumthong, Potisiri, & Kaedumkoeng, 2016) ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า 1) การรับรู้การเตือนหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นเป็นสัญญาณเตือนให้ใส่ใจสุขภาพและความตระหนักที่เกิดขึ้นจากการเห็นประสบการณ์ของบุคคลอื่นก่อให้เกิดแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ 2) การให้บริการเชิงรุกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข สื่อความรู้ต่าง ๆ สื่อกระจายเสียง ช่วยให้เข้าใจเนื้อหามากขึ้นได้รับความรู้ที่ถูกต้องและนำไปสู่การปฏิบัติ และ3) ครอบครัว ญาติ และเพื่อนมีส่วนเสริมสนับสนุนให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน และสร้างแรงจูงใจให้มีการปฏิบัติด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตามด้วยข้อจำกัดการป้องกันการแพร่ระบาดเชื้อโรคโควิด-19 อย่างเคร่งครัด การเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) เป็นการสร้างระยะห่างระหว่างตัวของกลุ่มตัวอย่างกับคนในสังคม การหลีกลี่ยงการออกนอกบ้านโดยไม่จำเป็น และการจำกัดการเข้าร่วมกิจกรรมกับบุคคลอื่นอาจทำให้การสังสรรค์กับบุคคลภายนอกครอบครัวต้องปฏิบัติด้วยความระมัดระวังและมีขอบเขตจำกัดอาจส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 66.49, SD = 4.75) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 รายข้อที่กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุด พบว่า เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล และการเว้น ระยะห่างทางสังคมหรือการเว้นระยะห่างทางกายภาพ อาจเป็นผลเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลข่าวสารจากรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรเอกชนผ่านทางสื่อต่าง ๆ หลายช่องทางอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการได้รับบริการเชิงรุกจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยข้อมูลข่าวสารที่กลุ่มตัวอย่างได้รับเกี่ยวข้องกับความรุนแรงของโรค มาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค การรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคทั้งในประเทศและต่างประเทศ การรายงานผู้ติดเชื้อ ผู้เสียชีวิต ผู้ที่หายกลับบ้านเป็นประจำทุกวัน เน้นความสำคัญของการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อง่ายและมีอาการรุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างอาจรับรู้เกี่ยวกับภัยคุกคามที่มีโอกาสเกิดขึ้นกับตนเองและประชาชนทุกคน อาจเป็นข้อกำหนดเบื้องต้นสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ และคณะ (Glomjai, et al., 2020) ศึกษาความรู้และพฤติกรรมของประชาชน เรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่ 2019 เขตตำบลบ้านสาร อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การป้องกันโรคโดยรวมอยู่ในระดับมาก และการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุในชุมชนเมืองของประเทศไทย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 321 คน จากจำนวนทั้งหมด 421 คน ร้อยละ 76.2 มีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันโรคโควิด-19 ร้อยละ 83.4 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 58.2 เข้าถึงข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพได้ง่าย (Yodmai, Pechrapa, Kittipichai, Charupoonpol, & Suksatan, 2021)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 ดังแสดงในตารางที่ 2 หมายถึงเมื่อความรอบรู้ด้าน สุขภาพมีค่าเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 จะมีค่าเพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลให้เกิดการพัฒนา ทักษะ และความสามารถในการจัดการตนเองทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคไปในทางที่เหมาะสมได้ อธิบายด้วยแนวคิดของนัทบีม (Nutbeam, 2008) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ต้องมีความสามารถและทักษะขั้นต้นในการทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ใช้ในสถานการณ์ประจำวัน ซึ่งพัฒนาได้จากกระบวนการคิดวิเคราะห์ และการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จนสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้เพื่อวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ข้อมูล ข่าวสารนั้น ๆ ได้ และสามารถใช้ข้อมูลข่าวสารนั้นเพื่อควบคุมจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน ดังนั้นความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้ และ สื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อส่งเสริมและดูแลสุขภาพตนเองให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม ซึ่งการศึกษาครั้งนี้แม้ว่ากลุ่มตัวอย่าง มีข้อจำกัดทางระดับการศึกษาแต่มีความพยายามในการเรียนรู้ข้อมูลโดยใช้ทักษะในการติดต่อสื่อสารการเป็นผู้รับฟังที่ดี การพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลทั้งกับบุคคลในครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจทำให้เข้าใจข้อมูลที่ได้รับและปฏิบัติพฤติกรรมต่าง ๆ ตามคำแนะนำได้ อย่างไรก็ตามการเริ่มมีปัญหาทางด้านความจำ อาจส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลรวมถึงวิเคราะห์เชิงวิพากษ์ในข้อมูลที่ได้รับได้อย่างเหมาะสมจึงทำให้การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครั้งนี้อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิจัยครั้งนี้คล้ายคลึงกับการศึกษาของรัชชานันท์ ศรีสุภักดิ์ และคณะ (Srisupak, et al., 2021) ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กรณีศึกษา: ตำบลแวงน่าง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ ด้านการตัดสินใจด้านสุขภาพ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ ชญาภา วรพิทยาภรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม และนพวรรณ พินิจขจรเดช (Vorrapittayaporn, Malathum, & Phinitkhajorndech, 2021) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ข้อมูลที่ได้สามารถนำเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน และเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม

สุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19ในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ สมองเสื่อม

2. ข้อมูลที่ได้สามารถนำไปเป็นแนวทางการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบท โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นเกี่ยวกับการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอ การตัดสินใจด้านสุขภาพ และการโต้ตอบซักถามแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี หรือนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการมีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคที่ดี

3. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นแนวทางในการจัดเนื้อหาการเรียนให้แก่นักศึกษาพยาบาลในเรื่องการสงเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนอื่น ๆ เช่น ชุมชนเมือง ชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบท เป็นต้น

2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค โดยใช้แนวคิดของนัทบีม ที่จำแนกประเภทความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับขั้นพื้นฐาน ขั้นการสื่อสาร และขั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคโควิด-19 และทำการทดสอบผลของโปรแกรมนี้ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมอง-เสื่อม

References

Alzheimer's Association. (2021). *Mild cognitive impairment (MCI).* Retrived from https:// www.alz.org/alzheimers-dementia/what-is-dementia/related_conditions/mild-cognitive-impairment

Burns, N., Grove, K. S. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, Synthesis and Generation of evidence (6th ed.).* Philadelphia: Elsevier.

Chiang Rai Provincial Public Health Office. (2022). *Situation report corona virus disease (COVID-19) in Chiang Rai.* (in Thai) Retrived from http:/cro.moph.go.th/moph/ index.php.

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2021). *Information for protecting yourself from Covid-19.* (in Thai) Retrived from https://ddc.moph.go.th/ viralpneumonia /file/introduction/introduction01.pdf

Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2022). *Situation report corona virus disease (COVID-19) in Thailand.*(in Thai) Retrived from https://ddc.moph.go.th/ viralpneumonia/index.php

Eliopoulos, C. (2018). *Gerontological nursing (8th ed.).* Philadelphia: Lippincott Williums & Wilkins.

Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from novel coronavirus 2019 (COVID-19). *Nursing Public Health and Education Journal, 21*(2): 22-29. (in Thai)

Grove, K. S, Burns, N., & Gray, R. J. (2013). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence (7th ed.).* Philadelphia: Elsevier.

Hoa, V. H, Giang, T. H., Vu, T. P., Tuyen, V. D., & Khue, M. P. (2020). Factors associated with health literacy among the elderly people in vietnam. *Hindawi BioMed Research International, 2020*(1), 1-7

Intarakamhang, U. (2018). *Health awareness assessment report on disease prevention.* (in Thai) Retrived from http://bsris.swu.ac.th/upload/283350.pdf

Kespichayawattana, J., Wiwatwanich, S., & Wanwaja, C. (2020). Health literacy of the elderly in elderly clubs/centers in Bangkok. *Journal of Demography, 36*(2), 37-52. (in Thai)

Khumthong, T., Potisiri, P., & Kaedumkoeng, K. (2016). Factors influencing health literacy forpeople at risk of diabete mellitus and hypertension of UthaiThani and Angthong. *Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University, 3*(6), 2408 - 1248. (in Thai)

Liu, B. Y., Chen, L. Y., Xue, P. H., Hou. P. (2019). *Health literacy risk in older adults with and without mild cognitive impairment.* Retrieved from https://www.nursingresearchonline.com

Manmana, S., Iamsirithaworn, S., & Uttayamakul, S. (2020). Coronavirus disease-19 (COVID-19). *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, 14*(2), 124-33. (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.

Nutbeam D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine. 67*(12), 2072-78.

Olowe, A. O., Ross. J. A., (2017). Knowledge, adherence and control among patients with hypertension attending a peri-urban primary health care clinic, kwaZulu-natal. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine, 9*(1), e1–e7

Srisupak, R., Ngampriam, P., Loachai, S., Srisawangwong, P. (2021). The relationship between Health literacy and practice prevention from COVID-19 of elderly case study: Waeng Nang sub-district, Maha Sarakham Province. *KKU Journal for Public Health Research. 14*(3), 104-114. (in Thai)

Vorrapittayaporn, C., Malathum, P., & Phinitkhajorndech, N. (2021). Relationships among knowledge, health literacy, and health behavior in older persons with chronic kidney disease. *Ramathibodi Nursing Journal, 27*(1) , 81-95. (in Thai)

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary. division of health promotion, education and communications, health education and health promotion unit*. Geneva: Author.

World Health Organization. (2022). *COVID-19 Weekly epidemiological update.* Retrieved from https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-covid-19---6-january-2022

Yodmai, K., Pechrapa, K., Kittipichai, W., Charupoonpol, P., & Suksatan, W. (2021). Factors associated with good COVID-19 preventive behaviors among older adults in urban communities in Thailand. *Journal of Primary Care & Community Health, 12*(1), 1-9.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม*

Health Literacy and Self-Management Among Older Persons with Metabolic Syndrome*

รำไพพรรณ	หน้อยบุญตัน**	Rumpaipun	Noiboontun**
ศิริรัตน์	ปานอุทัย***	Sirirat	Panuthai***
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์****	Nattaya	Suwankruhasn****

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมที่มีการจัดการตนเองที่ดีจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมที่มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .01$ ในระดับปานกลาง ($r = 0.661$)

ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ ในการวางแผนส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: siriratpanuthai@hotmail.com

****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 19 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 1 พฤศจิกายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 9 พฤศจิกายน 2564

Abstract

Older persons with metabolic syndrome having a high self-management ability are more likely to reduce the chance of developing complications. This correlative descriptive research aimed to investigate health literacy, self-management, and the relationship between health literacy and self-management among older persons with metabolic syndrome. The participants were 88 older persons with metabolic syndrome who had received medical treatment at the Tambon Health Promoting Hospital, Doi Saket, Chiang Mai during June - August 2021. The data collection tools were questionnaires regarding the health literacy of older persons with metabolic syndrome and the self-management of older persons with metabolic syndrome. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results revealed that older persons with metabolic syndrome had health literacy and self-management at a moderate level. Furthermore, health literacy positively correlated with self-management at a moderate level with a statistical significance of 0.01 (r = 0.661).

The results of this study show basic information for health care personnel to plan for self-management enhancement among older persons with metabolic syndrome.

Keywords: Health literacy, Self-management, Older persons with metabolic syndrome

* 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: siriratpanuthai@hotmail.com

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

Received 19 October 2021; Revised 1 November 2021; Accepted 9 November 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญไปทั่วโลก โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคระบบทางเดินหายใจ โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน ในปี ค.ศ.2016 มีประชากรร้อยละ 71 ของจำนวนประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมดเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยร้อยละ 58 เป็นผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป (NCD Countdown 2030 collaborators, 2018) การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากภาวะเมแทบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) (Rosenzweig et al., 2019) ในประเทศไทยจากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบว่ามีความชุกของภาวะเมแทบอลิกซินโดรมร้อยละ 28.9 และมีความชุกมากในช่วงอายุ 60 – 69 ปี, 70 – 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป ซึ่งพบความชุกร้อยละ 47.2, 46.3 และ 46.2 ตามลำดับ (Ekapolakan, 2014) และเมื่อเทียบกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในปี 2551 ที่พบว่ามีความชุกร้อยละ 38.6, 38.9 และ 34.6 ตามลำดับ (Ekapolakan, 2008) จะเห็นได้ว่ากลุ่มประชากรสูงอายุในประเทศไทยมีอัตราความชุกของภาวะเมแทบอลิกซินโดรมเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

ภาวะเมแทบอลิกซินโดรมเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากความผิดปกติของกระบวนการเผาผลาญทางเคมีของร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่จะทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (Athero-sclerotic cardiovascular disease, ASCVD) และโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Grundy, 2016) โดยภาวะเมแทบอลิกซินโดรมตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งชาติ (An Endocrine Society) คือ ผู้ที่มีอาการแสดงอย่างน้อย 3 อาการใน 5 อาการดังต่อไปนี้ 1) เส้นรอบวงเอวใหญ่ 2) ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูง 3) ความดันโลหิตสูง 4) ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง 5) ไขมันคลอเลสเตอรอล HDL น้อย (Rosenzweig et al., 2019) ภาวะเมแทบอลิกซินโดรมสามารถรักษาเพื่อลดการเกิดโรคแทรกซ้อนได้หากได้รับการรักษาและการจัดการกับอาการอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยมีทั้งวิธีการใช้ยาและไม่ใช้ยา การจัดการที่แนะนำและได้ผลดีที่สุดคือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นหลัก ซึ่งต้องมุ่งเน้นการควบคุมอาหารให้เหมาะสมกับอาการ และการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดไขมันส่วนเกิน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และควบคุมภาวะความดันโลหิตสูง จึงจะสามารถควบคุมภาวะเมแทบอลิกซินโดรมได้อย่างดี (Rosenzweig et al., 2019) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจะสำเร็จและส่งผลระยะยาวได้ต้องอาศัยทักษะการจัดการตนเองที่ดี

การจัดการตนเอง (self-management) เป็นกระบวนการการปฏิบัติตนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองเพื่อลดภาวะเสี่ยงด้วยตนเอง และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดี ประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูล การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง (Creer, 2000) ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมแล้วไม่สามารถควบคุมอาการได้จะนำมาซึ่งการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าวัยอื่น (Stenholm et al., 2010) และจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคไตเรื้อรัง และโรคมะเร็ง (Grundy, 2016) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังอื่นที่อาจจะเป็นผลมาจากภาวะเมแทบอลิกซินโดรม พบการศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่ามีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรับประทานอาหารอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการออกกำลังกายอยู่ในระดับต่ำ ๖ (Sirikutjatuphon, Wirotrat, & Jitmontree, 2017) และมีการศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่ามีการจัดการตนเองในระดับปานกลางโดยพบว่าการจัดการตนเองด้านการรักษาและด้านบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง (Daemayu, Panuthai,& Jantasopeepun, 2020) อธิบายได้ว่าการส่งเสริมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมอาจยังไม่ประสบผลสำเร็จ และน่าจะมีปัจจัยที่สามารถส่งเสริมเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมเกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้นได้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ทักษะทางสติปัญญาและทักษะทางสังคมที่จะกำหนดแรงจูงใจและความสามารถระดับบุคคลที่

จะเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลมาใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพและรักษาภาวะสุขภาพดี (Nutbeam, 2000) ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy เป็นความสามารถในการฟัง พูด อ่าน และเขียน ด้านสุขภาพที่ได้รับ ระดับที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (communicative and interactive health literacy) เป็นทักษะในการสกัดข้อมูล ให้ความหมายข้อมูลจากการสื่อสาร และทักษะในการประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้ข้อมูลอย่างมั่นใจ ระดับที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ (Critical health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมขั้นสูง คือ ความสามารถในการคิดวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ข้อมูลเพื่อการควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมแต่พบในผู้สูงอายุกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่อาจเป็นผลมาจากภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ซึ่งพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์และเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเอง ดังการศึกษาของจริยา นพเคราะห์, โรจนี จินตนาวัฒน์, และ ทศพร คำผลศิริ (Noppakraw, Chintanawat, & Khampolsiri, 2020) ทำการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลาง ($r = 0.54$, $p < .01$) อย่างไรก็ตามองค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ๆ อาจยังไม่สามารถนำมาใช้ในการอธิบายกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมได้เนื่องจากความแตกต่างในส่วนของอาการหรืออาการแสดงทางคลินิกซึ่งมีหลายอาการ ทำให้ผู้สูงอายุต้องมีการจัดการที่หลากหลายกว่าการจัดการเฉพาะกลุ่มอาการหรือโรคเรื้อรังเดี่ยว ๆ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองอาจมีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยได้เห็นถึงความสำคัญของภาวะแทรกซ้อนจากภาวะเมแทบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุและแนวทางการจัดการเกี่ยวกับสุขภาพที่สามารถปรับเปลี่ยนได้เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพดังกล่าวจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปปรับใช้ในการวางแผนการส่งเสริมการจัดการตนเองเพื่อนำมาสู่การมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม
2. เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ภาวะเมแทบอลิกซินโดรมเป็นกลุ่มอาการทางคลินิกที่ประกอบด้วยการมีเส้นรอบวงเอวใหญ่ ระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารสูง ความดันโลหิตสูง ไขมันไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง ไขมันคลอเลสเตอรอล HDL น้อย ร่วมกันอย่างน้อย 3 อาการ (Rosenzweig et al., 2019) ซึ่งอาจเป็นสาเหตุให้เกิดโรคเรื้อรังอื่น ๆ ตามมา การจัดการตนเองตามแนวคิดของเครร์ (Creer, 2000) เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้สามารถนำแผนการรักษามาผนวกไว้กับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเองได้ ประกอบด้วยการตั้งเป้าหมาย (goal selection) การรวบรวมข้อมูล (information collection) การประมวลข้อมูล (information processing and evaluation) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ (decision making) การลงมือปฏิบัติ (action) และการสะท้อนตนเอง (self-reflection) โดยผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับความเจ็บป่วยได้สำเร็จต้องอาศัยทักษะพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะด้านสติปัญญา (cognitive skills) และทักษะด้านสังคม (social skills) ที่จะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการจัดการตนเอง โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health

literacy) 2)ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน (interactive health literacy) และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณ (critical health literacy) (Nutbeam, 2000) หากผู้ป่วยมีทักษะด้านสติปัญญาและทักษะด้านสังคมที่ดี จะสามารถรับรู้เข้าถึงข้อมูลและแหล่งบริการสุขภาพ เข้าใจข้อมูล สื่อสารกับบุคคลอื่นได้ สามารถเลือกใช้ข้อมูลที่เหมาะสมกับตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตั้งแต่การตั้งเป้าหมาย เก็บและประมวลข้อมูล ตัดสินใจลงมือปฏิบัติและประยุกต์ใช้กับตนเองได้ เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างชัดเจนและได้ผล โดยผู้วิจัยเชื่อว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมที่มีทักษะทางการรู้คิดและทักษะทางสังคมในระดับสูงจะช่วยให้เกิดการจัดการตนเองที่ดีขึ้นด้วย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองและความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิก-ซินโดรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ที่มีอายุ 60 - 79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมต่อมไร้ท่อแห่งชาติ (An Endocrine Society) (Rosenzweig et al., 2019)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีอายุ 60 – 79 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม อาศัยอยู่ในอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ 1) มีสติปัญญาและการรับรู้ปกติ คัดกรองโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ของไฟร์เฟอร์ (Pfeiffer, 1975) ฉบับภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2561) ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไป 2) สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Siraprapasiri, 2020) ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป และ 3) สามารถสื่อสารได้ปกติ ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีอำนาจในการทดสอบ (power analysis) (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (power) ที่ 0.80 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 0.05 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพลระดับปานกลาง (Polit & Beck, 2004) จากการเปิดตารางสำเร็จรูปได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 88 ราย

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธี Multi-stage sampling ผู้วิจัยแบ่งพื้นที่อำเภอดอยสะเก็ดตามลักษณะทางภูมิศาสตร์ ได้แก่ พื้นที่ทางเหนือ พื้นที่ตอนกลาง และพื้นที่ทางใต้ แล้วใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการสุ่มเลือกพื้นที่ละ 1 ตำบล และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายแบบไม่แทนที่และการกำหนดสัดส่วน (sampling without replacement and proportionate sampling) โดยการจับฉลากจากแฟ้มทะเบียนรายชื่อผู้ที่อายุ 60 – 79 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมจากแต่ละโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลของผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามข้อมูลความเจ็บป่วย

2. แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ อิชิกาวา, ทาเคอุชิ, และยาโน่ (Ishikawa, Takeuchi & Yano, 2008) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) มาปรับใช้โดยปรับคำว่า ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น ตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีค่าน้ำตาลในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ไขมัน

ในเลือดสูง และภาวะอ้วนร่วมกัน และยังคงรายละเอียดของข้อคำถามเดิมทุกประการ ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามรวมทั้งหมด 14 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ ซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันจำนวน 5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณญาณจำนวน 4 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานจำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และบ่อยครั้ง มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 14.00 – 56.00 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน 14.00 - 28.00 หมายถึง ระดับต่ำ 28.01 - 42.00 หมายถึง ระดับปานกลาง 42.01 - 56.00 หมายถึง ระดับสูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำหาความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ (internal consistency) โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟ่า (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.81

3. แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ผู้วิจัยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมของ ละอองดาว คำชาตา, ชดช้อย วัฒนะ, และ ธีรนุช ห้านิรัติศัย (Khamchata, Wattana, & Harnirattisai, 2017) มาปรับใช้โดยปรับคำว่า ออกกำลังกายแบบเดินเร็ว เป็น ออกกำลังกาย และยังคงรายละเอียดของข้อคำถามเดิมทุกประการ มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเองประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การรวบรวมข้อมูล การประมวลข้อมูล การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ การลงมือปฏิบัติ และการสะท้อนตนเอง มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 15 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ จำนวน 5 ข้อ คำตอบมีลักษณะการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติ จนถึง ปฏิบัติเป็นประจำ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20.00 -100.00 คะแนน โดยแบ่งเป็นช่วงคะแนน 20.00 – 46.67 หมายถึง ระดับต่ำ 46.68 – 73.34 หมายถึง ระดับปานกลาง 73.35 – 100.00 หมายถึง ระดับสูง แบบประเมินนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาแล้วจึงไม่ทำการทดสอบซ้ำและหาความเชื่อมั่นโดยการตรวจสอบความคงที่ (stability) ของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) หาค่าสัมประสิทธิ์เพียร์สัน ได้เท่ากับ 0.95

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารเลขที่ 034/2021 อนุมัติวันที่ 3 พฤษภาคม 2564 หลังจากผ่านการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูล นัดหมายกลุ่มตัวอย่างและอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างทราบโดยละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามอย่างเต็มที่ และอธิบายถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยและการเก็บข้อมูลเป็นความลับไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าถึงข้อมูล และสามารถออกจากการวิจัยได้ทันที โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อกลุ่มตัวอย่าง และเนื่องจากสถานการณ์โรคไวรัสโควิด-19 กำลังระบาด ผู้วิจัยได้ป้องกันการแพร่กระจายของไวรัส โดยการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา และอยู่ในระยะห่างประมาณ 2 เมตร ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนและหลังการสัมผัสเอกสาร และอยู่ในสถานที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีผู้ช่วยวิจัย 1 คนเป็นพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ ที่ได้รับการเตรียมโดยการอบรมผู้ช่วยวิจัย ได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย แบบสอบถาม วิธีการสอบถาม ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงการพิทักสิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยละเอียด ภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ผู้วิจัยทำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เสนอต่อสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอดอยสะเก็ดแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย วิธีการการเก็บรวบรวมข้อมูล และการนัดหมายวัน เวลา สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยสุ่มรายชื่อกลุ่มตัวอย่างจาก

แฟ้มทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมจนได้ครบตามจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดไว้ จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการคัดกรองระดับสติปัญญาการรู้คิดโดยใช้แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น (the short portable mental status questionnaire, SPMSQ) ฉบับภาษาไทย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนตั้งแต่ 8 คะแนนขึ้นไปจึงผ่านการคัดกรอง และประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living: ADL) ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Siraprapasiri, 2020) ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม โดยต้องได้คะแนนตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เมื่อผ่านการประเมินผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย สอบถามความสมัครใจและขอความยินยอมจากผู้สูงอายุในการทำวิจัย และให้ผู้สูงอายุลงนามหรือพิมพ์ลายนิ้วมือในเอกสารแสดงความยินยอม จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจึงดำเนินการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการวิจัยต่อไป โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่ถูกเปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม โดยวิธีการอธิบายเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถาม อ่านข้อคำถามให้ฟังทีละข้อแล้วให้ผู้สูงอายุตอบ โดยเก็บข้อมูลที่บ้านผู้สูงอายุ ใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูลและนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ทดสอบการแจกแจงของข้อมูลโดยวิเคราะห์ด้วยสถิติ (Kolmogorov-Smirnov test [KS]) พบว่าข้อมูลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองมีค่า Asymp Sig (2-tailed) 0.914 และ 0.198 ตามลำดับ แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นแบบโค้งปกติ (normallity) การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ (Correlational analysis) ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 กำหนดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ตามเกณฑ์ (Burns & Grove,2009)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 88 ราย พบว่าเป็นเพศหญิง 70 ราย (ร้อยละ 79.55) มีอายุระหว่าง 60-69 ปี 52 ราย (ร้อยละ 59.09) โดยมีอายุเฉลี่ย 68.47 ปี (S.D. = 5.17) มีสถานภาพสมรสคู่ 50 ราย (ร้อยละ 56.82) จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา 57 ราย (ร้อยละ 64.77) ยังประกอบอาชีพ 50 ราย (ร้อยละ 56.82) และร้อยละ 54.55 มีรายได้เพียงพอ ลักษณะการอยู่อาศัยส่วนใหญ่อาศัยอยู่กันหลายคน 77 ราย (ร้อยละ 87.50) มีผู้ดูแลหลัก 79 ราย (ร้อยละ 89.77) มีโรคประจำตัว คือโรคความดันโลหิตสูง 78 ราย (ร้อยละ 88.64) แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพคือ บุคลากรทางด้านสุขภาพ 88 ราย (ร้อยละ 100.00) รองลงมาคือ โทรทัศน์ 60 ราย (ร้อยละ 68.18) สถานบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้ส่วนใหญ่ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 88 ราย (ร้อยละ 100.00) รองลงมา คือ โรงพยาบาลรัฐบาล 28 ราย (ร้อยละ 31.82) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย (n = 88)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	18	20.45
หญิง	70	79.55
อายุ (ปี) (range = 60 – 79 ปี, $\bar{x}$ = 68.47, S.D. = 5.17)		
60 – 69	52	59.09
70 – 79	36	40.91
สถานภาพสมรส		
โสด	8	9.09
คู่	50	56.82
หย่าร้าง/หม้าย/แยกกันอยู่	30	34.09
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	3	3.41
ประถมศึกษา	57	64.77
มัธยมศึกษา	24	27.27
ปริญญาตรี	4	4.55
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	38	43.18
ยังประกอบอาชีพอยู่	50	56.82
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ	48	54.55
ไม่เพียงพอ	40	45.45
ลักษณะการอยู่อาศัย		
อยู่เพียงลำพัง	11	12.50
อยู่ร่วมกันหลายคน	77	87.50
ผู้ดูแลหลัก		
มี	79	89.77
ไม่มี	9	10.23
โรคประจำตัว*		
โรคความดันโลหิตสูง	78	88.64
โรคไขมันในเลือดสูง	70	79.55
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	47	53.41
ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง	47	53.41
โรคอื่น ๆ	5	5.68
แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ*		
โทรทัศน์	60	68.18
วิทยุ	20	22.73
สื่อสิ่งพิมพ์(หนังสือพิมพ์, นิตยสาร)	2	2.27
สื่อออนไลน์(website, Facebook, line)	47	53.41

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย (n = 88)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
บุคลากรทางด้านสุขภาพ(แพทย์, พยาบาล)	88	100.00
สถานบริการสุขภาพที่สามารถเข้าถึงได้		
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	88	100.00
โรงพยาบาลรัฐบาล	28	31.82
โรงพยาบาลเอกชน	6	6.82

หมายเหตุ : * ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม

ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม พบว่ามีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมต่ำสุด 19 คะแนน สูงสุด 55 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเท่ากับ 38.09 คะแนน (S.D. = 7.28) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 3 ระดับ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง 58 ราย (ร้อยละ 65.91) รองลงมาคือระดับสูง 25 ราย (ร้อยละ 28.41) และระดับต่ำ 5 ราย (ร้อยละ 5.68)

ข้อมูลการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมต่ำสุด 47 คะแนน สูงสุด 81 คะแนน มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเท่ากับ 63.78 คะแนน (S.D. = 6.40) อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อจำแนกตามระดับคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ 3 ระดับ พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับปานกลาง 81 ราย (ร้อยละ 92.05) และระดับสูง 7 ราย (ร้อยละ 7.95) และไม่พบในระดับต่ำ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนแบบสอบถาม ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ และร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองของกลุ่มตัวอย่าง (n = 88)

ตัวแปร	คะแนนที่เป็นไปได้	ช่วงคะแนน (ต่ำสุด–สูงสุด)	คะแนนที่ได้ $\bar{x}$ (S.D.)	ระดับ	ความถี่ (ร้อยละ)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	14.00-56.00	22.00-55.00	38.09 (7.28)	ปานกลาง	
ต่ำ		14.00-28.00			5 (5.68)
ปานกลาง		28.01-42.00			58 (65.91)
สูง		42.01-56.00			25 (28.41)
การจัดการตนเอง	20.00-100.00	43.00-81.00	63.78 (6.40)	ปานกลาง	
ต่ำ		20.00-46.67			-
ปานกลาง		46.68-73.34			81 (92.05)
สูง		73.35-100.00			7 (7.95)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิก-ซินโดรม พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์

ทางบวกกับการจัดการตนเองในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.661$, $p < 0.01$)

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 2) กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซิน-โดรมมีทักษะทางสติปัญญาและทักษะทางสังคมในระดับปานกลาง ซึ่งอาจเป็นผลจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 64.77 (ตารางที่ 1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา เป็นการศึกษาขั้นพื้นฐานทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการอ่านเขียน คิดวิเคราะห์ข้อมูลต่าง ๆ ในระดับปานกลาง ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีการศึกษาจึงส่งผลให้สามารถอ่านแผ่นพับหรือฉลากยาได้ และสามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพได้สะดวกขึ้น ร้อยละ 56.82 มีสถานภาพสมรสคู่ และร้อยละ 87.50 ได้อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยครอบครัว ญาติและเพื่อน มีส่วนส่งเสริม ให้กำลังใจ และสนับสนุนให้บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (Khumthong, Potisiri, & Kaedumkoeng, 2016) ร้อยละ 56.82 ยังประกอบอาชีพอยู่ และร้อยละ 54.55 มีรายได้เพียงพอ กล่าวได้ว่าผู้สูงอายุที่ยังสามารถทำงานได้และมีรายได้เพียงพอจะสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและสถานบริการที่ต้องการได้ ส่งผลให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ ร้อยละ 40.91 มีอายุ 70 – 79 ปี กระบวนการชราอาจส่งผลให้ความรู้ความเข้าใจข้อมูลคลาดเคลื่อนได้ การเรียนรู้ของบุคคลจะเริ่มลดลงตอนอายุ 40 – 50 ปี และจะลดลงมากขึ้นเมื่ออายุ 70 ปีขึ้นไป และผู้สูงอายุจะจำเรื่องราวในอดีตได้ดีแต่จะมีความจำเกี่ยวกับสิ่งใหม่ ๆ ลดลง (Sumalrot & Suksawai, 2015) อาจเป็นผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. การจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถดูแลตนเองได้ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 59.09 เป็นผู้ที่มีอายุ 60 – 69 ปีซึ่งเป็นผู้สูงอายุตอนต้น อาจส่งผลให้เกิดความตระหนักในการจัดการตนเอง และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ดี และร้อยละ 64.77 (ตารางที่ 1) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมารับบริการด้านสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นประจำสม่ำเสมอ ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำและมีการสื่อสารกับบุคลากรด้านสุขภาพสม่ำเสมอทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับความรู้จากการให้คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่และสามารถเข้าใจข้อมูลได้ (Ghafoor, Riaz, Eichorst, Fawwad,& Basit 2015) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม แต่อาจเนื่องมาจากกระบวนการชราทำให้ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาพ (Sumalrot & Suksawai, 2015) ทำให้เป็นอุปสรรคของการเกิดการจัดการตนเองในระดับสูง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิก-ซินโดรม

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเอง พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดการตนเอง ($r = 0.661$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 อธิบายได้ว่าเมื่อผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอ-ลิกซินโดรมที่มีทักษะพื้นฐานทั้ง ทักษะด้านสติปัญญา (cognitive skills) และทักษะด้านสังคม (social skills) ในระดับสูงจะมีความสามารถในการฟัง พูด อ่าน เขียน และเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพได้ สามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์และให้ความร่วมมือในการรักษา มีความสามารถในการค้นหา เลือกใช้ข้อมูล เกิดการสื่อสารสองทาง และนำไปปรับใช้ตามสถานการณ์ได้ มีการประเมินภาวะสุขภาพตนเองเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยเหตุผลเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพของตนเอง เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

อย่างเป็นกระบวนการ และสามารถจัดการตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อามานี แดมะยุ และคณะ (Daemayu et al.,2020) ที่ศึกษาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันเชิงบวกกับการจัดการตนเองระดับปานกลาง ($r = 0.46$, $p < 0.01$) ในทำนองเดียวกันมีการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของ จริยา นพเคราะห์ และคณะ (Noppakraw et al., 2020) พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันเชิงบวกกับการจัดการตนเองระดับปานกลาง ($r = 0.54$, $p < 0.01$) และอาจจะเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุตอนต้น ร้อยละ 59.09 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 56.82 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษาร้อยละ 64.77 และยังไม่เกิดโรคแทรกซ้อนจากภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือบุคคลที่สนใจนำไปเป็นแนวทางในการวางแผนส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมสามารถจัดการตนเองได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมในผู้สูงอายุกลุ่มอื่น เช่น ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม ผู้สูงอายุมีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง เพื่อขยายผลของการศึกษา

2. ศึกษาปัจจัยทำนายการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรม เช่น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ขั้นตอนความพร้อมของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นต้น

References

Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research conduct, critique, & Utilization*. (5th ed.). Philadelphia: Elsevier.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillside, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Creer, T. L. (2000). Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self- regulation* (pp. 601-629). Academic Press. Retrieved form https://doi.org/10.1016/B978-012109890-2/50047-0

Daemayu, A., Panuthai, S., & Jantasopeepun, P. (2020), Correlation between health literacy and self-management amongst older Thai Muslims with hypertension. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 35*(3), 87-107. (in Thai)

Ekapolakan, W. (Ed.). (2008), *Report of the Thai Population Health Survey by Physical Examination no.4*. Nonthaburi: Institute of Health Systems Research. (in Thai)

Ekapolakan, W. (Ed.). (2014), *Report of the Thai Population Health Survey by Physical Examination No.5.* Nonthaburi: Institute of Health Systems Research. (in Thai)

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.

Ghafoor, E., Riaz, M., Eichorst, B., Fawwad, A., & Basit, A. (2015). Evaluation of diabetes conversation map education tools for diabetes self-management education. *Diabetes Spectrum, 28*(4), 230-235. doi:10.2337/diaspect.28.4.230

Grundy, S. M. (2016). Metabolic syndrome update. *Trends in cardiovascular medicine, 26*(4), 364-373.

Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes care, 31*(5), 874- 879.

Khamchata, L., Wattana, C., & Harnirattisai. (2017), The effects of a self-management program on self-management behaviors, waist circumference, blood sugar level, and cardiovascular disease risk among persons with metabolic syndrome. *Nursing Journal, 44*(3). 65-76. (in Thai)

Khumthong, T., Potisiri, W., & Kaedumkoeng, 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)

NCD Countdown 2030 collaborators (2018). NCD Countdown 2030: Worldwide trends in non-communicable disease mortality and progress towards Sustainable Development Goal target 3.4. *Lancet (London, England)*, *392*(10152), 1072–1088. doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31992-5

Noppakraw, 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.

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

Rosenzweig, J. L., Bakris, G. L., Berglund, L. F., Hivert, M. F., Horton, E. S., Kalyani, R. R., ... Verges, B. L. (2019). Primary prevention of ASCVD and T2DM in patients at metabolic risk: An Endocrine Society clinical practice guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 104*(9), 3939-3985.

Siraprapasiri, P. (Ed.). (2020), *Guide to palliative and end-of-life care for medical personnel.* Nonthaburi: Department of Medical Services. (in Thai)

Sirikutjatuphon, K., Wirotrat, W., & Jitmontree, N. (2017), Factors predicting self-management behaviour of elderly type 2 diabetes patients. *Thai Journal of Nursing Council, 32*(1), 81-93. (in Thai)

Stenholm, S., Koster, A., Alley, D. E., Visser, M., Maggio, M., Harris, T. B., ... Ferrucci, L. (2010). Adipocytokines and the metabolic syndrome among older persons with and without obesity: The In CHIANTI study. *Clinical endocrinology, 73*(1), 55-65.

Sumalrot, T., & Suksawai, H. N. (2015), Aging in the world of work: Biopsychosocial perspectives. *Panyapiwat Journal, 7*(1), 242-254. (in Thai)

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

The Effects of a Social Support Program on Adherence to Hypertension Control Behaviors and Clinical Outcomes Among Chronic Kidney Disease Patients Receiving Hemodialysis

อัจฉรา	ขันธสนธิ์*	Autchara	Khantason*
บวรลักษณ์	ทองทวี**	Borwarnluck	Thongthawee**
ศศิพิมพ์	ไพโรจน์กิจตระกูล***	Sasipim	Pairojkittraku***

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ณ ศูนย์ไตเทียมเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 คน เก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วยและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 3) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และ 4) แบบประเมินความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย สถิติ paired t-test และ Wilcoxon matched pairs signed rank test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่างลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมโดยครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ส่งผลให้ความดันโลหิตลดลง

คำสำคัญ: โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม ภาวะความดันโลหิตสูง ผลลัพธ์ทางคลินิก ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตและไตเทียม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
e-mail: autchara.khan@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

*** พยาบาลชำนาญการ หน่วยงานการพยาบาลผู้ป่วยโรคไตและไตเทียม โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วันที่รับบทความ 2 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 6 ธันวาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 14 ธันวาคม 2564

Abstract

This quasi-experimental research aimed to determine the effects of a social support program on adherence to hypertension control behaviors and clinical outcomes in chronic kidney disease patients receiving hemodialysis. The sample for this study were 28 end-stage renal disease (ESRD) patients receiving hemodialysis at The 60th Anniversary HRH Princess Maha Chakri Sirindhorn Dialysis Center in Thammasat University Hospital from April to July 2021. The instruments for collecting data included 1) a personal data questionnaire, 2) an illness and hemodialysis data questionnaire, 3) a hypertension control behavioral assessment, and 4) a hypertension control knowledge assessment. The instruments were tested for validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon matched pairs signed rank test.

The findings showed that the mean score of knowledge in controlling hypertension was significantly greater than prior to attending the program ($p < .05$). The mean score of the adherence to hypertension control behaviors was significantly higher than the mean score before attending the program ($p < .05$), and the mean systolic blood pressure and diastolic blood pressure were significantly decreased after attending the program ($p < .05$).

This study showed that the social support program implemented by families and medical personnel improved patients' adherence to hypertension controlling behaviors which resulted in reduction of systolic and diastolic blood pressure.

Keywords: Social support program, Hypertension, Clinical outcomes, Chronic kidney disease patients, Hemodialysis

*Corresponding Author, Registered Nurse, Nephrology and Dialysis Unit, Thammasat University Hospital;
e-mail: autchara.khan@gmail.com
** Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University
*** Registered Nurse, Nephrology and Dialysis Unit, Thammasat University Hospital

Received 2 November 2021; Revised 6 December 2021; Accepted 14 December 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นภาวะที่ไตมีความผิดปกติทางด้านโครงสร้างหรือการทำหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่งมากกว่า 3 เดือน (The Nephrology Society of Thailand, 2015) อุบัติการณ์ของผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสำหรับข้อมูลในประเทศไทย มีจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการบำบัดทดแทนไต ในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวน 1,198.8 คนต่อประชากรล้านคน และ ในปี พ.ศ. 2558 มีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 1,306.6 คนต่อประชากรล้านคน (The Nephrology Society of Thailand, 2015) จึงจัดได้ว่าโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ อย่างไรก็ตามผู้ที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตจะประสบกับภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมภาวะแทรกซ้อนที่พบได้บ่อยคือ ภาวะความดันโลหิตที่สูงขณะฟอกเลือดและมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย (Kotchasenee, 2018)

โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญในการนำไปสู่การฟอกเลือดถึงร้อยละ 30.71 ของผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในประเทศไทย (The Nephrology Society of Thailand, 2015) และสอดคล้องกับสถิติผู้ป่วยไตวายเรื้อรังของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งมีสาเหตุจากภาวะความดันโลหิตสูง ถึงร้อยละ 78.2 ยิ่งไปกว่านั้นในขณะ เดียวกันในขณะฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมผู้ป่วยเหล่านี้ยังคงมีความ ดันโลหิตสูงอยู่ โดยพบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2561 ถึง 2562 พบผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงขณะฟอกเลือด คิดเป็นร้อยละ 85.59 และ 93.59 ตามลำดับ ซึ่งภาวะความดันโลหิตสูงเป็นอันตรายมาก ส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง และโรคหัวใจและหลอดเลือดขณะฟอกเลือดได้ (The Nephrology Society of Thailand, 2015)

สำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดแล้ว การควบคุมความดันโลหิตมีความสำคัญมาก โดยผู้ป่วยต้องได้รับการสนับสนุนทั้งจากครอบครัวและทีมสุขภาพ เพื่อให้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิตร สกุลคู, วันเพ็ญ วิศิษฏ์ชัยนนท์, และ วราทิพย์ แก่นการ (Sakulkoo, Wisitchainont, & Kankran, 2020) พบว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาด้วยการล้างไตปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตนำไปสู่การพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้ป่วยและเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร ตันติเอกรัตน์, ภัทรา-วดี มากมี, นิชาภา สุขสงวน, และ นวพร สัตพันธ์ (Tantiekkarat, Makmee, Suksanguam, & Sattaphan, 2020) พบว่าการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนของระบบที่ทำให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการที่ดี ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ และส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ทำให้ผู้ป่วยปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร มีการใช้ยาอยู่ในระดับดี ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับดี

จากความสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตัวเอง สอดคล้องกับแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ซึ่งอธิบายว่าแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน คือ 1) ด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ การให้ความเคารพส่วนบุคคล การรับฟัง การแสดงความห่วงใย และเห็นอกเห็นใจ 2) ด้านการประเมินค่า (Appraisal support) คือ การให้เรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเอง สมรรถภาพของตนเอง การให้สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ ผลการประเมินของบุคคลนั้น 3) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การให้ข้อมูลที่จะช่วยจัดการปัญหาทั้งภายในและภายนอกของบุคคลได้ และ 4) ด้านทรัพยากร (Instrumental support) คือ การช่วยให้บุคคลได้รับการตอบสนองตามความต้องการ สำหรับผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีความต้องการ การสนับสนุนจากครอบครัวและบุคลากรสุขภาพที่ดูแลในขณะฟอกเลือด ทั้งด้านอารมณ์ โดยการเปิดใจรับฟังปัญหา แสดงความห่วงใย มีการประเมินค่าให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกเป็นที่รักของครอบครัว และมีการให้ข้อมูลข่าวสารที่สำคัญในการดูแลตัวเองขณะฟอกเลือด การให้คำแนะนำเพื่อให้มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค เช่น การรับประทาน การควบคุมน้ำ ทั้งในลักษณะสื่อเอกสาร แผ่นพับ หรือพัฒนาสื่อออนไลน์ รวมทั้งการให้

ความช่วยเหลือในด้านสังคม เศรฐกิจ ในสิทธิการรักษาที่ผู้ป่วยควรได้รับ หากได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมมีปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคในทางที่ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Kim & Kim, 2019) ที่พบว่า มีผลต่อความร่วมมือในการจำกัดอาหาร และน้ำ ในผู้ป่วยฟอกเลือดด้วยเครื่องไต (Kara, Kayser, & Kilic, 2007) และผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการจำกัดอาหารและน้ำ สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้สนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ในการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าวสำเร็จ สอดคล้องกับการศึกษา ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย กิตติพร เนาว์สุวรรณ, ประไพพิศ สิงหเสม, และ เยาวลักษณ์ ยิ้มเยือน (Nawsuwan, Singhasem,& Yimyearn, 2016) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยสามารถใช้ทำนายวิธีปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตสูงได้

พฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูงมีความสำคัญผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม แต่ผู้ป่วยมีข้อจำกัด และยังต้องพึ่งพาการสนับสนุนจากครอบครัว และบุคลากรสุขภาพในการปฏิบัติตนในการควบคุมความดันโลหิตสูงได้ทั้งหมด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้แรงสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมให้ผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้ความดันโลหิตสูงลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

สมมติฐานการวิจัย

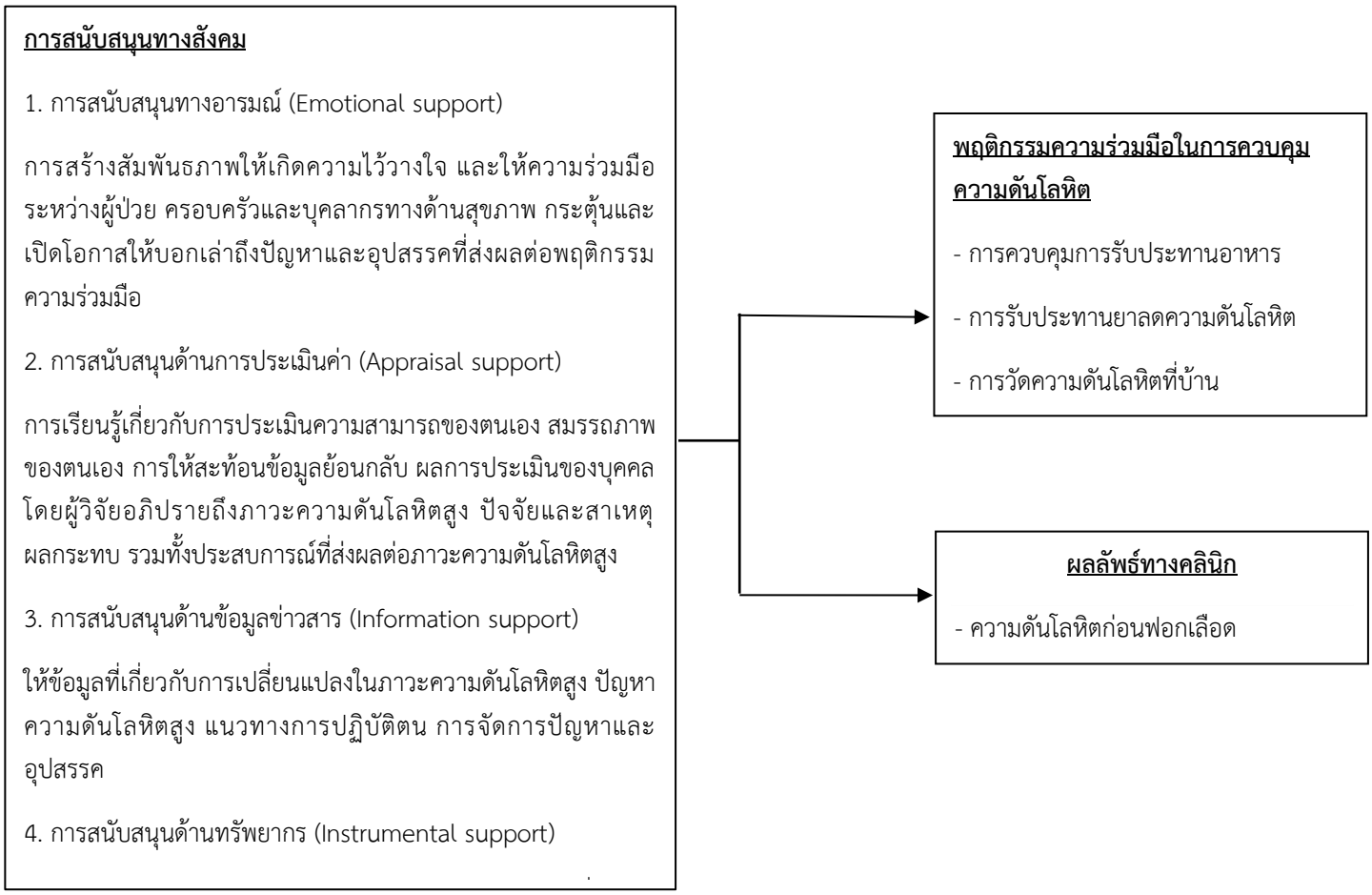
1. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

2. ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมค่าเฉลี่ยความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเรื่อง การสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลมีความสัมพันธ์กันเกิดการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) การสนับสนุนทางอารมณ์ (Emotional support) การสร้างสัมพันธภาพให้เกิดความไว้วางใจ และให้ความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพ กระตุ้นและเปิดโอกาสให้บอกเล่าถึงปัญหาและอุปสรรคที่ส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือ 2) การสนับสนุนด้านการประเมินค่า (Appraisal support) การเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินความสามารถของตนเอง สมรรถภาพของตนเอง การให้สะท้อนข้อมูลย้อนกลับ ผลการประเมินของบุคคล โดยผู้วิจัยอภิปรายถึงภาวะความดันโลหิตสูง ปัจจัยและสาเหตุ ผลกระทบ รวมทั้งประสบการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะความดันโลหิตสูง 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) ให้ข้อมูลที่เกี่ยวการเปลี่ยนแปลงในภาวะความดันโลหิตสูง ปัญหาความดันโลหิตสูง แนวทางการปฏิบัติตน การจัดการปัญหาและอุปสรรค และ 4) การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) ผู้วิจัยจัดทำและสนับสนุนเอกสาร สมุดบันทึกคู่มือความรู้เรื่องการปฏิบัติตนควบคุมความดันโลหิตสูง ให้ข้อมูลถึงแหล่งสนับสนุนและวิธีการติดต่อสอบถามเมื่อพบปัญหา ที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต ได้แก่ การควบคุมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาลดความดันโลหิต การวัดความดันโลหิตที่บ้าน การมาฟอกเลือดอย่างสม่ำเสมอ และยังส่งผลต่อ

ผลลัพธ์ทางคลินิก ทำให้ความดันโลหิตก่อนฟอกเลือดลดลง



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ดำเนินการทดลองแบบ One Group Pretest - Posttest Design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่ศูนย์ไตเทียมเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในระหว่างเดือนเมษายน ถึง เดือนกรกฎาคม 2564 โดยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จากงานวิจัยก่อนหน้าของ ปุณิกา สุ่มทอง, บุญเยี่ยม สุทธิพงศ์เกียรติ, ปรัชพร กลีบประทุม, และ วาศิณี อาจภักดี (Sumthong, Suthiphongkiart, Kleebpratoom, & Oadpakdee, 2019) โดยกำหนด อำนาจในการทดสอบที่ .80 และขนาดอิทธิพลที่ .50 กลุ่มตัวอย่างขนาดกลาง α ที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 ราย แต่เพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม พิจารณาเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 (Srisatidnarakul, 2010) ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นจำนวน 30 ราย โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

(Inclusion criteria) ดังนี้ 1) ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 2) ผู้ป่วยชาย หรือหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปี ขึ้นไป 3) ฟอกเลือด 3 ครั้ง/สัปดาห์ สม่ำเสมอ 4) ไม่เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจระดับที่ 4 5) มีภาวะความดันโลหิตสูงก่อนการฟอกเลือดก่อนเข้าโปรแกรม 6) สามารถติดต่อสื่อสาร และเขียนภาษาไทยได้ 7) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria) ประเมินโดยอายุรแพทย์โรคไต ดังนี้ 1) มีโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่รุนแรงอันเป็นสาเหตุให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ ระดับการรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง มีอาการหอบเหนื่อย ติดเชื้อ 2) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตของโรค ได้แก่ มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะรุนแรง มีภาวะช็อคจากการอุดกั้นนอกหัวใจ (Obstructive shock) มีภาวะช็อคจากหัวใจ (Cardiogenic shock) มีภาวะช็อคจากการติดเชื้อ (Septic shock) มีภาวะช็อคจากปริมาณเลือดลดลง (Distributive shock) มีภาวะช็อคจากร่างกายสูญเสียน้ำและเกลือแร่ (Hypovolemic shock) มะเร็งระยะลุกลาม (Advance cancer)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือดำเนินการทดลอง และเครื่องมือกำกับการทดลอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเป็นแบบให้เลือกตอบ หรือเติมคำตอบ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล บุคลในครอบครัวที่มีส่วนสนับสนุนในพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง จำนวนสมาชิกในครอบครัว และความสม่ำเสมอในการมาพบแพทย์

1.2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลความเจ็บป่วยและการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ผู้วิจัยเป็นผู้บันทึกจากประวัติการรักษา จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้าย จำนวนครั้งของการฟอกเลือดต่อสัปดาห์ Vascular Access ระยะเวลาของการฟอกเลือดแต่ละครั้ง ค่าความเพียงพอของการฟอกเลือด (Kt/V) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคร่วมอื่น ๆ ยาลดความดันโลหิตที่ได้รับปัจจุบัน ค่าดัชนีมวลกาย

2. เครื่องมือดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยกำหนดเนื้อหาแต่ละขั้นตอนของกิจกรรมให้ครอบคลุมในการควบคุมพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ประกอบด้วยแผนการสอน สมุดคู่มือ และสื่อการสอน วิดีโอ Animation “ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยฟอกไต: ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม”

โปรแกรมฯ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยอายุรศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการบำบัดทดแทนไต 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.98

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ประกอบด้วย

3.1 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเอง จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ จำแนกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

1) พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมการรับประทานอาหารที่มีผลทำให้เกิดความดันโลหิตสูง จำนวน 8 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 8-32 คะแนน

2) พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมการรับประทานยาลดความดันโลหิต จำนวน 5 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน

3) พฤติกรรมความร่วมมือในการวัดความดันโลหิตที่บ้านจำนวน 4 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 4-16 คะแนน

4) พฤติกรรมความร่วมมือในการมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมตามนัดอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 3 ข้อ คะแนนอยู่ในช่วง 3-12 คะแนน

เครื่องมือผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการบำบัดทดแทนไต 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79

3.2 แบบประเมินความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาเองจำนวน 15 ข้อ โดยเป็นคำถามถูก-ผิด จำนวน 15 ข้อ ช่วงคะแนนที่เป็นไปได้ 0-15 คะแนน มีการแปลความหมายระดับคะแนนเป็น 3 อันตรภาคชั้น ดังนี้ กลุ่มที่ 1 คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60 ลงมา คือ ค่าคะแนนน้อยกว่า 9 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตต่ำ กลุ่มที่ 2 คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.1-79.9 คือ ค่าคะแนนระหว่าง 9-11 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตปานกลาง กลุ่มที่ 3 คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป คือค่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 12 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง

เครื่องมือผ่านการตรวจจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์อายุรศาสตร์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคไต 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำสาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการบำบัดทดแทนไต 2 ท่าน และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 1 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 1.0 โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย นำข้อมูลที่ได้มาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นคำนวนโดยใช้ (Kuder Richardson 20) เท่ากับ 0.82

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลหลังได้รับการอนุมัติจากคณะคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติแล้ว เมื่อวันที่ 5 เมษายน 2564 รหัสโครงการวิจัย 004/2564 ผู้วิจัยชี้แจงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยได้ให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยิมยอมเข้าร่วมการวิจัย และในขณะที่เข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาทดลองครั้งนี้ ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมผสมผสานการสนับสนุนทั้ง 4 ด้าน โดยจัดกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมทั้งหมด 8 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที กำหนดจะทำกิจกรรมทุกสัปดาห์เป็นเวลา 8 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) สร้างสัมพันธภาพ 2) ประเมินความรู้และพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตและผลลัพธ์ทางคลินิก 3) ส่งเสริมความรู้ด้วย "ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยฟอกไต: ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม" 4) เทคนิคง่ายๆห่างไกลความดันโลหิตสูง 5) สะท้อนความคิดพิชิตภัยเงียบ 6) ปัญหาและอุปสรรค 7) เป้าหมายที่ดีเพื่อชีวิตที่มีความหมาย 8) อำลา สิ้นสุดโปรแกรม ซึ่งกิจกรรมทั้ง 8 ครั้งประกอบด้วยการสนับสนุนดังนี้

1. ระยะเตรียมการทดลอง สัปดาห์ที่1 (ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 ของโปรแกรม ใช้เวลา 20 นาที) รับสมัครกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมฯ ชี้แจงวัตถุประสงค์ อธิบายขั้นตอนการทำวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย และประเมินความรู้ พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต และผลลัพธ์ทางคลินิก (Pre-test)

2. ระยะทดลอง สัปดาห์ที่ 2–7 (ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 ของโปรแกรม ใช้เวลา 30 – 45 นาที) ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร และให้กลุ่มตัวอย่างร่วมกันสำรวจตนเอง หาสาเหตุ และอุปสรรคในการควบคุมความดันโลหิตเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย โดยให้ความรู้เรื่อง "ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยฟอกไต: ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม" การรับประทานยาลดความดันโลหิต และการวัดความดันโลหิต พร้อมทั้งให้คู่มือการควบคุมความดันโลหิตสูงให้กลุ่มตัวอย่างนำไปบันทึกที่บ้าน

2.1 ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 (ใช้เวลา 30–45 นาที) ขั้นตอนการประเมิน (Appraisal) ครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่าง นำคู่มือการควบคุมความดันโลหิตสูงกลับมาพบผู้วิจัย พูดคุยแลกเปลี่ยนและประเมิน

พฤติกรรม เพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตลอดจนทบทวนความรู้ และทักษะเพิ่มเติม สอบถามอุปสรรค ทบทวนความรู้ และประเมินแนวโน้มของพฤติกรรม

2.2 ครั้งที่ 7 และครั้งที่ 8 (ใช้เวลา 30–45 นาที) ขั้นตอนการประเมิน (Appraisal) ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาข้อมูลจากสมุดบันทึกเพื่อปรับเปลี่ยนแผนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ตลอดจนทบทวนความรู้ และทักษะเพิ่มเติม และให้กลุ่มตัวอย่างและครอบครัวประเมินพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูงและผลลัพธ์ทางคลินิก

3. ระยะสิ้นสุดการทดลอง สัปดาห์ที่ 8 (ครั้งที่ 9 ใช้เวลา 20 นาที) ขั้นตอนการประเมิน (Appraisal) ให้กลุ่มตัวอย่าง นำสมุดบันทึกกลับมาพบผู้วิจัยเพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยน และประเมินการปฏิบัติพฤติกรรม ประเมินความรู้พฤติกรรมความร่วมมือในการวบคุมความดันโลหิต และผลลัพธ์ทางคลินิก (Post-test) ผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการเข้าร่วมกิจกรรม กล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ดูแล และยุติการเข้าร่วมโปรแกรม และเก็บรวมรวบข้อมูล (Sumthong et al., 2019)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต ความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง และความดันโลหิต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่างโดย ใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิต และความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง กรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed rank test วิเคราะห์ความแตกต่างกรณีข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.1 อายุเฉลี่ย 60.36 ปี โดยส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 51-70 ปี ร้อยละ 57.1 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 67.9 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่บุคคลในครอบครัวที่มีส่วนสนับสนุนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต คือ บุตร-ธิดา ร้อยละ 53.6 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม 1-3 ปี ร้อยละ 60.7 ระยะเวลาเฉลี่ย 4.04 ปี สาเหตุของโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายมากที่สุด คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 71.4 รองลงมา คือ เบาหวาน ร้อยละ 21.4 โดยมีประวัติโรคร่วมอื่น ๆ 1 โรค ร้อยละ 71.4 มีโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 64.3 โดยมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นในแต่ละครั้งของการฟอกเลือด (Weight gain) มากที่สุดคือ 2-3 kgs และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีใช้ยาลดความดันโลหิต 3 อันดับแรก ได้แก่ Central agonist, Angiotensin receptor blockers (ARBs) และ Alpha 1 – receptor blocker คิดเป็นร้อยละ 42.9, 32.1 และ32.1 ตามลำดับ

พฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนของพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้าน (Median=56.78, IQR=5) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Median=55, IQR=12) โดยคะแนนค่าเฉลี่ยของพฤติ-กรรมรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการรับประทานยา (Median=11, IQR=2) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Median=11, IQR=2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Median=12, IQR=.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Median=11, IQR=2) และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติ-กรรมการรับประทานอาหาร (M=22.57, SD=2.60) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=20.75, SD=3.86) อย่างไรก็ตาม ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความ

ร่วมมือการวัดความดันโลหิตที่บ้านไม่แตกต่างกัน
รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม (n= 28)

ตัวแปร	Median	IQR	z	p-Value
พฤติกรรมโดยรวมทุกด้าน				
ก่อนได้รับโปรแกรม	55	12	-2.528	.011*
หลังได้รับโปรแกรม	56.78	5		
พฤติกรรมการรับประทานยา				
ก่อนได้รับโปรแกรม	11	2	-2.241	.025*
หลังได้รับโปรแกรม	11	2		
พฤติกรรมการวัดความดันโลหิตที่บ้าน				
ก่อนได้รับโปรแกรม	13	2.45	-1.793	.073
หลังได้รับโปรแกรม	12	2.75		
พฤติกรรมการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม				
ก่อนได้รับโปรแกรม	11	2	-3.446	.001*
หลังได้รับโปรแกรม	12	.00		
ตัวแปร	$\bar{x}$	**S.D.**	**t**	**p-Value**
พฤติกรรมการรับประทานอาหาร				
ก่อนได้รับโปรแกรม	20.75	3.86	-2.930	.007*
หลังได้รับโปรแกรม	22.57	2.60		

* p-Value < .05

ความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าคะแนนของความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้าน (M= 13.89, SD=.956) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=12.11, SD=1.23) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการรับประทานอาหารและน้ำ (M=8.11, SD=.916) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (M=6.96, SD=1.10) และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านการวัดความดันและการรับประทานยา (Median=6, IQR=.00) สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (Median=5, IQR=1) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม (n= 28)

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	t	p-Value
คะแนนความรู้โดยรวมทุกด้าน				
ก่อนได้รับโปรแกรม	12.11	1.23	-8.103	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	13.89	.956		
คะแนนความรู้การรับประทานอาหารและน้ำ				
ก่อนได้รับโปรแกรม	6.96	1.10	-5.605	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	8.11	.916		
ตัวแปร	**Median**	**IQR**	**z**	**p-Value**
คะแนนความรู้การวัดความดันและการรับประทานยา				
ก่อนได้รับโปรแกรม	5.00	1	-3.499	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	6.00	.00		

* p-Value < .05

ความดันโลหิต

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบน (Median=148.9, IQR=22.75) และความดันโลหิตตัวล่าง (M=69.51, SD=9.65) ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Median=161.7, IQR=19.55) (M=73.06, SD=8.33) รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยเปรียบเทียบความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม (n= 28)

ตัวแปร	Median	IQR	z	p-Value
ความดันโลหิตตัวบน				
ก่อนได้รับโปรแกรม	161.7	19.55	-4.179	.000*
หลังได้รับโปรแกรม	148.9	22.75		
ตัวแปร	$\bar{x}$	**S.D.**	**t**	**p-Value**
ความดันโลหิตตัวล่าง				
ก่อนได้รับโปรแกรม	73.06	8.33	2.098	.045*
หลังได้รับโปรแกรม	69.51	9.65		

* p-Value < .05

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าคะแนนของพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้าน สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม แต่สำหรับค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือการวัดความดันโลหิต

ที่บ้านไม่แตกต่างกัน และการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม มีค่าคะแนนของความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงโดยรวมทุกด้านสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม อธิบายได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ที่ว่าปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือ 4 ด้าน ที่ผู้วิจัยนำมาเป็นกรอบในการจัดโปรแกรมโดยสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พร้อมทั้งครอบครัวและผู้ดูแล ร่วมกับพยาบาลไตเทียม ทำให้เกิดความไว้วางใจ จากนั้นเมื่อเกิดความไว้วางใจเพื่อเข้าสู่ขั้นตอนการสร้างเป้าหมายการปรับพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูง โดยการร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา สร้างเป้าหมาย และสรุปแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยาลดความดันโลหิต การวัดความดันโลหิตที่บ้าน การมาฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เมื่อสร้างเป้าหมายร่วมกันจึงนำไปสู่การให้ความรู้ ด้วยวิธีการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่างขณะฟอกเลือกด้วยเครื่องไตเทียม โดยการส่งเสริมสื่อการสอนผ่านวิดีโอ Animation “ความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยฟอกไต: ภัยเงียบที่ไม่ควรมองข้าม” ให้ผู้ป่วยดูขณะฟอกเลือด ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสนใจ รู้สึกสนใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้สมุดคู่มือควบคุมพฤติกรรมเพื่อสะท้อนข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้เวลาในการฟอกเลือดทำให้กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัย และบุคลากรทางการแพทย์ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้กำลังใจ และช่วยเหลือ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในตนเองต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ถูกต้อง จึงนำไปสู่การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตไปในด้านบวก และความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โมแรน, คริสเตียนสัน, และ ลอว์ตัน (Moran, Christensen, & Lawton, 1997) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมในการรักษาด้วยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นสิ่งสำคัญอย่างสูงในผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวที่ดีและความสม่ำเสมอในการจำกัดอาหาร และงานวิจัยของ คณิตตา อินทบุตร (Intaboot, 2020) พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูง และค่าระดับความดันโลหิตดีขึ้นกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) ในส่วนของการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่ได้กล่าวมาสอดคล้องกับงานวิจัยของ สำรวย กลยณี และ ศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม (Konyanee & Tassana-iem, 2019) พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมประชาชนมีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพและแรงสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิก โดยเปรียบเทียบค่าความดันโลหิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบนและตัวล่าง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตตัวบน ลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ ซึ่งผลการศึกษาเปรียบเทียบที่ได้กล่าวมาสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปุณิกา สุ่มทอง และคณะ (Sumthong et al., 2019) ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงหลังจากได้รับโปรแกรมการวัดความดันโลหิตด้วยตนเองที่บ้านโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและแรงสนับสนุนทางสังคม มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบนและตัวล่างลดลง และมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับงานวิจัยของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, โสภิต สุวรรณเวลา, ประไพพิศ สิงหเสม, และ สายพิณ เม่งเอียด (Tiparat, Suwanweala, Singhasem, & Mengaied, 2018) ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีค่าสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าความดันโลหิตซิสโตลิก และไดแอสโตลิกมีค่าต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความดันโลหิตซิสโตลิก และความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลองทันที กลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการทดลอง 3 เดือน

ความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันโลหิตไดแอสโตลิก กลุ่มทดลองมีค่าต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ อธิบายได้จากการเยี่ยมติดตามการวัดความดันโลหิตที่บ้าน การบันทึกในสมุดคู่มือควบคุมความดันโลหิตสูง และการรับประทานยาลดความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามีความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง ดีขึ้นทุกด้าน อย่างไรก็ตามพบว่ามีพฤติกรรมการวัดความดันโลหิตไม่เปลี่ยน หรือเพิ่มขึ้น เนื่องจากมีปัจจัยอื่นแทรก อุปกรณ์การวัดความดันที่แตกต่างกัน และไม่สามารถนำมาเทียบเคียงตรวจวัดกับของโรงพยาบาลได้ทุกราย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า การประยุกต์ใช้การสนับสนุนทางสังคมของเฮ้าส์ (House, 1981) ทั้ง 4 ด้าน ส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในการควบคุมความดันโลหิตสูง ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการรับรู้ในการควบคุมความดันโลหิตสูงไปในทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้ระดับความดันโลหิตตัวบน และตัวล่างลดลง โดยโปรแกรมเปรียบเสมือนตัวกระตุ้นในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เกิดความตระหนัก เห็นความสำคัญ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง จนสามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคม โดยครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงที่เหมาะสม ส่งผลทำให้ผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมดีขึ้น คือ ทำให้ความดันโลหิตลดลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม สามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยไตเรื้อรังที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยสิ่งสำคัญที่ทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพคือ ครอบครัว รวมถึงมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ส่งเสริม และให้คำแนะนำกับผู้ป่วยเป็นรายกรณี

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาระยะสั้น และมีการจำกัดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมีการระบาดของ COVID-19 การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการเปรียบเทียบ 2 กลุ่ม เพื่อยืนยันประสิทธิผลของโปรแกรม

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมอย่างต่อเนื่อง โดยติดตามประเมินผลในระยะยาว เป็นระยะเวลาทุก 3 เดือน 6 เดือน หรือทุก 1 ปี เพื่อติดตามพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิตสูง

3. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ เพื่อวัดประสิทธิภาพของการควบคุมความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ในการป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อน เช่น การประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด (CVD Risk) เป็นต้น

4. ควรศึกษาโดยใช้กิจกรรมตามโปรแกรมในกลุ่มผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมรายใหม่ เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถควบคุมโรคได้ และลดโอกาสการเกิดโรคร่วม และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากภาวะความดันโลหิตสูงในผู้ป่วยไตเรื้อรังที่ฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

References

House, J. S. (1981). *Work stress and social support.* Glenview, IL: Addison-Wesley.

Intaboot, K. (2020). The effect of a self-management and social support program on new hypertension cases with uncontrolled blood pressure. *The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima Journal*, *26*(1), 73-83. (in Thai)

Kara, B., Kayser, K., & Kilic, S. (2007). Nonadherence with diet and fluid restrictions and perceived social support in patient receiving hemodialysis. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(3), 243-248.

Kim, B., & Kim, J. (2019). Influence of uncertainty, depression, and social support on self-care compliance in hemodialysis patients. *Journal Therapeutics and Clinical Risk Management, 15*, 1243-1251.

Konyanee, S., & Tassana-iem, S. (2019). The effect of the application of food, exercise, emotion, non-smoking, alcohol cessation and social support to reduce the risk of diabetes and hypertension among new risk groups. *Ratchaphruek Journal, 17*(2), 95-104. (in Thai)

Kotchasenee, P. (2017). *Essentials in hemodialysis* (4th ed.). Bangkok: Text and Journal. (in Thai)

Moran, P. J., Christensen, A. J., & Lawton, W. J. (1997). Social support and conscientiousness in hemodialysis adherence. *Annals of Behavioral Medicine, 19*(4), 333-338.

Nawsuwan, K., Singhasem, P., & Yimyearn, Y. (2016). Relationship and the predictive power of social support on the practice of hypertensive patients. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal,* 8(1), 1-13. (in Thai)

Sakulkoo, S., Wisitchainont, W., & Kankran, W. (2020). Factors influencing quality of life in end-stage renal disease patients receiving continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Journal of Nursing and Health Care, 48*(3), 117-126. (in Thai)

Srisatidnarakul, B. (2010). The methodology in nursing research Bangkok: U & I inter media. (in Thai)

Sumthong, P., Suthiphongkiart, B., Kleebpratoom, P., & Oadpakdee, W. (2019). The effect of home blood pressure monitoring program applying transtheoretical model and social support power in hypertensive patients, Angthong Hospital. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 2(1), 1-14. (in Thai)

Tantiekkarat, S., Makmee, P., Suksanguam, N., & Sattaphan, N. (2020). Factors associated with self-care behaviors of the elder with hypertension in buriram province by using the precede framework theory. *VRU Research and Development Journal Science and Technology Group 2*, 15(1), 59-74. (in Thai)

The Nephrology Society of Thailand. (2015). *Clinical practice recommendation for the Evaluation and management of chronic kidney disease in adults.* Retrieved from http://www.nephrothai.org (in Thai)

Tiparat, W., Suwanweala, S., Singhasem, P., & Mengaied, S. (2018). The effects of a self–management supporting program on management of blood pressure among patients at-risk for stroke in muang district, trang province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 5*(2), 70-85. (in Thai)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Factors Related to Paclitaxel Hypersensitivity Among Lung Cancer Patients Receiving Chemotherapy at Outpatient Chemotherapy Unit 1 Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

กำจัด	ปวนไฝ*	Kamjad	Puanfai*
ณัฐธยาน์	สุวรรณคฤหาสน์**	Nattaya	Suwankruhasn**
ขวัญฟ้า	ตันติวุฒิ***	Khwanfa	Tantiwut***

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซลมักจะเกิดภาวะภูมิไวเกินขณะได้รับยา พยาบาลมีบทบาทในการประเมินและเฝ้าระวังการเกิดภาวะภูมิไวเกินขณะได้รับยา การศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียนเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2562 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซล 240 ราย เกิดภาวะภูมิไวเกิน จำนวน 56 ราย ไม่เกิดภาวะภูมิไวเกิน 184 ราย วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความสัมพันธ์ไคสแควร์ และหาค่าอำนาจการทำนายถดถอยโลจิสติค

ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคคลิแทกเซลคือ เพศ อายุ และรอบของการได้รับยาเคมีบำบัด (p= .009, p= .021 และ p < .001 ตามลำดับ) เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่าเพศชาย 2.81 เท่า (95% CI 1.29 – 6.11) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีมีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 2.60 เท่า (95% CI 1.15 – 5.86) และผู้ที่มีรอบของการได้รับยา cycle 1 มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่า cycle 3 เป็น 5.67 เท่า (95% CI 1.80 - 17.89) และผู้ที่ได้รับยา cycle 2 มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่า cycle 3 เป็น 34.39 เท่า (95% CI 12.41 - 95.33)

ผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลในการประเมินเฝ้าระวังและนำไปพัฒนาเครื่องมือคัดกรองการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

คำสำคัญ: ภาวะภูมิไวเกิน มะเร็งปอด ยาแพคลิแทกเซล ยาเคมีบำบัด

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ e-mail: kjpf012@gmail.com

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 3 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 21 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่ตอบรับบทความ 1 มีนาคม 2565

Abstract

Patients with lung cancer who receive Paclitaxel chemotherapy are more likely to develop hypersensitivity while receiving this drug. Nurses have a role in assessing and monitoring the occurrence of hypersensitivity during drug administration. This retrospective chart review study examined factors related to Paclitaxel hypersensitivity among lung cancer patients who received chemotherapy from January 2014 to December 2019. The sample consisted of 240 patients with lung cancer who received Paclitaxel chemotherapy; 56 experienced Paclitaxel hypersensitivity, and 184 did not develop a hypersensitive reaction. Data were analyzed by chi-square correlation and logistic regression.

The results showed that factors related to Paclitaxel hypersensitivity were gender, age, and cycle of chemotherapy ($p = .009$, $p = .021$ and $p < .001$). Females were 2.81 times more likely to develop hypersensitive reaction than males (95% CI 1.29 – 6.11). People over 60 were 2.60 times more likely to develop a hypersensitive reaction than those under 60 (95% CI 1.15 – 5.86). Those who received cycle 1 were 5.67 times more likely to develop a hypersensitive reaction than those who received cycle 3 (95% CI 1.80 - 17.89), and those who received cycle 2 were 34.39 times more likely than those who received cycle 3 (95% CI 12.41 - 95.33).

Findings from this study provide information for nurses to assess monitoring and to develop a screening tool for hypersensitivity while receiving Paclitaxel chemotherapy.

Keywords: Hypersensitivity, Lung cancer, Paclitaxel, Chemotherapy

* Corresponding Author, Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai;
e-mail: kjpf012@gmail.com
**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University
*** Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai

Received 3 January 2022; Revised 21 February 2022; Accepted 1 March 2022

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งปอดเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกพบว่าในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ป่วยมะเร็งปอดรายใหม่จำนวน 2.21 ล้านคน ซึ่งเป็นอันดับ 2 ของมะเร็งรายใหม่ทั้งหมด และพบการเสียชีวิตจำนวน 1.8 ล้านคน ซึ่งเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งทั้งหมด (World Health Organization [WHO], 2021) สำหรับสถิติโรคมะเร็งในประเทศไทยปี พ.ศ 2557 ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบมะเร็งปอดในเพศชายมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับและท่อน้ำดี และในเพศหญิงพบมะเร็งปอดเป็นอันดับ 5 รองจากมะเร็งเต้านม มะเร็งตับและท่อน้ำดี มะเร็งปากมดลูก มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก รวมทั้งมะเร็งปอดยังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งตับทั้งในเพศชายและหญิง (Insamran & Sangrajrang, 2020) โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ จากสถิติปี พ.ศ.2557 - 2562 มีผู้ป่วยมะเร็งปอดเข้ารับการรักษาทั้งหมด 7345, 7390, 7385, 6551, 7349 และ 8681ครั้งต่อปีตามลำดับ (Medical Record and Statistics Section, 2020) ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยมะเร็งปอดที่เข้ารับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ยาเคมีบำบัดเป็นยาที่ใช้รักษาโรคมะเร็งที่ออกฤทธิ์ต้านหรือทำลายเซลล์มะเร็ง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง ทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปและตายในที่สุด สำหรับผู้ป่วยที่มีการแพร่กระจายของโรคมะเร็งไปมากแล้ว การให้ยาเคมีบำบัดอาจทำเพื่อหวังผลการควบคุมไม่ให้โรคลุกลามโดยไม่ได้หวังผลให้โรคหายขาด เพียงแต่ยืดระยะเวลาของชีวิตให้ยาวนานขึ้น ลดอาการของโรค และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (National Cancer Institute, 2015) หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ให้บริการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบบวันเดียวกลับ มีผู้ป่วยมะเร็งปอดมารับยาเคมีบำบัดมากเป็นอันดับ 2 รองจากมะเร็งเต้านม โดยสถิติปี พ.ศ 2557 - 2562 มีผู้ป่วยมะเร็งปอดมารับยาเคมีบำบัดจำนวน 899, 864, 914, 684, 666 และ 650 ครั้ง/ปี ตามลำดับ และส่วนใหญ่ร้อยละ 60.13 จะได้รับยาเคมีบำบัดกลุ่มแทกเซน (Taxanes) ได้แก่ แพคลิแทกเซล (Paclitaxel) และ โดซีแทกเซล (Docetaxel) (Medical Record and Statistics Section, 2020)

แพคลิแทกเซลเป็นยาเคมีบำบัดที่พิจารณาใช้เป็นอันดับแรก (first - line drug) ในการรักษามะเร็งปอด ชนิดเซลล์ขนาดเล็ก (non-small cell) ในระยะแพร่กระจาย (National Cancer Institute, 2015) ยาแพคลิแทกเซล จะออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งเซลล์มะเร็งในระยะไมโทซิส (Mitosis) ของวงจรการแบ่งเซลล์และยับยั้งเอนไซม์ในการสังเคราะห์โปรตีนในการแบ่งเซลล์ ส่งผลให้สามารถทำลายเซลล์มะเร็งได้ในทุกระยะของวงจรแบ่งเซลล์ (Garon & Dubinett, 2011) ถึงแม้ว่ายาแพคลิแทกเซล จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งได้หลายชนิดรวมถึงมะเร็งปอด แต่ก็ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาและภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity Reactions:HSRs) โดยเฉพาะภาวะภูมิไวเกินจะนำไปสู่การแพ้ยาอย่างรุนแรง (anaphylaxis) และเสียชีวิตได้ (Pagani et al., 2021)

ภาวะภูมิไวเกินเป็นภาวะที่ร่างกายได้รับแอนติเจนหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันพยายามกำจัดแอนติเจนนั้นให้หมดไป แต่ถ้าแอนติเจนถูกกำจัดไม่หมดระบบภูมิคุ้มกันจะถูกกระตุ้นตลอดเวลา ภูมิคุ้มกันของร่างกายจึงมีการตอบสนองที่มากเกินไป จนก่อให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อและอวัยวะ และอาจพบการทำลายเนื้อเยื่อตนเอง ทำให้เนื้อเยื่อและอวัยวะสูญเสียการทำหน้าที่ ส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น เช่น หน้าแดง มีผื่น การเปลี่ยนแปลงของอัตราการเต้นของหัวใจ และความดันโลหิต หายใจลำบาก หลอดลมหดเกร็ง ปวดหลัง ไข้ หนาวสั่น คลื่นไส้ เป็นต้น ในผู้ป่วยที่ได้รับยาแพคลิแทกเซลอาการเหล่านี้จะปรากฏภายใน 24 ชั่วโมงหลังได้รับยา และส่วนมากเกิดขึ้นในครั้งแรกของการให้ยา และสามารถเกิดซ้ำได้ทุกรอบของการให้ยา (Foongfaung, 2018)

ยาแพคลิแทกเซลเป็นยาเคมีบำบัดที่มีรายงานการเกิด ภาวะภูมิไวเกินแบบที่1 (type1 hypersensitivity reaction) ที่เกิดขึ้นฉับพลัน ซึ่งเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายใน 1 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังให้ยา และอาจเกิดได้ตั้งแต่ครั้งแรกที่ให้ยาอาการแสดง เช่น ไข้ ปวดท้อง ท้องเสีย กระสับกระส่าย คลื่นไส้ อาเจียน เกิดผื่นลมพิษ ความดันโลหิตต่ำ ปวดแขนขา หลอดลมบวมและหดเกร็ง

และอาจเกิดอาการแพ้อย่างรุนแรง (anaphylaxis) ได้ (Pagani et al., 2021) การเกิดภาวะภูมิไวเกินแบ่งระดับความรุนแรงตามเกณฑ์ของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute, 2517) แบ่งระดับความรุนแรงเป็น 5 ระดับคือ ระดับ 1 หน้าแดงหรือมีผื่นชั่วคราว มีไข้จากยา <38 ^{0}C ไม่ต้องการรักษาเพิ่มเติม ระดับ 2 ต้องหยุดให้ยาหรือต้องการการรักษาเพื่อบรรเทาอาการด้วยยารับประทาน เช่น การให้ยาต้านฮีสตามีน (antihistamines) ยาต้านอักเสบชนิดไม่ใช่สเตียรอยด์ ยาแก้ปวดชนิดเสพติด (narcotics) การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ โดยได้รับการรักษาภายใน 24 ชั่วโมง อาการจึงดีขึ้น ระดับ 3 มีอาการนานแม้ได้รับยาบรรเทาอาการ หรือหยุดยาแต่อาการผู้ป่วยไม่ดีขึ้น มีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ มีหลอดลมหดเกร็ง (broncho-spasm) ต้องให้ยาทางหลอดเลือดดำ และต้องเข้ารับการรักษาจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น เช่น แบบแผน การหายใจเปลี่ยนแปลง ไตสูญเสียหน้าที่ ระดับ 4 ต้องได้รับการรักษาฉุกเฉินจากอาการรุนแรงที่อาจเสียชีวิต ระดับ 5 เสียชีวิต (National Cancer Institute, 2017)

จากรายงานการเกิดภาวะภูมิไวเกินของยาในกลุ่มแทกเซน พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 8-45 โดยกระตุ้นการทำงานของ IgE (type I)-mediated, Non-IgE mediated, ทั้งชนิด 2 (type II) และชนิด 3 (type III) เกิดอาการในช่วง 1-15 นาทีแรกของการเริ่มให้ยา โดยเกิดใน 10 นาทีพบร้อยละ 78 เกิดในครั้งแรกหรือครั้งที่สองของการให้ยา (Boulanger, Boursiquot, Cournoyer, Lemieux, Masse, 2014) การศึกษาของ มูอัลเลากลู และคณะ (Muallaoglu et al., 2013) พบผู้ป่วยที่ได้รับยาแพคลิแทกเซลจำนวน 144 ราย เกิดปฏิกิริยาจากการได้รับยา 14 รายหรือร้อยละ 9.7 ทั้งหมดเกิดความรุนแรงระดับ 1 - 2 และพบอาการจากภาวะภูมิไวเกินหลังได้รับยาประมาณ 1 - 5 นาทีแรก สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตตรา จานคำภา, นรากร สารีแหล้, ชุลีรัตน์ สาระรัตน์, สุรางค์ คำแดง, และ สุดารัตน์ ปาณะวงศ์ (Jhankumpha, Sareelae, Sararat, Kumdang, & Panawong, 2019) พบอุบัติการณ์การเกิดภาวะภูมิไวเกินเฉลี่ยร้อยละ5 ของผู้ป่วยที่ได้รับยาแพคลิแทกเซลที่โรงพยาบาลอุดรธานีในปี พ.ศ 2558-2560 พบระดับความรุนแรงระดับ 2 ร้อยละ 76.67 พบอาการที่เกิดภาวะภูมิไวเกินหลังได้รับยาเฉลี่ย 17 นาที ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2557 - 2562 มีผู้ป่วยมะเร็งปอดที่รักษาด้วยยา แพคลิแทกเซลจำนวน 700 ราย พบมีภาวะภูมิไวเกินมากถึงร้อยละ 7.9 พบระดับความรุนแรงระดับ 2 มากถึงร้อยละ 76.8 ระยะเวลาที่เริ่มเกิดอาการหลังเริ่มยาแพคลิแทกเซลภายใน 1 - 15 นาที ร้อยละ 51.7 (Medical Record and Statistics Section, 2020) ดังนั้นการที่พยาบาลสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขความผิดปกติที่เกิดขึ้นก่อนที่ภาวะภูมิไวเกินจะเพิ่มระดับความรุนแรงขึ้น นอกจากนี้การที่พยาบาลทราบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลจะได้คัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยในขณะก่อนและหลังการให้ยาได้

จากการทบทวนการวิจัยที่ผ่านมาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิ-แทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ดัชนีมวลกาย ความเข้มข้นของเลือด รอบของการได้รับยา และวิธีการบริหารยา ปัจจัยด้านเพศพบการศึกษาของ สุพัตตรา จานคำภา และคณะ (Jhankumpha et al., 2019) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซล ผลการศึกษาพบอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 73.3 ปัจจัยด้านอายุ พบว่าผู้ที่เกิดภาวะภูมิไวเกินมักจะเป็นผู้ป่วยวัยสูงอายุเนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่อยู่ในภาวะเสื่อมถอย ทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันทำหน้าที่ลดลงด้วย (Sendo et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ สาย-ฝน เตวิชัย (Tevichai, 2016) ที่ศึกษาระบาดวิทยาของการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากการใช้ยาแพคลิแทกเซล พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีประวัติการเกิดภาวะภูมิไวเกิน และการศึกษาของ นภาวรรณ ล้ออิสระ-ตระกูล, นภาภรณ์ อุดมผล, และเพ็ญพร พรรณนา (Lois-saratrakul, Udomphol, & Panna, 2019) พบว่า ผู้ป่วยอายุมากขึ้นพบภาวะภูมิไวเกินเพิ่มขึ้น ($p = .049$) นอกจากนี้การมีโรคร่วม เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ผู้ที่มีปัญหาการทำงานของปอด หรือระบบทางเดินหายใจผิดปกติ จะมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิด

ภาวะภูมิไวเกินมากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคร่วมอื่น (OR=2.20, p< .001) (Hershman et. al., 2016)

ด้านประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ผู้ป่วยมะเร็งที่เคยมีประวัติการแพ้ยาหรืออาหารจะส่งผลต่อกลไกการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันทำให้กระตุ้นการหลั่ง proinflammatory cytokines, interleukin-6 และ and TNF-α ทำให้การตอบสนองเร็วมากขึ้น เกิดภาวะภูมิไวเกินได้ง่าย (Bonamichi-Santos & Castells, 2018) จากการศึกษาของ ควอน และคณะ (Kwon et al., 2002) พบผู้ป่วยมะเร็งที่มีประวัติการแพ้ยาหรืออาหารและได้รับยา แพคลิแทกเซลมีการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ร้อยละ 7.5 และพบภาวะภูมิไวเกินในระดับรุนแรง ร้อยละ 0.9

ดัชนีมวลกายเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่เป็นตัวบ่งชี้ภาวะภูมิไวเกิน โดยคนที่มีดัชนีมวลกายน้อยและมากกว่าปกติจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ดังผลการศึกษาของ อรอมล มาลีหวล, กชชุกร หว่างนุ่ม, เจษฎา มณีชวขจร, และสุดสวาท เลาหวินิจ (Maleehuan, Wangnum, Maneejavakajorn, & Laohavinij, 2016) ที่พบว่าดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 kg/m^2 หรือภาวะขาดสารอาหาร ในระดับปานกลางถึงระดับมากมีความเสี่ยงต่อการแพ้ยา 3.60 - 23.23 เท่า และจากการศึกษาของ กราโบวสกี และคณะ (Grabowski et al., 2018) ที่พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่มีดัชนีมวลกายต่ำจะเพิ่มความเสี่ยงในการหยุดให้ยาเคมีบำบัดก่อนครบกำหนดมากกว่าผู้ป่วยมะเร็งที่มีดัชนีมวลกายสูง (p=.017) นอกจากนี้มีรายงานการศึกษาพบว่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 30 kg/m^2 เป็นปัจจัยของการเกิดภาวะภูมิไวเกินร่วมด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ เซนโด และคณะ (Sendo et al., 2005) ที่พบว่าดัชนีมวลกายที่มากกว่า 25 kg/m^2 เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งรังไข่ที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซล (Odds ratio = 8.47, p= .017)

ความเข้มข้นของเลือดโดยพิจารณาจาก hemoglobin/ hematocrit ผู้ป่วยที่ได้รับยากลุ่ม Taxanes จะพบการกดไขกระดูกรุนแรงมากขึ้นนอกจากนี้เซลล์มะเร็งจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันมีการหลั่งสาร cytokines ซึ่งจะไปขัดขวางหรือกดการทำงานของเซลล์ที่ผลิตเม็ดเลือดในไขกระดูกและไต เกิดภาวะซีด ทำให้การทำงานของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องตามมา (Madeddu et al., 2018) ส่งผลต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน จากการศึกษาของ อรอมล มาลีหวล และคณะ (Maleehuan et al., 2016) พบว่ากลุ่มที่เกิดภาวะภูมิไวเกินมีระดับ hemoglobin และ hematocrit น้อยกว่าค่าปกติ

วิธีการบริหารยา ซึ่งการบริหารยาแพคลิแทกเซลจะต้องให้ยาในความเข้มข้นต่ำในระยะเริ่มต้น และจะค่อย ๆ เพิ่มปริมาณยาทีละน้อยอย่างช้า ๆ เพื่อให้ร่างกายค่อย ๆ ปรับสภาพให้ทนต่อยา (slow titrated and slow initial rate) ทำให้สามารถลดภาวะภูมิไวเกินได้ ดังผลการศึกษาของ นวลอนงค์ คำโสภา และ ศรัณยา หงส์ไทย (Kumsopha & Hongthai 2018) ที่พบว่า การปรับอัตราการไหลของยาแบบช้ามีการเกิดภาวะภูมิไวเกินน้อยกว่าการปรับอัตราไหลของยาตามปกติ (χ 2 = 9.002, p=.003) และการศึกษาของ อรอมล มาลีหวล และคณะ (Maleehuan et al., 2016) ที่พบว่า วิธีการบริหารยากลุ่มที่ได้แนวทางการบริหารยาแบบเดิม (non-titrated) มีความเสี่ยงที่จะแพ้ยาคิดเป็น 3.78 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่บริหารยาแบบใหม่ที่ค่อย ๆ ปรับระดับอัตราการไหลเพิ่มขึ้นทีละน้อย ๆ ที่ใช้เวลาในการบริหารยาเท่ากัน

นอกจากนี้รอบของการได้รับยา (cycle) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิไวเกิน จากการศึกษาของ มูอัลเลากลู และคณะ (Muallaoglu et al., 2013) พบว่าจำนวนรอบของการให้ยามีผลต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน โดยใน cycle 1 พบร้อยละ 80.5 cycle 2 - 3 พบร้อยละ 19.5 สอดคล้องกับศึกษาของ สายฝน เตวิชัย (Tevichai, 2016) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาแพคลิแทกเซลส่วนใหญ่จะเกิดภาวะภูมิไวเกินใน cycle ที่ 1 ร้อยละ 62.07 และผู้ที่เกิดภาวะภูมิไวเกินในรอบแรกมีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินในครั้งที่ 2 ร้อยละ 44.65 และการศึกษาของ นภาวรรณ ล้ออิสระตระกูล และคณะ (Loissaratrakul et al.,2019) พบว่าผู้ป่วยที่ให้ยารอบแรก ๆ เกิดภาวะภูมิไวเกินได้มากกว่ากลุ่มที่ให้ยาในรอบหลัง (p<.01)

การเกิดภาวะภูมิไวเกินมีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเมื่อเกิดอาการแล้วและผู้ป่วยไม่ได้รับการประเมินหรือเฝ้าระวังที่เหมาะสมรวดเร็ว อาจส่งผลให้เกิดความรุนแรงและอาจมีอันตรายถึงแก่ชีวิต พยาบาลจึงต้องทราบเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยา

แพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด เพื่อจะได้ประเมินและเฝ้าระวังอาการที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดภาวะภูมิไวเกินอย่างใกล้ชิด จัดการปัญหาตั้งแต่เนิ่น และลดอันตรายจากการได้รับยา นอกจากนี้พยาบาลจะได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความเข้าใจ ตระหนัก และให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการประเมินและเฝ้าระวังอาการของภาวะภูมิไวเกิน จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบการศึกษาปัจจัยดังกล่าวทั้งในต่างประเทศและโรงพยาบาลอื่น ๆ ในประเทศไทย พบการศึกษาที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งโดยรวม ได้แก่ มะเร็งรังไข่ มะเร็งปอด และมะเร็งเต้านม (Loissaratrakul et al., 2019; Tangsaghasaksri, & Jainan, 2018) มะเร็งในระบบสืบพันธ์ (Tai et al., 2017) และมะเร็งอุ้งเชิงกราน (Piovano et at., 2012) แต่พบการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยมะเร็งปอดน้อย พบบ้างในต่างประเทศแต่ไม่พบรายงานในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อที่จะได้นำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้มาสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองผู้ป่วยและวางแผนการพยาบาลในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะภูมิไวเกินต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซล ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ดัชนีมวลกาย ความเข้มข้นของเลือด รอบของการได้รับยา และวิธีการบริหารยา ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่
2. ศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซล ได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ดัชนีมวลกาย ความเข้มข้นของเลือด รอบของการได้รับยา และวิธีการบริหารยา ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

คำถามการวิจัย

1. เพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ดัชนีมวลกาย ความเข้มข้นของเลือด รอบของการได้รับยา และวิธีการบริหารยา ที่มีผลต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซล ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ หรือไม่ อย่างไร
2. เพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ดัชนีมวลกาย ความเข้มข้นของเลือด รอบของการได้รับยา และวิธีการบริหารยา ที่มีผลต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซล ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่สามารถทำนายการเกิดภาวะภูมิไวเกินหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซลพบปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ เพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ดัชนีมวลกาย ความเข้มข้นของเลือด รอบของการได้รับยา และวิธีการบริหารยา ถ้าปัจจัยเหล่านี้สามารถทำนายการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซล ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ได้ พยาบาลจะสามารถเฝ้าระวังและติดตามการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลได้

วิธีการดำเนินวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียน (retrospective chart review study) ย้อนหลัง 6 ปี ศึกษาจากเวชระเบียนและแบบบันทึกอาการแพ้ยาของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาแพคลิแทกเซลที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ เวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาแพคลิแทกเซลที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างคือ เวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาแพคลิแทกเซลที่เข้ารับการรักษาที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ 2557 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ 2562

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างคือ 1 ตัวแปรต้นที่ศึกษาต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย (Vanichbuncha, 2016) โดยการศึกษาครั้งนี้ตัวแปรที่ศึกษามี 8 ตัวแปรประกอบด้วยเพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ดัชนีมวลกาย ความเข้มข้นของเลือด (hemoglobin/hematocrit) รอบของการได้รับยา (cycle) และวิธีการบริหารยา ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 240 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะภูมิไวเกิน จำนวน 56 ราย ไม่เกิดภาวะภูมิไวเกินในช่วงเดียวกัน 184 ราย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 240 รายได้มาจากการสุ่มอย่างง่ายจากเวชระเบียนของผู้ป่วยมะเร็งปอดทั้งหมดจำนวน 700 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะภูมิไวเกินสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งเป็นแบบบันทึกข้อมูลทุติยภูมิที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซลประกอบด้วย เพศ อายุ โรคร่วม ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ดัชนีมวลกาย ความเข้มข้นของเลือด รอบของการได้รับยาและวิธีการบริหารยา

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบคุณภาพความตรงของเนื้อหาของแบบบันทึก (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านประกอบด้วยอาจารย์แพทย์เฉพาะทางอายุรศาสตร์มะเร็งวิทยา 1 ท่าน เภสัชกรที่ดูแลงานผลิตยาและยาเคมีบำบัด 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 1 ท่าน หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมดพิจารณาแล้วจึงได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาย้อนหลัง 6 ปีจากเวชระเบียนและแบบบันทึกอาการแพ้ยาเคมีและพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการทำวิจัย โดยข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้การวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ตามเอกสารรับรองเลขที่ 307/2563 วันที่ 11 สิงหาคม พ.ศ.2563 ถึง 10 สิงหาคม พ.ศ 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซลที่คัดเลือกมาแล้วตามแบบบันทึกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะภูมิไวเกินสำหรับผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องของข้อมูลและนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในรูปแบบการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบข้อมูลปัจจัยการเกิดภาวะภูมิไวเกินของ 2 กลุ่มด้วยค่าสถิติ Chi-square กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการเกิดภาวะภูมิไวเกินและอำนาจการทำนาย ด้วยสถิติ Multivariate analysisโดยใช้ Logistic regression analysis กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซล ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N=240) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi -square

	ไม่เกิด HRSs (n=184)		เกิด HRSs (n=56)		Chi -square	p-value
	n	%	n	%		
เพศ						
ชาย	118	83.10	24	16.90	8.042	.005*
หญิง	66	67.35	32	32.65		
อายุ (ปี)						
≤ 60 ปี	98	78.40	27	21.60	.438	.508
> 60 ปี	86	74.78	29	25.22		
mean (SD)	60.46	(9.21)	59.96	(7.85)		
โรคร่วม						
ไม่มี	124	76.54	38	23.46	.004	.948
มี	60	76.92	18	23.08		
ประวัติการแพ้ยาอื่นหรืออาหาร						
ไม่มี	168	76.36	52	23.64	.136	.713
มี	16	80.00	4	20.00		
ดัชนีมวลกาย BMI (กก./ม^2)						
BMI < 18.50 (น้ำหนักน้อยกว่าปกติ)	53	73.61	19	26.39	.832	.660
BMI 18.50–22.99 (เกณฑ์ปกติ)	98	79.03	26	20.97		
BMI ≥ 23.00 (น้ำหนักเกินปกติ)	33	75.00	11	25.00		
mean (SD)	20.32	(3.42)	20.08	(3.31)		
ระดับ Hemoglobin (กรัมต่อเดซิลิตร)						
ปกติ (ชาย 13-17, หญิง 12-15)	35	77.78	10	22.22	.038	.845
<ปกติ (ชาย< 13, หญิง <12)	149	76.41	46	23.59		
mean (SD)	10.88	(1.91)	10.84	(1.79)		

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซล ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N=240) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi -square

	ไม่เกิด HRSs (n=184)		เกิด HRSs (n=56)		Chi -square	p-value
	n	%	n	%		
ระดับ Hematocrit (%)						
ปกติ (ชาย 38-50, หญิง 36-45)	48	75.00	16	25.00	.136	.713
<ปกติ (ชาย< 38, หญิง <36)	136	77.27	40	22.73		
mean (SD)	33.66	(5.64)	33.78	(5.15)		
วิธีการบริหารยาเคมีบำบัด						
4 ขั้นตอน ภายใน 3 ชั่วโมง	41	73.21	15	26.79	1.933	.380
5 ขั้นตอน ภายใน 3 ชั่วโมง	120	79.47	31	20.53		
7 ขั้นตอน ภายใน 3 ชั่วโมง	23	69.70	10	30.30		
รอบของการได้รับยาแพคลิแทกเซล (cycle)						
cycle 1	39	81.25	9	18.75	68.055	.001**
cycle 2	27	40.91	39	59.09		
cycle 3 ขึ้นไป	118	93.65	8	6.34		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตารางที่ 1 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซล ในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด ดังนี้เพศกับรอบของการได้รับยาแพคลิแทกเซลมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงเกิดภาวะภูมิไวเกินมากกว่าเพศชาย เพศหญิงเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 32.65 และเพศชายเกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 16.90 สำหรับรอบของการได้รับยาแพคลิ-แทกเซล พบว่า cycle 2 มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินมากกว่า cycle 1 และ 3 สำหรับปัจจัยด้านอายุ โรคร่วม ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร ดัชนีมวลกาย ระดับ Hemoglobin/Hematocrit และวิธีการบริหารยาเคมีบำบัดไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิต

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ Multivariate Logistic Regression

	Odds ratio	95%CI	p-value
เพศ			
ชาย	1 (ref)		
หญิง	2.81	1.29-6.11	.009*
อายุ (ปี)			
≤ 60 ปี	1 (ref)		
> 60 ปี	2.60	1.15-5.86	.021*
โรคร่วม			
ไม่มี	1 (ref)		
มี	1.10	0.47-2.59	.828
ประวัติการแพ้ยาหรืออาหาร			
ไม่มี	1 (ref)		
มี	0.56	0.13-2.36	.430
ดัชนีมวลกาย BMI (กก./ม^2)			
BMI < 18.50 (น้ำหนักน้อยกว่าปกติ)	1 (ref)		.313
BMI 18.50–22.99 (เกณฑ์ปกติ)	0.51	0.21-1.25	.142
BMI ≥ 23 (น้ำหนักเกินปกติ)	0.51	0.16-1.68	.271
ระดับ Hemoglobin (กรัมต่อเดซิลิตร)			
ปกติ (ชาย 13-17,หญิง 12-15)	1 (ref)		
<ปกติ (ชาย< 13,หญิง <12)	2.31	0.51-10.52	.278
ระดับ Hematocrit (%)			
ปกติ (ชาย 38-50,หญิง 36-45)	1 (ref)		
<ปกติ (ชาย< 38,หญิง <36)	0.81	0.21-3.02	.748
วิธีการบริหารยาเคมีบำบัด			
4 ขั้นตอน ภายใน 3 ชั่วโมง	1 (ref)		.764
5 ขั้นตอน ภายใน 3 ชั่วโมง	0.81	0.33-2.03	.660
7 ขั้นตอน ภายใน 3 ชั่วโมง	1.18	0.35-4.03	.793

รอบของการได้รับยาแพคลิแทกเซล (cycle)			
cycle 3	1 (ref)		< .001*
cycle 1	5.67	1.80-17.89	.003*
cycle 2	34.39	12.41-95.33	< .001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อศึกษาขนาดอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด พบว่า ปัจจัยด้านเพศ อายุ และรอบของการได้รับยาแพคลิแทกเซล (cycle) มีอิทธิพลกับการเกิดภาวะภูมิไวเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .009, p = .021 และที่ระดับ p < .001 ตามลำดับ) โดยพบว่า เพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่าเพศชาย 2.81 เท่า (95 % CI 1.29 – 6.11) ผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่าผู้ที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี 2.60 เท่า (95 % CI 1.15 – 5.86) โดยระดับความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น และผู้ที่มีรอบของการได้รับยาแพคลิแทกเซล พบความเสี่ยงในการเกิดภาวะภูมิไวเกินทั้ง cycle 1 และ cycle 2 โดยผู้ป่วยที่ได้รับยาแพคลิแทกเซล cycle 1 มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาแพคลิแทกเซล cycle 3 เท่ากับ 5.67 เท่า (95 % CI 1.80 - 17.89) และผู้ป่วยที่ได้รับยาแพคลิแทกเซล cycle 2 มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่าผู้ป่วยที่ได้รับยาแพคลิแทกเซล cycle 3 เท่ากับ 34.39 เท่า (95 % CI 12.41 - 95.33) ดังตารางที่ 2

การอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่หน่วยเคมีบำบัดผู้ป่วยนอก 1 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้แก่ เพศ อายุ และรอบของการได้รับยา โดยกลุ่มที่เกิดภาวะภูมิไวเกินพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยเพศหญิงมีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่าเพศชาย 2.81 เท่า (95% CI 1.29 – 6.11) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะฮอร์โมนเพศมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดปฏิกิริยาการตอบสนองของ IgE (immediate IgE-mediated allergic reactions) โดยกระตุ้นให้ IgE ตอบสนองเร็วกว่าปกติ ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกินในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (Mertes, Demoly, & Malinovsky, 2021) สอดคล้องกับการศึกษาของ โวกลอ (Vogel, 2010) ที่พบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกินมากกว่าเพศชาย แต่แตกต่างจากการศึกษาของสุพัตตรา จานคำภา และคณะ (Jhankumpha et al., 2019) ที่ศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซล ผลการศึกษาพบอัตราการเกิดภาวะภูมิไวเกินในเพศชายมากกว่าเพศหญิง ปัจจัยด้านอายุพบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะภูมิไวเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p = .021) กลุ่มที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุไม่เกิน 60 ปี 2.60 เท่า (95 % CI 1.15 – 5.86) โดยระดับความเสี่ยงเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เนื่องจากวัยสูงอายุจะมีเภสัชพลศาสตร์(Pharmacodynamics) เภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) ที่เปลี่ยนแปลงไปทำให้ยาออกฤทธิ์นานขึ้นและการขจัดยาทำได้ลดลง ทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะภูมิไวเกินมากกว่าคนในวัยหนุ่มสาว (Tije et. al, 2004) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ โวกลอ (Vogel, 2010) และ นภาวรรณ ล้ออิสระตระกูล และคณะ (Loissaratrakul et al., 2019) ที่พบว่าอายุที่มากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะภูมิไวเกิน ปัจจัยด้านรอบของการได้รับยาเคมีบำบัดพบว่าการเกิดภาวะภูมิไวเกินเกิดขึ้นในรอบการให้ยารอบแรกและรอบที่สองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่ได้รับยาแพคลิแทกเซล cycle ที่ 1 และ 2 เกิดภาวะภูมิไวเกินร้อยละ 18.75 และ 59.09 ตามลำดับโดยกลุ่มที่ได้รับยาแพคลิแทกเซล cycle 1 มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแพคลิแทกเซล cycle ที่ 3 เท่ากับ 5.67 เท่า (95 % CI 1.80 – 17.89) และกลุ่มที่ได้รับยา

แพคลิแทกเซล cycle ที่ 2 มีโอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับยาแพคลิแทกเซล cycle 3 เท่ากับ 34.39 เท่า (95 % CI 12.41 – 95.33) เนื่องจากการให้ยาใน cycle แรก ๆ ยาจะออกฤทธิ์ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลในระยะ M ของวงจรชีวิตของเซล และทำลายเซลให้ตาย ทำให้ร่างกายหลั่งปัจจัยที่เกี่ยวกับการอักเสบ (inflammatory factor) ส่งผลต่อการตอบสนองของภูมิคุ้มกันร่างกาย ทำให้เกิดภาวะภูมิไวเกิน แต่ใน cycle หลัง ๆ มีการทำลายเซลในอัตราที่ช้าลง ทำให้การกระตุ้นต่อระบบภูมิคุ้มกันลดลง ผลทำให้โอกาสเกิดภาวะภูมิไวเกินลดลง (BC Cancer Provincial Pharmacy, 2012) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สายฝน เตวิชัย (Tevichai, 2016) ที่พบว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาแพคลิแทกเซลส่วนใหญ่จะเกิดภาวะภูมิไวเกินใน cycle ที่ 1 ร้อยละ 62.07 เกิดความรุนแรง grade 2 ร้อยละ 72.41 เกิดภายใน 0 - 15 นาที ร้อยละ 68.96 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Bernstein B J ที่พบว่าร้อยละ 53.0 เกิดภายหลังให้ยาภายใน 2 - 3 นาที และส่วนใหญ่เกิดในรอบที่ 1 - 2 ของการได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้เป็นข้อมูลสำหรับการเฝ้าระวังการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด โดยเฉพาะผู้ป่วยหญิงสูงอายุ และผู้ป่วยที่ได้รับยาใน cycle ที่ 1 และ cycle ที่ 2 จึงนำไปเป็นแนวปฏิบัติทางการพยาบาลและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะภูมิไวเกินจากยาแพคลิแทกเซลในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่นำไปสู่การวิจัยพัฒนาเครื่องมือคัดกรองการเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิ-แทกเซล และพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการเฝ้าระวังการเกิดภาวะภูมิไวเกินในผู้ป่วยโรคมะเร็งปอดที่ได้รับยาเคมีบำบัดแพคลิแทกเซล

References

BC Cancer Provincial Pharmacy (2012). *BC cancer drug manual: Paclitaxel. Page 11.* Retrieved from: http://www.bccancer.bc.ca/drug-database-site/Drug%20Index/Paclitaxel_monograph.pdf

Bonamichi-Santos, R., & Castells, M. (2018). Diagnoses and management of drug hypersensitivity and anaphylaxis in cancer and chronic inflammatory diseases: Reactions to Taxanes and Monoclonal antibodies. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology, 54*(1), 375–385

Boulanger, J., Boursiquot, J. N., Cournoyer, G., Lemieux, J., & Masse, S. M. S. (2014). Management of hypersensitivity to platinum and Taxane based chemotherapy: Cepo review and clinical recommendations. *Current Oncology, 21*(4), e630-e641.

Foongfaung, S. (2018). Nursing management of hypersensitivity and infusion reactions from intravenously administered chemotherapeutic agents. *Thai Cancer Journal, 38*(1), 29 - 41.

Garon, E.B., & Dubinett, S.M. (2011). Mitotic inhibitors. *Journal of Thoracic Oncology, 6*(11 Suppl 4), S1791-S1792.

Grabowski, J. P., Richter, R., Rittmeister, H., Chekerov, R., Wooopen, H., & Sehoul, J. (2018). Impact of body mass index (BMI) on chemotherapy-associated toxicity in ovarian cancer patients. A

pooled analysis of the north-eastern German society of gynecological oncology (NOGGO) databank on 1,213 patients. *Anticancer Research, 38*, 5853-5858.

Hershman, D. L., Till, C., Wright, J. D., Awad, D., Ramsey, S. D., & Unger, J. (2016). Comorbidities and risk of chemotherapy-induced peripheral neuropathy among participants 65 years or older in Southwest oncology group clinical trials. *Journal of Clinical Oncology, 34*(25), 3014-3022.

Insamran, W., & Sangrajrang, S. (2020). National cancer control program of Thailand. *Asia Pacific Journal of Cancer Prevention, 21*(3), 577-582. doi:10.31557/APJCP.2020.21.3.577

Jhankumpha, S., Sareelae, N., Sararat, C., Kumdang, S., & Panawong, S. (2019). Factors related to hypersensitivity reactions of cancer patients with receiving paclitaxel chemotherapy. *Journal of Health Nursing and Education, 2* (3), 43 -54.

Kwon, J. S., Elit, L., Finn, M., Hirte, H., Mazurka, J., Moens, F., ... Trim, K. (2002). A comparison of two prophylactic regimens for hypersensitivity reactions to paclitaxel. *Gynecologic Oncology, 84*(1), 420–425.

Kumsopha, N., & Hongthai, S. (2018) *A comparative study of hypersensitivity reaction between slow rate infusion and usual rate in cancer patients receiving Taxanes.* Retrieved from http://www.cbh.moph.go.th/app/intranet/files/km/1507177052_1.%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%A5%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%87%E0%B8%84%E0%B9%8C%20%E0%B8%84%E0%B8%B3%E0%B9%82%E0%B8%AA%E0%B8%A0%E0%B8%B2.pdf

Loissaratrakul, N., Udomphol, N., & Panna, P. (2019). Incidence and risk factors for paclitaxel hypersensitivity in cancer chemotherapy. *Thai Cancer Journal, 39*(4), 143-152.

Madeddu, C., Gramignano, G., Astara, G., Demontis, R., Sanna, E., Atzeni, V., ... Macciò, A. (2018). Pathogenesis and treatment options of cancer related anemia: Perspective for a targeted mechanism-based approach. *Frontier in Physiology, 9*(1), 1-20.

Maleehuan, O., Wangnum, K., Maneejavakajorn, J., & Laohavinij, S. (2016). Factors related of hypersensitivity reactions with lung cancer patients receiving chemotherapy in paclitaxel. *Journal of The Department of Medical Services, 41*(4), 105-117. (in Thai)

Medical Record and Statistics Section. (2020). *Statistical report of lung cancer Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*. Chiang Mai: Faculty of Medicine. (in Thai)

Mertes, P. M., Demoly, P., & Malinovsky, J. M. (2021). Hypersensitivity reactions in the anesthesia setting/allergic reactions to anesthetics. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology, 12*(4), 361-368.

Muallaoglu, S., Disel, U., Mertsoylu, H., Besen, A., Karadeniz, C., Sumbul, A. T., ... Ozyilkan, O. (2013). Acute infusion reactions to chemotherapeutic drugs: A single institute experience. *Journal of the Balkan Union of Oncology*, *18*(1), 261-267.

National Cancer Institute. (2017). *Common terminology criteria for adverse events (CTCAE) version 5.0. United States of America, Department of Health and Human Services.* Retrieved from https://ctep.cancer.gov/protocoldevelopment/electronic_applications/ docs/ ctcae_v5_quick_reference_5x7.pdf

National Cancer Institute, Department of Medical Services, Ministry of Public Health. (2015). *Guidelines for the diagnosis and treatment of lung cancer* (2nd update, 1st ed). Bangkok: Kosit Printing. (in Thai)

Piovano, E., Pivetta, E., Modaffari, P., Martra, F., Baima Poma, C., Perotto, S., … Ferrero, A. (2012) A search for predictive factors for hypersensitivity reactions to paclitaxel and platinum salts in chemotherapy for gynecologic pelvic neoplasms. *Gynecologic and Obstetric Investigation, 74*, 21–27.

Pagani, M., Bavbek, S., Alvarez-Cuesta, E., Dursun, A. B., Bonadonna, P., Castells, M., … Sanchez, S. S. (2021). Hypersensitivity reactions to chemotherapy: An EAACI position paper. *Allergy, 77*, 388–403.

Sendo, T., Sakai, N., Itoh, Y., Ikesue, H., Kobayashi, H., Hirakawa, T., … Oishi R. (2005). Incidence and risk factors for paclitaxel hypersensitivity during ovarian cancer chemotherapy. *Cancer Chemotherapy and Pharmacology, 56*, 91-96. doi: 10.1007/s00280-004-0924-9

Tai, Y. H., Tai, Y. J., Hsu, H. C., Lee, S. P., Chen, Y.Y., Chiang, Y.C., … Cheng, W. F. (2017). Risk factors of hypersensitivity to carboplatin in patients with gynecologic malignancies. *Frontiers in Pharmacology, 8*, 1-8.

Tangsaghasaksri, R., & Jainan, P. (2018). Incidence of hypersensitivity reactions from Paclitaxel. *Journal of the Medical Association of Thailand, 101* (Suppl. 2), S150-S154.

Tevichai, S. (2016). Epidemiology of hypersensitivity from the use of paclitaxel in Lampang Cancer Hospital, 2013-2015. *Lampang Cancer Hospital Brochure, 22*(65), 1-7.

Tije, A. J., Smorenburga, C .H., Seynaevea, C., Sparrebooma, A., Schothorst, K. L. C., Kerkhofs, L. G. M., … Verweij, J. (2004). Weekly paclitaxel as first-line chemotherapy for elderly patients with metastatic breast cancer. A multicentre phase II trial. *European Journal of Cancer, 40*, 352–357.

Vanichbuncha, K. (2016). *Statistical analysis: Statistics for administration and research*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.

Vogel, W. H. (2010). Infusion reactions: Diagnosis, assessment, and management. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 14*(2), E10–E21. doi.org/10.1188/10.CJON.E10-E21

World Health Organization [WHO]. (2021). *Cancer.* Retrieved from https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer

รูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม: การทบทวนอย่างเป็นระบบ

Resistance of Arm Exercise Patterns on Maturation of Vascular Accesses Among Persons Receiving Hemodialysis: A Systematic Review

ดุษฎี ก้อนอาทร* Dussadee Konartorn*
พรรณี ไชยวงค์ ** Punnee Chaiwong**

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียม ซึ่งเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับมากที่สุดในการนำของเสียและน้ำส่วนเกินออกจากเลือดผู้ป่วย ดังนั้นการเตรียมเส้นฟอกเลือดให้พร้อมสำหรับการฟอกเลือดผ่านเครื่องไตเทียมจึงมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังแขนต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้แนวทางการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2020) สืบค้นงานวิจัยปฐมภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 - 2564 ผลการสืบค้นพบงานวิจัยปฐมภูมิทั้งหมด 442 เรื่อง ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกตามที่กำหนด 6 เรื่อง ซึ่งเป็นเฉพาะงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม งานวิจัยจำนวน 2 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในระยะก่อนผ่าตัด งานวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ศึกษาในระยะหลังผ่าตัด และงานวิจัยจำนวน 1 เรื่อง ศึกษาตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดต่อเนื่องไประยะหลังผ่าตัด งานวิจัยทั้งหมดมีความแตกต่างกันด้านวิธีการจัดกระทำ ระยะเวลาในการประเมินผลลัพธ์ และผลลัพธ์ จึงไม่สามารถวิเคราะห์เมต้าได้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการวิเคราะห์โดยการสรุปเชิงเนื้อหา

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้แสดงผลลัพธ์ที่ชัดเจนว่าควรให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยในการออกกำลังแขนอย่างต่อเนื่องในระยะก่อนผ่าตัดไปจนถึงระยะหลังผ่าตัด 12 สัปดาห์ ซึ่งออกกำลังแขนแบบ isometric exercise เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการเตรียมความพร้อมของเส้นฟอกเลือด อย่างไรก็ตามวิธีการออกกำลังแขนที่ใช้ร่วมกับการบีบเครื่องแฮนด์กริบยังไม่พบว่าวิธีการใดดีที่สุด สำหรับวิธีการออกกำลังแขนต่อตำแหน่งของเส้นเลือดพบว่ารูปแบบการออกกำลังแขนแบบ isometric exercise โดยใช้การออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อเส้นฟอกเลือดในทุกตำแหน่ง การทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ยังต้องการการศึกษาแบบปฐมภูมิมากขึ้นเพื่อให้ได้ข้อสรุปและสามารถพัฒนาเป็นแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนได้

คำสำคัญ: รูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้าน ความพร้อมของเส้นฟอกเลือด การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: dussadee.konartorn@crc.ac.th
** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

วันที่รับบทความ 1 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 7 มกราคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 8 กุมภาพันธ์ 2565

Abstract

The treatment of chronic kidney disease is hemodialysis through the arteriovenous fistula (AVF) which is an acceptable method to remove waste products and excess water from the blood. Thus, the preparation of vascular maturation is crucial to a patient's life. The objective of this systematic review was to review knowledge of arm exercise patterns for the maturation of vascular access in hemodialysis patients by using the Joanna Briggs Institute Systematic Review Guidelines (JBI, 2020). We searched the databases for primary research from 2017 to 2021. From a total of 442 primary research studies, six studies that used a randomized controlled trial methodology which met the qualifying inclusion criteria were included in the study. Of these six, two studies were conducted during the pre-operative period, three studies were conducted during the post-operative period and one study was conducted continuously across the pre-operative and post-operative periods. Meta-analysis did not apply as these studies were dissimilar in terms of types of intervention, the time periods of measurement and their outcomes. Instead, narrative summarization was used in this systematic review.

The results of this systematic review show clearly that nurses should advise patients to continue exercise for 12 weeks from the preoperative to the postoperative period for AVF maturation to have an effective outcome. However, it was not clear regarding the outcomes of handgrip exercise. The findings also showed that isometric exercise combined with handgrip exercise is effective for upper and lower limb maturation. This research also requires primary research to draw conclusions and develop definite guidelines.

Keywords: Resistance of arm exercise patterns, Vascular maturation, Hemodialysis

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College; e-mail: dussadee.konartorn@crc.ac.th

** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

Received 1 December 2021; Revised 7 January 2022; Accepted 8 February 2022

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไตวายเรื้อรัง (chronic kidney disease, CKD) เป็นปัญหาสาธารณสุขทั้งในระดับโลกและประเทศไทย ทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควรหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม โรคไตวายเรื้อรังเกิดจากการที่เนื้อไตเกิดพยาธิสภาพและสูญเสียการทำงาน ทำให้เกิดการคั่งค้างของของเสียจำนวนมาก ผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรหากไม่ได้รับการรักษาโดยการบำบัดทดแทนไต สำหรับในประเทศไทยการบำบัดทดแทนไต โดยใช้วิธีการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (hemodialysis) เป็นวิธีการที่ใช้รักษาผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังมากที่สุดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากสถิติในระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง 2563 พบอุบัติการณ์ของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยวิธีนี้ จำนวน 12,355 16,997 และ 15,462 ราย ตามลำดับ (Chuasuwan, & Lumpaopong, 2020)

การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ถือเป็นการรักษาเพื่อช่วยชีวิต เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค หรือเมื่อการรักษาด้วยกำจัดของเสียออกจากร่างกายวิธีอื่นไม่ได้ผล การฟอกเลือดจะพิจารณาตามอัตราการกรองของไต (glomerular filtration rate [GFR]) เมื่อผู้ป่วยที่มีค่าอัตราการกรองของไตน้อยกว่า 10 มิลลิลิตรต่อนาทีต่อ 1.73 ตารางเมตร (Shayakol, 2014) จำเป็นต้องมีเส้นที่ใช้ในการฟอกเลือด (vascular access) ซึ่งการผ่าตัดที่มีความปลอดภัย เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อย คือการผ่าตัดเชื่อมหลอดเลือดดำเข้ากับหลอดเลือดแดงโดยใช้เส้นเลือดของผู้ป่วยเองที่เรียกว่า arteriovenous fistula (AVF) (Hassabi et al., 2017) ทำให้มีการไหลเวียนเลือดจากหลอดเลือดแดงที่มีแรงดันสูงเข้าสู่หลอดเลือดดำทันที ส่งผลให้หลอดเลือดดำมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง มีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดและขยายขนาดเรียกขบวนการนี้ว่า maturation process โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 4 – 8 สัปดาห์ เพื่อให้หลอดเลือดในตำแหน่งดังกล่าวมีความพร้อม (vascular maturation) ในการฟอกเลือดได้ (Schmidli et al., 2018)

ความพร้อมของเส้นฟอกเลือดสามารถประเมินได้ทั้งจากลักษณะทางคลินิก (clinical maturation) และผ่านเครื่องอัลตร้าซาวด์ (Ultrasonography) การประเมินความพร้อมจากลักษณะทางคลินิก โดยพบว่ามีการขยายขนาดของหลอดเลือดดำ โดยไม่มีการหนาตัวของชั้นผนังหลอดเลือด จนสามารถมองเห็นหลอดเลือดเป็นเส้นตรง ไม่คดเคี้ยว คลำได้แรงสั่นสะเทือนจากการไหลของเลือดบริเวณที่เชื่อมต่อหลอดเลือด (anastomosis) และตลอดหลอดเลือดดำ (outflow vein) ได้อย่างต่อเนื่อง (continuous thrill) เมื่อฟังด้วยหูฟังจะได้ยินเสียงฟู่ (bruit) การประเมินความพร้อมโดยใช้เครื่องอัลตร้าซาวด์ จะพบตามหลัก 6 ข้อ (rule of six) คือการประเมินได้ว่าเป็นเส้นที่มีอัตราการไหลของเลือดในการฟอกเลือดได้อย่างเพียงพอ มากกว่า 600 มิลลิลิตรต่อนาที ขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของเส้นฟอกเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 6 มิลลิเมตร และอยู่ลึกจากผิวหนังไม่เกิน 6 มิลลิเมตร (Shayakol, 2014)

การเตรียมความพร้อมของเส้นเลือดมีความสำคัญ โดยการเตรียมความพร้อมระยะก่อนผ่าตัดเพื่อเป็นการเตรียมหลอดเลือดให้มีขนาดใหญ่และแข็งแรง ส่วนระยะหลังผ่าตัดเพื่อเป็นการดูแลเส้นฟอกเลือดไม่ให้เกิดการติดเชื้อหรือการตีบตันของเส้นฟอกเลือด การเตรียมความพร้อมของเส้นเลือดที่ดีที่สุด ได้แก่ การออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้าน (resistance exercise) (Nantakool, Rerkasem, Reanpang, Worraphan, & Prasannarong, 2020) ซึ่งช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและหลอดเลือด ประกอบด้วยการออกกำลังแขนที่มีความยาวของกล้ามเนื้อคงที่ และไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อ ด้วยการเกร็งกล้ามเนื้อค้างไว้อย่างน้อย 6 วินาที (isometric exercise) และการออกกำลังแขนโดยที่กล้ามเนื้อมีแรงตึงตัว มีการหดตัวของกล้ามเนื้อชนิดที่ความยาวกล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงมีการเคลื่อนไหวของข้อและกล้ามเนื้อ (isotonic exercise) (Fragala et al., 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมของเส้นเลือดหลายรูปแบบแต่เนื่องจากคุณภาพของงานวิจัยยังเป็นข้อจำกัดที่สำคัญดังนั้นการให้ข้อสรุปถึงวิธีการเตรียมความพร้อมของเส้นฟอกเลือดที่ดีที่สุดจึงอาจยังไม่ชัดเจน งานวิจัย 1 ฉบับที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการออกกำลังแขนต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือด (Nantakool et al., 2020) มีผลลัพธ์พบว่ารูปแบบการออกกำลังแขนแต่ละชนิดให้ผลต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดที่แตกต่างกันและยังสรุปได้ยากถึงวิธีการที่ดีที่สุดในการออกกำลังแขนเพื่อความพร้อม

ของเส้นฟอกเลือด แต่เนื่องจากข้อจำกัดของคุณภาพงานวิจัยปฐมภูมิที่นำมาวิเคราะห์มีคุณภาพในระดับดีเพียง 3 ฉบับ และปัจจุบันมีงานวิจัยเพิ่มเติม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยเลือกงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trials) เนื่องจากเป็นงานที่มีคุณภาพสูงและน่าเชื่อถือ โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเพื่อหาข้อสรุปขององค์ความรู้และเป็นข้อมูลพื้นฐานในการดูแลหลอดเลือดที่ให้มีความพร้อมและมีประสิทธิภาพในการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

คำถามการวิจัย

1. รูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อการเตรียมความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมเป็นอย่างไร

2. วิธีการออกกำลังแขนชนิดใดที่มีประสิทธิภาพต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยอาศัยกระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ (The Joanna Briggs Institute [JBI], 2020) ประกอบด้วยขั้นตอน 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การกำหนดปัญหาในการทบทวน 2) การค้นหาและคัดเลือกงานวิจัย 3) การประเมินผลคุณภาพงานวิจัย 4) การเก็บรวบรวมข้อมูล 5) การวิเคราะห์ผล 6) การนำเสนอข้อมูล 7) การแปลผลข้อมูล โดยกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือกงานวิจัยที่นำมาทบทวน เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านที่มีผลต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม ทั้งที่ตีพิมพ์และไม่ได้ตีพิมพ์ เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่รายงานไว้ใน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2564 (ค.ศ. 2017 ถึง ค.ศ. 2021)

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ใช้แนวทางในการทบทวนอย่างเป็นระบบของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2020) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดปัญหาในการทบทวน พบว่ามีความหลากหลายในการออกกำลังแขนเพื่อให้เกิดความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม จึงนำมากำหนดเป็นจุดมุ่งหมายของการทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้

2. การค้นหาและการคัดเลือกงานวิจัย

2.1 กำหนดแหล่งสืบค้นข้อมูลงานวิจัยปฐมภูมิจากฐานข้อมูล การสืบค้นด้วยคอมพิวเตอร์ (computerized searching) จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ การสืบค้นด้วยมือ (hand searching) และการสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงท้ายรายงานการวิจัย

2.1.1 การสืบค้นจากจากฐานข้อมูลดังต่อไปนี้ Thai LIS, Mahidol E-Thesis, Science Direct, EBSCO, CINAHL, PubMed, Clinical key for nursing, Cochrane library, ProQuest, Wiley Online Library, และ Scopus โดยกำหนดคำสืบค้นคือ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรัง ไตวาย เส้นฟอกเลือด ฟอกไต Hemodialysis, CKD*, ESRD*, arteriovenous fistula, AVF, vascular access การออกกำลังแขน การออกกำลังแบบมีแรงต้าน Exercise Patterns, ISM*, IST*, Resistance Arteriovenous Fistula Maturation, matured, vascular access maturation พบงานวิจัยจำนวน 439 ฉบับ

2.1.2 การสืบค้นด้วยมือ (hand searching) สืบค้นจากห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย และห้องสมุดคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 3 เรื่อง

2.1.3 การสืบค้นจากรายการเอกสารอ้างอิงท้ายรายงานการวิจัย ไม่พบงานวิจัยสืบค้นจากรายการอ้างอิง

2.2. กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกงานวิจัยเข้า ได้แก่ รายงานการวิจัยปฐมภูมิ ที่ศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม ที่มีลักษณะครอบคลุมตามหลัก PICO ดังนี้

2.2.1 กลุ่มประชากร (population) ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

2.2.2 วิธีการจัดกระทำ (intervention) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการออกกำลังแขนแบบมีแรงต้าน คือ การออกกำลังแขนแบบมีแรงต้าน (resistance exercises) ประกอบด้วย isometric exercise เป็นการออกกำลังแขนที่ไม่มีการเคลื่อนไหวของข้อความยาวกล้ามเนื้อไม่เปลี่ยนแปลง ได้แก่ การเกร็งกล้ามเนื้อแขน การบีบมือเกร็งค้างนาน 6 วินาที และ isotonic exercise เป็นการออกกำลังแขนที่กล้ามเนื้อมีการเปลี่ยนแปลงความยาวทำให้ข้อมีการเคลื่อนไหว ได้แก่ การยกน้ำหนัก การเหยียด-งอข้อศอก เป็นต้น

2.2.3 การเปรียบเทียบ (comparison) เป็นการศึกษาวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCTs)

2.2.4 ตัวแปรผลลัพธ์ (outcome) คือ ความพร้อมของเส้นฟอกเลือด ซึ่งประเมินด้วยลักษณะทางคลินิก (clinical maturation) และด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ (ultrasonography)

2.3 การคัดเลือกงานวิจัยตามเกณฑ์ที่กำหนด การคัดเลือกงานวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยคนที่ 1 แยกกันอ่านรายงานวิจัยที่สืบค้นได้จากชื่อเรื่อง บทคัดย่อ แล้วทำการคัดเลือกงานวิจัยเพื่อพิจารณาเบื้องต้นจากนั้นทีมผู้วิจัยจำนวน 5 คนแยกกันอ่านงานวิจัยฉบับเต็มทำการคัดเลือก จากนั้นนำข้อมูลมาเปรียบเทียบกัน ซึ่งทีมผู้วิจัยมีความเห็นตรงกันในการคัดเลือกงานวิจัยเข้าทบทวน

3. การประเมินผลคุณภาพงานวิจัย (critical appraisal) การรวบรวมข้อมูลและการสกัดข้อมูล (data extraction) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ คือ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยสำหรับงานวิจัยเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews) จำนวน 13 ข้อ และแบบบันทึกการสกัดข้อมูล (JBI Data Extraction Form for Review for Systematic Reviews and Research Syntheses) ที่พัฒนาโดยสถาบันโจแอนนาบริกส์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานจึงไม่ได้นำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาอีก

การประเมินคุณภาพงานวิจัยโดยทีมผู้วิจัยประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วสรุปลงในแบบฟอร์มการประเมินคุณภาพงานวิจัย แล้วคัดเลือกงานวิจัยที่มีคะแนนมากกว่า 9 ข้อ เพื่อนำมาสกัดข้อมูลและลงบันทึกรายละเอียดข้อมูลของงานวิจัยตามแบบบันทึกการสกัดข้อมูล ทีมผู้วิจัยจำนวน 5 คนแยกกันสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อป้องกันการลำเอียง จากนั้นนำข้อมูลมาอภิปรายร่วมกัน หากมีความคิดเห็นที่ไม่ตรงกันจะใช้ความคิดเห็นส่วนใหญ่เป็นหลักในการหาข้อสรุป

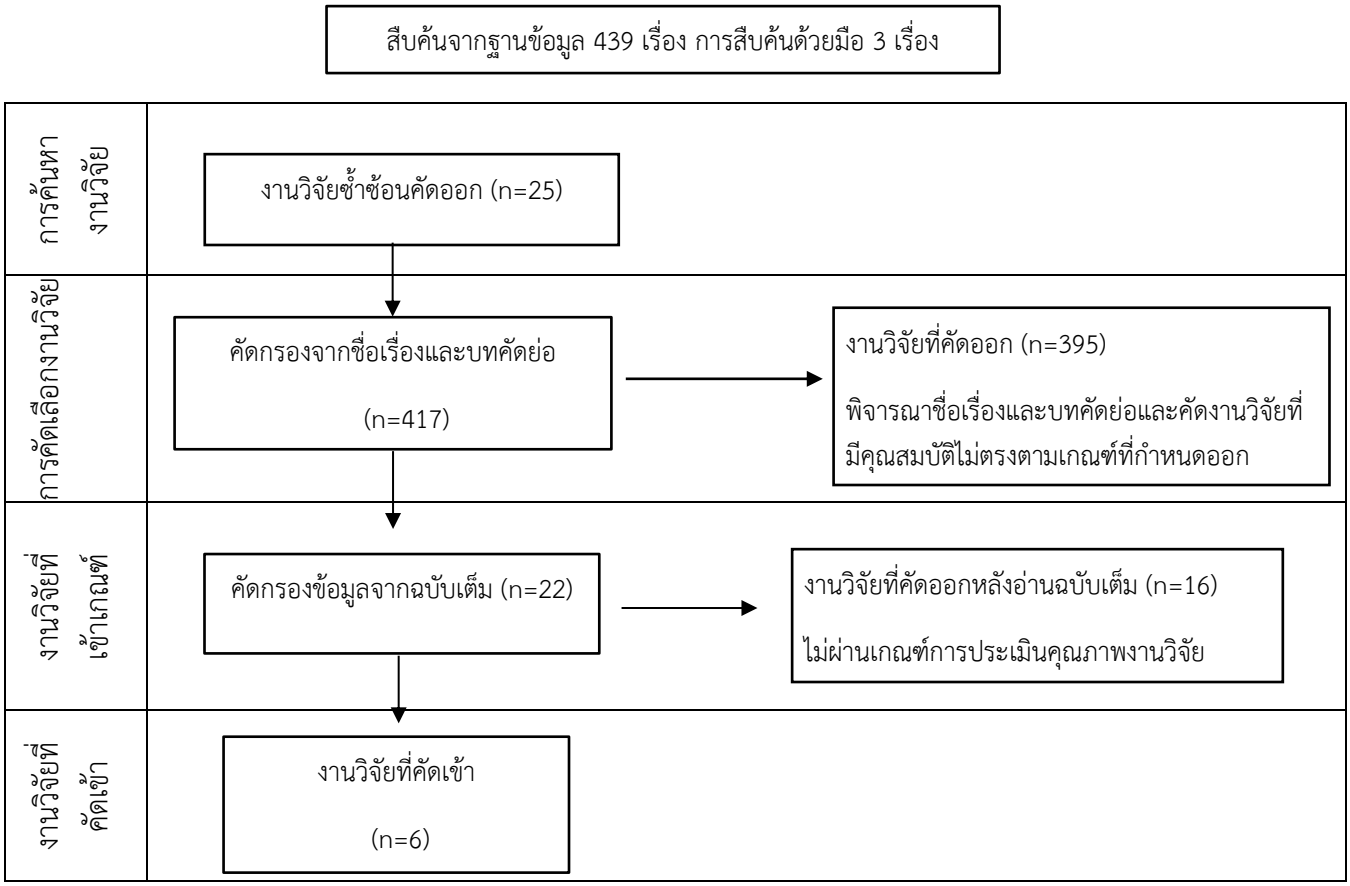
4. การวิเคราะห์ผล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของงานวิจัย คุณลักษณะของงานวิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติพรรณนา

ส่วนที่ 2 รูปแบบของการออกกำลังแขนเพื่อให้เกิดความพร้อมของเส้นฟอกเลือด จำนวน 6 เรื่อง ใช้การวิเคราะห์สรุปเชิงเนื้อหา (narrative summary) เพื่อตอบคำถามการวิจัย ในแต่ละงานวิจัยข้อมูลมีความความแตกต่างกัน (heterogeneity) ด้านวิธีการจัดกระทำ มีความหลากหลายในการวัดผลลัพธ์และระยะเวลาในการประเมินผลลัพธ์ที่แตกต่าง จึงไม่สามารถตอบคำถามการทบทวนด้วยการวิเคราะห์เมต้าได้

5. การนำเสนอข้อมูล นำเสนอข้อมูลในรูปแบบตารางเกี่ยวกับ รูปแบบ วิธีการออกกำลังแขน ระยะเวลาการจัดกระทำระหว่างกลุ่ม การวัดผลลัพธ์ ประเมินผลลัพธ์ด้านความพร้อมของเส้นฟอกเลือดและการประเมินคุณภาพงานวิจัย

6. การแปลผลข้อมูล นำข้อมูลจากการสกัดข้อมูลและรายละเอียดข้อมูลของงานวิจัยมาวิเคราะห์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม



ภาพที่ 1 Review flow chart: Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis (PRISMA) flowchart

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย ตามเอกสารรับรองเลขที่ CRC.IRB No.008/2564 ลงวันที่รับรอง 7 กันยายน 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของงานวิจัย งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 6 เรื่อง (ตารางที่ 1) เป็นงานวิจัยที่ศึกษาภายในประเทศไทยจำนวน 1 เรื่อง ศึกษาในต่างประเทศ จำนวน 5 เรื่อง การออกแบบวิจัยเป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCTs) ทั้งหมด โดยเป็นงานวิจัยที่ศึกษาในระยะก่อนการผ่าตัด จำนวน 2 เรื่อง ศึกษาในระยะหลังการผ่าตัดจำนวน 3 เรื่องและศึกษาตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดต่อเนื่องไประยะหลังการผ่าตัด จำนวน 1 เรื่อง ศึกษาที่กลุ่มตัวอย่างขนาดน้อยกว่า 30 คน จำนวน 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 4-5 ยกเว้นงานวิจัย 1 งานที่ศึกษาในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4

ตารางที่ 1 สรุปการจัดกระทำและผลลัพธ์ของการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม

ผู้วิจัย, ปี	ประเทศ	รูปแบบการวิจัย	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะของการจัดกระทำ	ผลลัพธ์ของเส้นฟอกเลือด	ผลการศึกษา	คะแนนการประเมินคุณภาพ
1.Kumar et al., 2019	มาเลเซีย	RCT	CKD stage 3-4 จำนวน 36 ราย กลุ่มทดลอง: 18 คน กลุ่มควบคุม: 18 คน	**ก่อนผ่าตัด** ระยะเวลาออกกำลัง 8 สัปดาห์ **1.กลุ่มทดลอง:** ออกกำลังแขน 2 ข้างโดยการบีบลูกบอล 30 นาทีต่อวันเป็นเวลา 8 สัปดาห์ **2. กลุ่มควบคุม:** ไม่ได้ออกกำลังแขน	1. การเพิ่มขนาดของ distal forearm cephalic vein 2. Grip Strength	1. กลุ่มทดลอง มีการเพิ่มขนาดของ distal forearm cephalic vein ขึ้นทั้งที่ ใช้ tourniquet และไม่ใช้ tourniquet ($p<.05$) ในช่วง 4 สัปดาห์แรก 2. Grip Strength ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ	9/13
2. Barbosa et al., 2018	บราซิล	RCT	CKD stage 4-5 จำนวน 26 คน กลุ่มทดลอง: 12 คน กลุ่มควบคุม: 14 คน	**ก่อนผ่าตัด** ระยะเวลาออกกำลัง 8 สัปดาห์ **กลุ่มทดลอง:** ได้รับการออกกำลังแขนโดยบีบลูกบอล 10 ครั้ง พัก 1 นาที จำนวน 6 รอบ เพิ่ม 5 ครั้งทุกสัปดาห์, ยกดัมเบลหนัก 1 กก. ยก 3 รอบต่อครั้ง เพิ่มน้ำหนัก 1 กก. ทุก 2 สัปดาห์, และใช้เครื่องแฮนด์-กริบ 3 รอบ ต่อ 20 ครั้งต่อนาทีร่วมกับ BFR (ใช้ tensiometer inflate pressure 2 นาที) **กลุ่มควบคุม:** ได้รับการออกกำลังแขนแบบกลุ่มทดลอง	1. การเพิ่มขนาดของเส้นเลือด cephalic vein 2. การเพิ่มขนาดของเส้นเลือด radial artery 3. การเพิ่ม Grip Strength 4. circumference ของแขน	กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน (non- significant) ยกเว้น radial artery diameter ในกลุ่มทดลอง ($p<.05$)	10/13
3. Manjunath et al., 2021	อินเดีย	RCT	CKD stage 4-5 จำนวน 74 คน กลุ่มทดลอง: 30 คน กลุ่มควบคุม: 34 คน	**หลังผ่าตัด** การผ่าตัดที่ตำแหน่ง radiocephalic และ brachiocephalic ระยะเวลาออกกำลัง: 8 สัปดาห์ **กลุ่มทดลอง:** ออกกำลังแขนด้วยเครื่องแฮนด์กริบ 10 นาที 12 ครั้งต่อวัน	ความพร้อมของเส้นฟอกเลือดโดย 1. ประเมินด้วยลักษณะทางคลินิก 2. ประเมินด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์	**ผลการศึกษาพบว่า** **กลุ่มทดลอง** ให้ผลลัพธ์ที่ดีเฉพาะกลุ่มที่ทำเส้นฟอกเลือดบริเวณ มีความพร้อมของเส้นฟอกเลือดเมื่อประเมินด้วยลักษณะทางคลินิก ($p=0.043$)	9/13

ตารางที่ 1 สรุปการจัดกระทำและผลลัพธ์ของการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ต่อ)

ผู้วิจัย, ปี	ประเทศ	รูปแบบการวิจัย	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะของการจัดกระทำ	ผลลัพธ์ของเส้นฟอกเลือด	ผลการศึกษา	คะแนนการประเมินคุณภาพ
				กลุ่มควบคุม: ได้รับคำแนะนำตามปกติในการดูแลเส้นฟอกเลือดและคำแนะนำให้มีการเคลื่อนไหวของมือและนิ้วเหมือนกับกลุ่มทดลอง			
4. Gonzalez et al., 2021	สเปน	RCT	CKD stage 5 จำนวน 60 คน กลุ่มทดลอง: 30 คน กลุ่มควบคุม: 30 คน	**หลังผ่าตัด** การผ่าตัดที่ตำแหน่ง distal และ proximal ระยะเวลาออกกำลัง: 8 สัปดาห์ **กลุ่มทดลอง:** isometric exercises โดยใช้วิธีบีบลูกบอล ตัวหนีบผ้า การกำหมัด การเกร็งแขนค้างด้วยการดันฝ่ามือเข้าหากันและการออกแรงดันกำแพง การเกร็งแขนค้างด้วยการยกน้ำหนักรูปแบบตามตำแหน่งที่ทำผ่าตัด (distal และ proximal) **กลุ่มควบคุม:** พยาบาลประจำหน่วยไตให้คำแนะนำการออกกำลังแขนด้วยการออกแรงบีบมือเกร็งด้วยลูกบอล หรือยกน้ำหนัก 1-2 กก.	ความพร้อมของเส้นฟอกเลือดโดย 1. ประเมินด้วยลักษณะทางคลินิก 2. ประเมินด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์	**ผลการศึกษาพบว่า** **กลุ่มทดลอง** - มีความพร้อมของเส้นฟอกเลือดเมื่อประเมินด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ ในสัปดาห์ที่ 4,8 หลังการผ่าตัด (p = 0.003, p = 0.003) - มีความพร้อมของเส้นฟอกเลือดเมื่อประเมินด้วยลักษณะทางคลินิก ในสัปดาห์ที่ 4,8 หลังการผ่าตัด (p= 0.009, p=0.002)	10/13
5. Nantakool, Srisuwan, Reanpang, Rerkasem, & Prasannarong, 2021	ไทย	RCT	CKD stage 4-5 จำนวน 50 คน กลุ่มทดลอง: 25 คน กลุ่มควบคุม: 25 คน	**หลังผ่าตัด** ระยะเวลาออกกำลัง: 2 วัน - 10 สัปดาห์ **กลุ่มทดลอง:** ใช้เครื่องแฮนด์กริบ ที่ระดับความหนักร้อยละ 30 ของแรงบีบมือสูงสุด เกร็งค้างนาน 1 นาที วันละ 6 รอบ เพิ่มระยะเวลาในการบีบอีก 1 นาที	ความพร้อมของเส้นฟอกเลือดโดย 1. ประเมินด้วยลักษณะทางคลินิก 2. ประเมินด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์	**ผลการศึกษาพบว่า** กลุ่มทดลอง 1.ประเมินด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์มีความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในสัปดาห์ที่ 2, 6, 10 หลังการผ่าตัด (p = 0.03, 0.02, 0.007) และมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดดำเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 6, 10 (p=0.01)	11/13

ตารางที่ 1 สรุปการจัดกระทำและผลลัพธ์ของการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (ต่อ)

ผู้วิจัย, ปี	ประเทศ	รูปแบบการวิจัย	จำนวนและลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ลักษณะของการจัดกระทำ	ผลลัพธ์ของเส้นฟอกเลือด	ผลการศึกษา	คะแนนการประเมินคุณภาพ
				ในแต่ละสัปดาห์ สูงสุดที่ 6 นาที วันละ 6 รอบ **กลุ่มควบคุม:** ใช้เครื่องแฮนด์กริบ ที่ระดับความหนักร้อยละ 30 ของแรงบีบมือสูงสุด บีบเร็ว 10-30 ครั้งต่อนาที เริ่มบีบด้วยเวลา 1 นาที วันละ 6 รอบ เพิ่มเวลาในการบีบ 1 นาทีทุกสัปดาห์ สูงสุดที่ 6 นาที	3. Grip Strength	2. ประเมินด้วยลักษณะทางคลินิก มีความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในสัปดาห์ที่ 10 หลังการผ่าตัด (p= 0.004) 3. Grip Strength ทั้ง 2 กลุ่มไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ	
6. Sauco et al., 2021	สเปน	RCT	CKD stage 4-5 & 5D requiring AVF จำนวน 138 คน กลุ่มควบคุม: 68 คน กลุ่มทดลอง: 70 คน	**ก่อนผ่าตัดต่อเนื่องไปหลังผ่าตัด** ระยะเวลาออกกำลัง 8 สัปดาห์ก่อนผ่าตัดต่อเนื่องไปหลังผ่าตัด 12 สัปดาห์ **กลุ่มควบคุม** หลังผ่าตัด: บีบบอล เพียงอย่างเดียว **กลุ่มทดลอง** ก่อนผ่าตัด: ใช้เครื่องแฮนด์กริบ ร่วมกับการใช้ยางยืด โดยงอ-เหยียด 20 ครั้งวันละ 1 รอบ และ ใช้เครื่องบีบมือออกแรงบีบด้วยแรงสูงสุดเกร็งค้าง 5-7 วินาทีจำนวน 30 ครั้ง วันละ 2 รอบ หลังผ่าตัด: บีบบอล เพียงอย่างเดียว	ความพร้อมของเส้นฟอกเลือดโดย 1. มีการเพิ่มขนาดหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง 2. arterial peak systolic velocity เพิ่มขึ้น 3. grip strength เพิ่มขึ้น 4. อัตราการผ่าตัดเส้นเลือดในบริเวณส่วนต้นแขนและบริเวณปลายแขน 5. อัตราความล้มเหลวในการทำเส้นฟอกเลือดในระยะหลังการผ่าตัด 3 เดือนแรก	**ผลการศึกษาพบว่า** **กลุ่มทดลอง** 1. การเพิ่มขนาดของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง (p < 0.001, p=0.008 ตามลำดับ) 2. arterial peak systolic velocity เพิ่มขึ้น (p= 0.43) 3. grip strength เพิ่มขึ้น (p < 0.001) 4. ผลลัพธ์ใน upper arm (distal) และ forearm (proximal) ไม่แตกต่างกัน (p=.008) 5. หลังผ่าตัด 3 เดือนอัตราความล้มเหลวในการทำเส้นฟอกเลือดกลุ่มทดลองร้อยละ 7 ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 14	9/13

หมายเหตุ ISM=Isometric exercise, IST=Isotonic exercise, BFR=Blood Flow Rate, CKD stage 3-4 = chronic kidney disease stage 3-4, CKD stage 4-5= Chronic Kidney Disease stage 4-5, CKD stage 5 = Chronic Kidney Disease stage 5, CKD stage 5D = Chronic Kidney Disease receiving dialysis

2. รูปแบบของการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อการเตรียมความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม พบว่า

2.1 ระยะก่อนการผ่าตัด พบรูปแบบการออกกำลังแขน 2 รูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังแขนแบบ isotonic exercise (Kumar et al., 2019) และการออกกำลังแขนร่วมกันระหว่าง isometric exercise และ isotonic exercise (Barbosa, et al., 2018)

การศึกษาของ คูม่า และคณะ (Kumar et al., 2019) ผลลัพธ์งานวิจัยให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อกลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญในช่วง 4 สัปดาห์แรกเท่านั้น โดยใช้วิธีการออกแรงบีบลูกบอล ด้วยอัตราเร็ว 20 ครั้งต่อนาที วันละ 30 นาที ซึ่งเป็นการออกกำลังแขนในรูปแบบ isotonic exercise เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยเปรียบเทียบขนาดของหลอดเลือดที่แขนทั้ง 2 ข้าง วัดผลเป็น cephalic vein diameter พบว่ากลุ่มทดลองมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดดำบริเวณส่วนปลายแขนเพิ่มขึ้น ($p<0.05$) และมีแรงบีบมือ (grip strength) เพิ่มขึ้น ($p=0.001$)

การศึกษาของ บาร์โบซ่า และคณะ (Barbosa, et al., 2018) โดยทั้ง 2 กลุ่มใช้วิธีการออกแรงบีบมือบีบลูกบอลด้วยอัตราเร็ว 10 ครั้งต่อนาที วันละ 6 รอบ และการเกร็งแขนยกน้ำหนักขนาด 1-3 กิโลกรัม 30 ครั้งต่อวัน ซึ่งเป็นการออกกำลังแขนในรูปแบบ isometric exercise ร่วมกับการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบ (handgrip) ระดับแรงบีบที่ร้อยละ 40 ของแรงบีบมือสูงสุด ด้วยอัตราเร็ว 20 ครั้งต่อนาที จำนวน 3 รอบ ซึ่งเป็นการออกกำลังแขนในรูปแบบ isotonic exercise และกลุ่มทดลองเพิ่มการปิดกั้นการไหลเวียนเลือดโดยใช้แรงดันจากเครื่องวัดแรงตึงผิว (tensiometer) ต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ วัดผลเป็น cephalic vein diameter, cephalic vein distensibility, radial artery diameter, radial artery flow peak and mean flow velocity, และ handgrip strength and forearm circumference ผลการวิจัยการออกกำลังทั้งแบบที่มีการปิดกั้นเส้นเลือดและไม่ปิดกั้นเส้นเลือดให้ผลลัพธ์ไม่แตกต่างกัน

2.2 ระยะหลังการผ่าตัด พบว่าเป็นการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังแขนด้วยวิธี isometric exercise จำนวน 3 เรื่อง โดยทั้ง 3 เรื่องใช้การออกกำลังแขนในรูปแบบ isometric exercise เป็นหลัก โดยใช้วิธีการอื่นร่วมด้วย (Nantakool et al., 2021; Manjunath et al., 2021; Gonzalez et al, 2021)

การศึกษา 2 เรื่อง ใช้วิธีการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบ การศึกษาของ นันตกุล และคณะ (Nantakool et al., 2021) ใช้วิธีการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบ ที่ระดับแรงบีบที่ร้อยละ 30 ของแรงบีบมือสูงสุด บีบเกร็งค้างไว้นาน 1 นาที และเพิ่มระยะเวลาในการบีบเกร็งค้างเพิ่มขึ้นสัปดาห์ละ 1 นาที สูงสุด 6 นาที ทำวันละ 6 รอบ ต่อเนื่องกันเป็นเวลา 10 สัปดาห์ ผลลัพธ์พบว่า มีความพร้อมของเส้นฟอกเลือดที่ประเมินได้จากเครื่องอัลตร้าซาวด์ ในสัปดาห์ที่ 2, 6, 10 ($p = 0.03, 0.02, 0.007$) และมีความพร้อมของเส้นฟอกเลือดที่ประเมินด้วยลักษณะทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 10 หลังการผ่าตัด ($p= 0.004$) นอกจากนี้กลุ่มที่ออกกำลังแขนด้วยรูปแบบ isometric exercise มีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดดำเพิ่มขึ้นในสัปดาห์ที่ 6, 10 มากกว่ากลุ่มที่ออกกำลังแขนด้วยรูปแบบ isotonic exercise ($p=0.01$) ในขณะที่การออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบ ที่ไม่ได้ระบุระดับแรงบีบ (Manjunath et al., 2021) โดยบีบเกร็งค้างไว้นาน 10 นาที จำนวน 12 ครั้งต่อวัน ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ามีความพร้อมของเส้นฟอกเลือดเฉพาะที่ประเมินจากลักษณะทางคลินิก ($p=0.043$) และสามารถทำการฟอกเลือดได้อย่างเพียงพอต่อเนื่องกัน 3 ครั้ง

กอนซาเลส และคณะ (Gonzalez et al., 2021) ใช้วิธีการออกกำลังแขนด้วยรูปแบบ isometric exercise ด้วยอุปกรณ์ต่าง ๆ คือ การออกแรงบีบลูกบอล การบีบตัวหนีบผ้า การกำหมัด การเกร็งแขนค้างด้วยการดันฝ่ามือเข้าหากันและการออกแรงดันกำแพง ร่วมกับการเกร็งแขนค้างด้วยการยกน้ำหนักภายใต้การให้คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญอย่างใกล้ชิดเพื่อให้เหมาะสมกับตำแหน่งของการผ่าตัดทำเส้นฟอกเลือด ผลการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีความพร้อมของเส้นฟอกเลือดที่ประเมินได้จากเครื่องอัลตร้าซาวด์ในสัปดาห์ที่ 4,8 หลังการผ่าตัด ($p=0.003$, $p=0.003$) และความพร้อมที่ประเมินได้จากลักษณะทางคลินิกในสัปดาห์ที่ 4,8 หลังการผ่าตัด ($p=0.009$, $p=0.002$)

2.3 การออกกำลังแขนอย่างต่อเนื่องในระยะก่อนผ่าตัดไปจนถึงระยะหลังผ่าตัด การออกกำลังแขนด้วยรูปแบบ isometric exercise จำนวน 1 เรื่อง (Sauco et al., 2021) ก่อนการผ่าตัด 8 สัปดาห์ ด้วยการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบเกร็งค้างนาน 5-7 วินาที รอบละ 30 ครั้ง วันละ 2 รอบ ร่วมกับการเกร็งแขนค้างด้วยการใช้ยางยืด 20 ครั้งต่อวัน เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้ออกกำลังแขนก่อนการผ่าตัด และภายหลังการผ่าตัดทั้ง 2 กลุ่ม ออกกำลังแขนด้วยการบีบลูกบอลเป็นเวลา 12 สัปดาห์ พบว่าในระยะก่อนการผ่าตัดกลุ่มที่ออกกำลังแขนมีขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงเพิ่มขึ้น ($p<0.001$ และ $p=0.008$) อัตราการไหลของเลือดเพิ่มขึ้น ($p=0.043$) แรงบีบมือเพิ่มขึ้น และให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อตำแหน่งของหลอดเลือดทั้งหลอดเลือดดำส่วนต้นและส่วนปลาย (distal และ proximal) ในระยะหลังการผ่าตัด 3 เดือน ความล้มเหลวในการทำเส้นฟอกเลือดในกลุ่มทดลองร้อยละ 7 และกลุ่มควบคุมร้อยละ 14

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้สามารถสรุปได้ว่าการออกกำลังแขนในรูปแบบ isometric exercise โดยใช้วิธีการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบร่วมกับการใช้วิธีการอื่นให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อเส้นเลือด ทั้งหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดงที่บริเวณหลอดเลือดดำส่วนต้นและส่วนปลาย ดังนั้น พยาบาลควรให้คำแนะนำผู้ป่วยให้ออกกำลังแขนด้วยวิธีการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบ โดยเริ่มออกกำลังแขนตั้งแต่ระยะก่อนการผ่าตัดอย่างน้อย 4 สัปดาห์และต่อเนื่องไประยะหลังการผ่าตัด 12 สัปดาห์ ประกอบด้วยการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบด้วยระดับแรงบีบที่ร้อยละ 30 ของแรงบีบมือสูงสุดในแต่ละสัปดาห์ โดยต้องมีการบีบเกร็งค้างอย่างน้อย 5-7 วินาที หรือประมาณ 10 ครั้งต่อนาที ทำวันละ 20 - 60 ครั้ง

การอภิปรายผล

งานวิจัยที่คัดเลือกมาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ จำนวน 6 เรื่อง มีวัตถุประสงค์เพื่อสรุปองค์ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบการออกกำลังแขนชนิดมีแรงต้านต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม โดยใช้งานวิจัยปฐมภูมิแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมทั้งหมด ซึ่งถือว่าคุณภาพในเชิงระเบียบวิจัยมีความน่าเชื่อถือ จากผลการทบทวนสรุปวิธีการออกกำลังแบ่งได้ 2 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนผ่าตัดและระยะหลังผ่าตัด โดยมีรูปแบบการออกกำลังแขน 3 รูปแบบ ได้แก่ isometric exercise, isotonic exercise และทั้งสองรูปแบบร่วมกัน

ระยะก่อนการผ่าตัดการออกกำลังแขนด้วยรูปแบบทั้ง isotonic exercise และการออกกำลังแขนร่วมกันระหว่าง isometric exercise และ isotonic exercise ให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อการเตรียมความพร้อมของเส้นฟอกเลือด โดยทำให้มีการเพิ่มขนาดของหลอดเลือดดำและหลอดเลือดแดง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันตะกูลและคณะ (Nantakool et al., 2020) ที่พบว่าการออกกำลังแขนในรูปแบบต่าง ๆ ส่งผลให้หลอดเลือดมีขนาดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้พบว่า isotonic exercise ใช้ระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ในการทำให้หลอดเลือดดำเพิ่มขนาดขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ระยะหลังการผ่าตัดการออกกำลังแขนด้วยรูปแบบ isometric exercise ให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันตะกูลและคณะ (Nantakool et al., 2021) ทั้งจากการประเมินด้วยเครื่องอัลตร้าซาวด์ และประเมินด้วยลักษณะทางคลินิก ซึ่งเมื่อพิจารณาวิธีการที่ผู้วิจัยเลือกใช้ในการออกกำลังพบว่าวิธีการออกกำลังด้วยการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์-กริบเพียงวิธีเดียวที่ระดับแรงบีบที่ร้อยละ 30 ของแรงบีบมือสูงสุด ในแต่ละสัปดาห์ สามารถให้ผลลัพธ์ที่ดีต่อความพร้อมของเส้นเลือดฟอกเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องออกกำลังแขนอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4-10 สัปดาห์

ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้แสดงผลลัพธ์เกี่ยวกับวิธีการออกกำลังแขนอย่างต่อเนื่องในระยะก่อนผ่าตัดไปจนถึงระยะหลังผ่าตัด 12 สัปดาห์ ซึ่งการออกกำลังแขนรูปแบบ isometric exercise อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนผ่าตัดไปจนถึงระยะหลังผ่าตัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการเตรียมความพร้อมของเส้นฟอกเลือด อย่างไรก็ตามวิธีการออกกำลังแขนที่ใช้วิธีการบีบเครื่องแฮนด์กริบยังไม่พบว่าวิธีการใดดีที่สุด สำหรับวิธีการออกกำลังแขนต่อตำแหน่งของเส้นเลือดพบว่าการออกกำลังแขนรูปแบบ isometric exercise โดยใช้ออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดต่อเส้นเลือดฟอกเลือดในทุกตำแหน่ง

การออกกำลังแขนโดยใช้การออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบส่งผลต่อการขยายขนาดของหลอดเลือดอย่างชัดเจนโดยให้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดเมื่อมีการทำอย่างต่อเนื่องในระยะก่อนผ่าตัดไปจนถึงระยะหลังผ่าตัด โดยไม่จำเป็นต้องใช้การปิดกั้นเส้นเลือดร่วมด้วย ซึ่งการออกกำลังแขนทำให้มีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อระหว่างที่มีการเกร็งสลับกับการคลายตัวทำให้มีแรงเฉือนภายในหลอดเลือดซึ่งจะกระตุ้นให้เยื่อบุหลอดเลือดมีการหลั่งสารไนตริกออกไซด์ (nitric oxide) ที่มีส่งให้หลอดเลือดมีการขยายตัว (vasodilation) และมีขนาดเพิ่มขึ้นได้ (Silva, Meneses, Parmenter, Ritti-Dias, & Farah, 2021) ส่วนในระยะหลังการผ่าตัดทำให้มีการไหลเวียนเลือดจากหลอดเลือดแดงเข้าสู่หลอดเลือดดำอย่างทันทีส่งผลให้มีการไหลเวียนเลือดผ่านหลอดเลือดดำในปริมาณมาก กระตุ้นให้ผนังหลอดเลือดดำมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง มีขนาดเพิ่มขึ้น มีการไหลเวียนเลือดเพิ่มขึ้น การออกกำลังแขนอาจช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อความพร้อมของเส้นฟอกเลือดได้ (Remuzzi, Bozzetto, & Brambilla, 2017) และการใช้วิธีการใด ๆ ควรคำนึงถึงความพร้อมของผู้ป่วยในการนำไปปฏิบัติที่บ้านเป็นสำคัญ และเพื่อให้ผู้ป่วยได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุด การออกกำลังแขนไม่ควรใช้เวลามากกว่า 30 นาทีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง (Sauco et al., 2021) ในขณะที่การศึกษาของคองและคณะ (Kong et al., 2014) ได้สรุปผลของการออกกำลังแขนไว้ว่าอย่างน้อยควรออกกำลังแขนอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ เนื่องจากการออกกำลังแขนแต่ละรูปแบบที่มีผลต่อความพร้อมของเส้นเลือดฟอกเลือดไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังแขนในระยะก่อนหรือหลังการผ่าตัดด้วยรูปแบบใดก็ตามส่งผลต่อดีต่อกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้อง ความแข็งแรงของหลอดเลือด และความหนืดของเลือดที่ผ่านหลอดเลือดซึ่งส่งผลดีต่อความพร้อมของหลอดเลือด

ข้อจำกัดของการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบครั้งนี้ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยปฐมภูมิมีโรคประจำตัวที่แตกต่างกันซึ่งอาจส่งผลต่อลักษณะและความแข็งแรงของเส้นเลือดและอาจเป็นตัวแปรแทรกซ้อนทำให้ผลการศึกษามีความคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้ข้อจำกัดของงานวิจัยปฐมภูมิที่ยังมีจำนวนน้อยแม้ว่าผู้วิจัยจะเลือกงานวิจัยแบบควบคุมและมีกลุ่มทดลองที่มีความน่าเชื่อถือในระเบียบวิธีวิจัยที่มากที่สุด หากแต่ยังคงต้องการงานวิจัยที่จะสนับสนุนข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการให้ความรู้และส่งเสริมการออกกำลังแขนในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีแผนการรักษาด้วยการผ่าตัด AVF เพื่อเตรียมความพร้อมหลอดเลือด

2. การออกกำลังแขนเพื่อการเตรียมความพร้อมของหลอดเลือด ควรทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ควรมีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระยะก่อนผ่าตัดไปถึงระยะหลังผ่าตัด เพื่อเพิ่มขนาดและความแข็งแรงของหลอดเลือดโดยการออกกำลังแขนรูปแบบ Isometric exercise ด้วยวิธีการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบร่วมกับวิธีการอื่นจะให้ผลลัพธ์ที่ดีทั้งตำแหน่งในการทำเส้นฟอกเลือดทั้งเส้นเลือดส่วนต้นและส่วนปลาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบของการออกกำลังแขนในผู้ที่ได้รับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมในรูปแบบ Isometric exercise ด้วยวิธีการออกแรงบีบเครื่องแฮนด์กริบ ร่วมกับวิธีการอื่น ๆ เพื่อค้นหาวิธีการออกกำลังแขนที่ทำให้เกิดความพร้อมของเส้นฟอกเลือดที่ดีที่สุด

2. ควรศึกษาการออกกำลังแขนอย่างต่อเนื่องในระยะก่อนผ่าตัดไปจนถึงหลังผ่าตัด 12 สัปดาห์ โดยการใช้รูปแบบ isometric exercise เพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจนในการนำไปปฏิบัติต่อไป

3. ควรพัฒนาแนวปฏิบัติในการส่งเสริมการออกกำลังแขนในผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีแผนการผ่าตัด AVF ในระยะก่อนและหลังผ่าตัดที่กำหนดรูปแบบที่ชัดเจนเพื่อเตรียมความพร้อมของเส้นฟอกเลือด

References

Barbosa, J. B., Maia, T. O., Alves, P. S., Bezerra, S. D., Moura, E. C., Medeiros, A. I. C., ...Marinho, P. E. (2018). Does blood flow restriction training increase the diameter of forearm vessels in chronic kidney disease patients? A randomized clinical trial. *The Journal of Vascular Access, 19*(6), 1-8.

Chuasuwan, A. & Lumpaopong, A. (2020). *Thailand renal replacement therapy year 2020.* (in Thai) Retrieved from https://www.nephrothai.org/wp-content/uploads/2021/10/Final-TRT-report-2020.pdf

Fragala, M. S., Cadore, E. L., Dorgo, S., Izquierdo, M., Kraemer, W. J., Peterson, M. D., ... Ryan, E. D. (2019). Resistance training for older adults: Position statement from the national strength and conditioning association. *The Journal of Strength & Conditioning Research, 33*(8), 2019-2052.

Gonzalez, I. T., Simo, V. E., Pallares, S. I., Guzman, F. M., Nicolas, M. F., Gallego, V. D., ... Serna, M. R. A. (2021). Upper limb isometric exercise protocolled programme and arteriovenous fistula maturation process. *Clinical Kidney Journal, 14*(2), 688-695.

Hassabi, M., Poursaeidesfahani, M., Khosravi, S., Falaknazi, K., Salehi, S., Sowini, R. S., ... Yekta, A. H. A. (2017). Comparing strength and range of motion of the upper limb with AV fistula access with the contralateral upper limb among patients treated with hemodialysis. *Researcher Bulletin of Medical Sciences, 22*(1), 1-8.

Kong, S., Lee, K. S., Kim, J., & Jang, S. H. (2014). The effect of two different hand exercises on grip strength, forearm circumference, and vascular maturation in patients who underwent arteriovenous fistula surgery. *Annals of rehabilitation medicine, 38*(5), 648-657.

Kumar A/LS, K., Katheraveloo, K., Suryani Safri, L., Guo Hou, L., Hafiz Maliki, A., Md Idris, M. A., & Harunarashid, H. (2020). Effect of isometric handgrip exercise on the size of cephalic veins in patients with stage 3 and 4 chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *The Journal of Vascular Access, 21*(3), 1-7.

Manjunath, P. M., Gurpremjit, S., Devender, S., Surabhi, V., Ramana, A. P., Sreenivas, V., ... Aggarwal, S. K. (2021). The effect of post-operative handgrip exercise on the maturation of arteriovenous fistula: A randomized controlled trial. *Indian Journal of Surgery, 83*(4), 920-925.

Nantakool, S., Rerkasem, K., Reanpang, T., Worraphan, S., & Prasannarong, M. (2020). A systematic review with meta-analysis of the effects of arm exercise training programs on arteriovenous fistula maturation among people with chronic kidney disease. *Hemodialysis International, 24*(4), 1-15.

Nantakool, S., Srisuwan, T., Reanpang, T., Rerkasem, K., & Prasannarong, M. (2021). A randomized controlled trial of the effect of postoperative hand exercise training on arteriovenous fistula maturation in patients with chronic kidney disease. *Journal of Vascular Surgery,74*(6), 1-22.

Remuzzi, A., Bozzetto, M., & Brambilla, P. (2017). Is shear stress the key factor for AVF maturation? *The Journal of Vascular Access, 18*(Suppl 1), S10-S14.

Sauco, I. A., Hevia, C., Grossi, S. M., Amezquita, Y., Macias, N., Caldes, S., ... Goicoechea, M. (2021). Effect of preoperative exercise on vascular caliber and maturation of arteriovenous fistula: The physicalfav trial, a randomized controlled study. *Journal of Nephrology, 34*(3), 763-771.

Schmidli, J., Widmer, M. K., Basile, C., de Donato, G., Gallieni, M., Gibbons, C. P., ... ESVS Guidelines Committee. (2018). Editor's choice–vascular access: 2018 clinical practice guidelines of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery, 55*(6), 757-818.

Shayakol, C. (2014). *Hemodialysis clinical practice recommendation 2014*. Bangkok: The Nephrology Society of Thailand (in Thai)

Silva, J. K. T. N. F., Meneses, A. L., Parmenter, B. J., Ritti-Dias, R. M., & Farah, B. Q. (2021). Effect of resistance training on endothelial function: A systematic review and meta-analysis. *Atherosclerosis, 333*, 91-99

The Joanna Briggs. (2020). *Critical appraisal checklist for randomized controlled Trials.* Retrieved from https://jbi.global/critical-appraisal-tools

ผลของการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการต่อความคับข้องใจและความวิตกกังวลของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ*

The Effects of the Use of a Needs Communication Assistance Application on Frustration and Anxiety Among Intubation Patients*

ณัฐพล	ชัยหาญ **	Nattapol Chaihan **
ศิริลักษณ์	กิจศรีไพศาล ***	Sirilak Kitsripisarn ***
ภัทริน	ภิรมย์พานิช ****	Pattarin Pirompanich ****

บทคัดย่อ

การสื่อสารเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจจะไม่สามารถสื่อสารความต้องการด้วยคำพูดได้ จึงส่งผลให้เกิดความคับข้องใจและความวิตกกังวลตามมา การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการต่อความคับข้องใจ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดความต้องการของบุคคลของ ยูรา และ วอล์ส (Yura & Walsh, 1983) ร่วมกับแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีของเดวิส (Davis, 1989) กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวน 60 ราย ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งกลุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เก็บข้อมูลช่วงเดือนเมษายน ถึงเดือนกรกฎาคม 2564 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) กิจกรรมการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ 2) แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ 3) สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “เสียงที่โลกไม่ได้ยิน” “แอปพลิเคชันแตะเสียง” และ “บอกกันง่ายๆ ไม่ต้องใช้แรงเยอะ” 4) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 5) แบบสอบถามความคับข้องใจในการสื่อสาร 6) แบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติไคแสควร์ สถิติฟิชเชอร์ เอ็กแซคท์ สถิติแมนท์ วิทนีย์ ยู และสถิติวิลคอกซัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสารน้อยกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และกลุ่มทดลองมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ และน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการสามารถลดความคับข้องใจและความวิตกกังวลได้ ดังนั้นพยาบาลสามารถใช้การส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการช่วยส่งเสริมความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ อันนำไปสู่การดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดีด้านจิตใจและอารมณ์

คำสำคัญ: การส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ ความคับข้องใจ ความวิตกกังวลผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

---

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ e-mail: bentennut16022536@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**** รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับบทความ 6 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 1 พฤศจิกายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 9 พฤศจิกายน 2564

Abstract

Communication is a basic human need. Intubation patients cannot communicate orally, leading to frustration and anxiety. This quasi-experimental research aimed to examine the effects of a needs communication assistance application, based on the human needs concept developed by Yura and Walsh (1983) and the technology acceptance model developed by Davis (1989), on the levels of frustration and anxiety among intubation patients. The samples consisted of 60 endotracheal intubated patients. The purposive randomized sampling method was applied to divide the participants into two groups, a control group and an experimental group. Data were collected between April and July, 2021. The research instruments consisted of the following: 1) the use of the needs communication assistance application; 2) a communication application for intubation patients; 3) the video stories: "Sound That the World Can't Hear", "Application Touches Sounds", and "Easy to Say Without Much Effort"; 4) a Personal Information Record Form; 5) a Frustration in Communication Questionnaire; and 6) the State Anxiety Inventory. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-squared test, Fisher's exact test, the Mann-Whitney U test, and the Wilcoxon-signed rank test

The findings indicated that the experimental group's post-intervention mean rank score on frustration in communication was lower than the pre-intervention score, and also was significantly lower than that of the control group ($p < .001$). Moreover, the experimental group's post-intervention mean rank score on anxiety in communication was lower than the pre-intervention score, and was also significantly lower than that of the control group ($p < .001$).

This study illustrates that the use of a needs communication assistance application can reduce frustration and anxiety. Hence, it is recommended that nurses apply this use of a needs communication assistance application to patients having undergone endotracheal tube intubation in order to promote their communication ability, which can lead to the maintenance of their mental and emotional well-being.

Keywords: The use of a needs communication assistance application, Frustration, Anxiety, Intubation patients

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Older Adult, Faculty of Nursing, Thammasat University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program Adult and Older Adult, Faculty of Nursing, Thammasat University; e-mail: bentennut16022536@gmail.com

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University.

**** Associate Professor, M.D., Faculty of Medicine, Thammasat University.

Received 6 October 2021; Revised 1 November 2021; Accepted 9 November 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การใส่ท่อช่วยหายใจเป็นหัตถการที่มีการสอดใส่ท่อช่วยหายใจเข้าไปผ่านสายเสียง (vocal cord) เพื่อให้ปลายท่ออยู่ในหลอดลมทำให้ท่อช่วยหายใจขัดขวางการกระทบกันของสายเสียง ผู้ป่วยจึงพูดไม่มีเสียงทำให้ไม่สามารถสื่อสารบอกความคิด ความรู้สึก และความต้องการด้วยคำพูดได้ (Margret, 2016) จึงส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความคับข้องใจ รู้สึกอึดอัด หงุดหงิด กระวนกระวายใจ สาเหตุจากการที่บุคคลมีความต้องการแต่มีสิ่งขัดขวางทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการได้ (Wu et al., 2019) นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ การไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ และต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย เป็นสิ่งกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวล (Choi, Tate, Ro- gers, Donahoe, & Hoffman, 2016) เนื่องจากผู้ป่วยรับรู้หรือคาดการณ์ว่าตนเองอยู่ในภาวะคุกคามความปลอดภัยในชีวิต และเกินความสามารถของตนเองในการเผชิญสถานการณ์ขณะนั้น จึงเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่น หรือความวิตกกังวลตามมา (Spielber- ger, 1989)

ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับความสามารถในการสื่อสารโดยไม่ใช้คำพูดประกอบด้วย 1) ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ ผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านการมองเห็นการได้ยิน เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะมีความลำบากในการสื่อสารมากขึ้น (Rodrigues & Martinho, 2016) ต่อมาคือระดับการศึกษา ผู้ป่วยมีระดับการศึกษาที่สูงจะทำให้สามารถใช้ความรู้ในการสื่อสารได้ดี (Liu, Chou, & Yeh, 2009) และจำนวนวันที่ใส่ท่อช่วยหายใจ โดยพบว่าปัญหาการสื่อสารของผู้ป่วยจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการใส่ท่อช่วยหายใจ (Holm & Dreyer, 2018) สำหรับการได้รับยาที่มีผลต่อความรู้สึกตัว ได้แก่ ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวลดลง ไม่สามารถสื่อสารได้ นอกจากนี้ยังมีการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้ความง่ายในการใช้งานของเครื่องมือช่วยสื่อสารจะทำให้ผู้ป่วยใช้ความสามารถที่มีอยู่ในขณะนั้นใช้เครื่องมือช่วยสื่อสารบอกความต้องการได้ (Nieuwboer et al., 2018) 2) ปัจจัยภายนอกบุคคล พบว่าสภาพ-แวดล้อมภายในหอผู้ป่วยที่มีเสียงดัง และแสงสว่างที่มากเกินไปส่งผลให้ความสามารถ และแรงจูงใจที่อยากจะสื่อสารลดลง (Merilainen, Kyngas, & Kokko, 2013)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับการใช้เครื่องมือช่วยสื่อสารของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจในบริบทสังคมไทย พบว่ามีการศึกษาแผ่นภาพช่วยสื่อสารโดยประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการของมาสโลว์ ให้ผู้ป่วยใช้งานกระดานภาพเป็นเวลา 24 ชั่วโมง พบว่าความคับข้องใจในการสื่อสารลดลง และการได้รับการตอบสนองตามความต้องการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chan-ui, Thaniwattananon, & Petpichetchian, 2010) นอกจากนี้ มีการวิจัยผลของการใช้แอปพลิเคชันช่วยในการสื่อสารความต้องการบรรจุลงในโน๊ตบุ๊ค โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม แนวคิดการสื่อสาร และแนวคิดความพึงพอใจ ให้ผู้ป่วยใช้งานโน๊ตบุ๊คช่วยสื่อสารเป็นเวลา 6 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pukkaeraka, Wongpiri- yayotha, Wongpanara, & Suwunat, 2013)

สำหรับการศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีการศึกษาการใช้แผ่นภาพช่วยสื่อสารโดยประยุกต์แนวคิดการสื่อสาร แนวคิดความคับข้องใจ และแนวคิดความพึงพอใจ ให้ผู้ป่วยใช้งานแผ่นภาพช่วยสื่อสารเป็นเวลา 6-72 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการใช้แผ่นภาพช่วยสื่อสารเพิ่มขึ้น (Otuzoglu, & Karahan, 2014) และมีความคับข้องใจในการสื่อสารลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Gaudel & Bai, 2017) สำหรับการใช้แอปพลิเคชันช่วยในการสื่อสารในผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีการบรรจุข้อความ ข้อความภาพและเสียงลงในคอมพิวเตอร์ ไอแพด และแท็บเล็ต ให้ผู้ป่วยแตะบอกความต้องการโดยประยุกต์แนวคิดความต้องการของมาสโลว์ให้ผู้ป่วยใช้สื่อสารความต้องการเป็นเวลา 24 ชั่วโมง พบว่าผู้ป่วยมีประสิทธิภาพในการสื่อสารเพิ่มขึ้น (Javier & Moral, 2012) และมีความคับข้องใจลดลง (Koszalinski, Tappen, Melhuish, & Grumme, 2017)

อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะจากผู้วิจัยโดยใช้แผ่นภาพช่วยสื่อสารพบว่า มีภาพจำนวนมาก ผู้ป่วยต้องใช้เวลานานในการเปิดหาภาพที่ต้องการสื่อสารบอกความต้องการ และยังมีข้อความภาพไม่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย (Chan-ui et al., 2010) นอกจากนี้การศึกษาใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารที่บรรจุในโน๊ตบุ๊ค มีข้อเสนอแนะว่าสามารถใช้งานได้ง่าย มีรูปภาพขนาดใหญ่มองเห็นได้ชัดเจน สามารถสื่อสารได้หลายมิติทั้งการ

แสดงรูปภาพ ข้อความ และเสียง รวมถึงสามารถบรรจุข้อมูลได้มาก และสามารถนำไปใช้กับผู้ป่วยข้างเตียงได้ง่าย แต่ควรเพิ่มระยะเวลาให้ผู้ป่วยใช้งานเครื่องมือช่วยสื่อสารมากกว่า 6 ชั่วโมง (Puk- kaeraka et al., 2013)

ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการของบุคคลของ ยูรา และ วอล์ส (Yura & Walsh, 1983) ในการกำหนดข้อความ ข้อความเสียง และรูปภาพ และพัฒนาเป็นแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการนำไปบรรจุในแท็บเล็ต ให้ผู้ป่วยสามารถแตะหน้าจอแท็บเล็ตบอกความต้องการผ่านข้อความเสียงที่เครื่องแท็บเล็ตและคอมพิวเตอร์ในเคาน์เตอร์พยาบาล ร่วมกับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดของการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีของ เดวิส (Davis, 1989) โดยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ประโยชน์และรับรู้ความง่ายของการใช้งาน ตลอดจนติดตามการใช้งานและให้แรงเสริมเชิงบวก ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ ส่งผลให้ผู้ป่วยที่ใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการสามารถบอกความคิด ความรู้สึกและความต้องการได้ จึงสามารถช่วยลดความรู้สึกถูกขัดขวางความสามารถในการสื่อสารความต้องการด้วยคำพูดลงได้ จะส่งผลให้ลดความคับข้องใจที่เกิดจากการไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ตามมา อีกทั้งการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการสื่อสารความต้องการด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจ สาเหตุของการสื่อสารด้วยคำพูดไม่ได้ และข้อมูลสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และมองเห็นภาพของสถานการณ์ที่กำลังเผชิญได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจและลำดับความคิดในการเผชิญกับสถานการณ์และอาจจะสามารถลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจสามารถดำเนินชีวิตในขณะใส่ท่อช่วยหายใจอย่างมีสุขภาวะ

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชัน ช่วยสื่อสารความต้องการต่อความคับข้องใจ และความวิตกกังวลของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความคับข้องใจ และความวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ

2. เพื่อเปรียบเทียบความคับข้องใจ และความวิตกกังวล ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ

สมมติฐานการวิจัย

1. ค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจและความวิตกกังวล ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการน้อยกว่าก่อนได้รับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ

2. ค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจและความวิตกกังวล ในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีของเดวิส (Davis, 1989) เพื่อให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจมีการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นสร้างการรับรู้ประโยชน์ (perceived usefulness) และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน (perceived ease of use) ของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจไปในทางบวก ซึ่งเป็นมุมมองของผู้ใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีที่มีความเห็นว่าเมื่อมีการใช้งานผลลัพธ์ที่ได้มีผลดีต่อผู้ใช้ และการใช้นั้นคุ้มค่ากับการลงแรงใช้งาน ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้นวัตกรรมและเทคโนโลยีตามมา โดยขั้นตอนการส่งเสริมการยอมรับแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารมีขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การส่งเสริมการยอมรับแอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการสื่อสารด้วยคำพูดไม่ได้ ประโยชน์และข้อดีของการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ และ 2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับรู้ความง่ายในการใช้งาน โดยการให้ข้อมูลเรื่องการใช้งานแอปพลิเค-

ชันช่วยสื่อสารความต้องการ ร่วมกับสาธิตการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ พร้อมทั้งให้ผู้ป่วยสาธิตย้อนกลับการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ และมอบคู่มือการใช้งานไว้ข้างเตียง ขั้นตอนที่ 2 การติดตามประเมินผลเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และให้แรงเสริมเชิงบวกในการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการเพื่อให้ผู้ป่วยมีการใช้งานอย่างต่อเนื่อง จากแนวคิดข้างต้นผู้วิจัยคาดหวังว่าการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ จะช่วยให้ผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจสามารถใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ บอกความคิด ความรู้สึกและความต้องการได้ ส่งผลให้สามารถลดความคับข้องใจในการสื่อสาร ซึ่งเป็นความรู้สึกอึดอัดจากการไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ จึงส่งผลให้ สามารถลดความวิตกกังวลได้ตามมา

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดความต้องการของบุคคลของ ยูรา และ วอล์ส (Yura & Walsh, 1983) ร่วมกับการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ในการกำหนดข้อความ ข้อความเสียง และรูปภาพ ลงในแอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านความต้องการเพื่อดำรงชีวิตอยู่ 2) ด้านความต้องการการใกล้ชิด และ 3) ด้านความต้องการสิทธิและเสรีภาพ โดยผู้วิจัยบรรจุแอปพลิเคชันลงในแท็บเล็ต เมื่อผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจแตะบนหน้าจอบอกความต้องการผ่านแท็บเล็ต ข้อความเสียงจะดังที่แท็บเล็ต และดังผ่านคอมพิวเตอร์ในเคาน์เตอร์พยาบาล ทำให้พยาบาลทราบความต้องการของผู้ป่วยได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรม เลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) มีสัญญาณชีพตามเกณฑ์ ดังนี้ อัตราการเต้นของชีพจร 60-150 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 18-35 ครั้งต่อนาที ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว 90-139 มม.ปรอท ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจห้องล่างคลายตัว 60-90 มม.ปรอท และความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้วมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 90 เปอร์เซ็นต์ 3) ได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจภายใน 24-48 ชั่วโมง 4) มีระดับความรู้สึกตัวดีและไม่มีภาวะสับสน ผลการประเมิน CAM-ICU เป็น negative 5) ได้รับยาขยายหลอดเลือดในขนาดต่ำหรือไม่ได้รับยา 6) กำลังของกล้ามเนื้อแขนทั้งสองข้างระดับ 4 ขึ้นไป 7) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาการได้ยินและการมองเห็นโดยสามารถตอบคำถามโดยการพยักหน้าได้ และสามารถอ่านตัวหนังสือขนาด 20 Angsana New ในระยะ 1-2 ฟุตได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา ได้แก่ 1) มีภาวะโรคร่วมอื่น ๆ ได้แก่ โรคติดต่อร้ายแรงหรือภาวะที่มีผลต่อการควบคุมกล้ามเนื้อ เช่น พาร์กินสัน หรือมีภาวะไม่สมดุลของระบบไหลเวียนโลหิต 2) ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางด้านจิตใจ เช่น โรคจิตเภท

เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการศึกษา ได้แก่ 1) อาการไม่คงที่หรืออยู่ในภาวะคุกคามต่อชีวิต เช่น ความอิ่มตัวของออกซิเจนจากปลายนิ้วน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ ความดันโลหิตน้อยกว่า 90/60 มม.ปรอท และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนโดยผลการประเมิน CAM-ICU เป็น Positive 2) กลุ่มตัวอย่างดึงท่อช่วยหายใจออกขณะเข้าร่วมวิจัย 3) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัย และ 4) ได้รับการถอดท่อช่วยหายใจออกก่อนเข้าร่วมการวิจัยครบ 48 ชั่วโมง

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางของโคเอ็น โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่ .80 และระดับนับสำคัญทางสถิติที่ .05 คำนวณขนาดอิทธิพลจากการศึกษาที่ใกล้เคียงได้เท่ากับ 5.04 ซึ่งเป็นค่าที่สูง ในการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรการศึกษาที่แตกต่างกันอยู่บ้าง ผู้วิจัยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 50 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จึงได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 ราย แบ่งกลุ่มโดยวิธีการสุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยสัปดาห์หมายเลขคี่เป็นกลุ่มควบคุม และสัปดาห์หมายเลขคู่เป็นกลุ่มทดลอง และทำการจับคู่ (matched pair) เพื่อให้ลักษณะของ

กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมีลักษณะใกล้เคียงกัน โดยกำหนดคุณสมบัติด้าน การศึกษา อายุ และกลุ่มหอผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ประกอบด้วย

1.1 กิจกรรมการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ เป็นการจัดกิจกรรมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการอย่างเป็นขั้นตอน โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีของเดวิส (Davis, 1989) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการสื่อสารความต้องการ 2) การส่งเสริมการยอมรับแอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร โดยการสร้างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความง่ายในการใช้งาน และ 3) การติดตามประเมินผลเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรคในการใช้และให้แรงเสริมเชิงบวกในการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ

1.2 แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ จัดทำขึ้นโดยประยุกต์แนวคิดความต้องการของบุคคลของ ยูรา และ วอล์ส (Yura & Walsh, 1983) ร่วมกับการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ในการกำหนดข้อความ ข้อความเสียง และรูปภาพในแอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร ประกอบด้วย 3 ด้าน ดังนี้ 1) ความต้องการเพื่อดำรงชีวิตอยู่ได้ มีจำนวน 15 ข้อความ เช่น เหนื่อย หายใจไม่ออก ช่วยดูดเสมหะในท่อหน่อย ช่วยดูดน้ำลายในปากหน่อย คลื่นไส้ ปรับหัวเตียงขึ้นให้หน่อย เป็นต้น 2) ความต้องการการใกล้ชิด มีจำนวน 6 ข้อความ เช่น อยากพบญาติ อยากให้ครอบครัวอยู่ดูแลใกล้ๆ เป็นต้น และ 3) ความต้องการสิทธิและเสรีภาพ มีจำนวน 7 ข้อความ เช่น อยากถอดท่อช่วยหายใจออก อยากทราบข้อมูลการเจ็บป่วย อยากทราบวัน เวลา สถานที่ อยากกลับบ้าน เป็นต้น โดยผู้วิจัยบรรจุแอปพลิเคชันลงในแท็บเล็ตให้ผู้ป่วยแตะสื่อสารบอกความต้องการ

1.3 คู่มือการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ ผู้วิจัยจัดทำขึ้น เนื้อหาประกอบด้วยวิธีการใช้งานแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ มีเนื้อหาและรูปภาพประกอบ จำนวน 10 หน้า โดยผู้วิจัยมอบคู่มือการใช้งานให้กลุ่มตัวอย่างไว้ข้างเตียง

1.4 สื่อวีดิทัศน์ ผู้วิจัยจัดทำขึ้นจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่อง “เสียงที่โลกไม่ได้ยิน” มีความยาว 2 นาที เนื้อหาประกอบด้วยสาเหตุของการสื่อสารด้วยคำพูดไม่ได้ เรื่อง “แอปพลิเคชันแตะเสียง” มีความยาว 2 นาที เนื้อหาประกอบด้วยประโยชน์และข้อดีของการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ และเรื่อง “บอกกันง่ายๆ ไม่ต้องใช้แรงเยอะ” มีความยาว 5 นาที เนื้อหาประกอบด้วยการใช้งานแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความคับข้องใจในการสื่อสาร ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความคับข้องใจในการสื่อสารของผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจของภารดี จันทร์อุ่ย (Chan-ui et al., 2010) โดยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกอึดอัดของผู้ป่วยขณะใส่ท่อช่วยหายใจที่ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดกับญาติผู้ดูแล พยาบาล และแพทย์ได้ มีข้อคำถาม 7 ข้อ เป็นแบบเส้นตรงเรียงลำดับตัวเลข (numeric rating scale) 0 ถึง 100 และแบบสอบถามความวิตกกังวล (State-Trait Anxiety Inventory) ของ สปิลเบอร์เกอร์ และคณะ (Spielberger, Goruch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983) ที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย ดาราวรรณ ต๊ะปินตา สำหรับการวิจัยครั้งนี้ได้นำเอาเฉพาะแบบสอบถามความวิตกกังวลที่เป็นแบบประเมิน A-state หรือแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ โดยเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกไม่สบายใจ หวาดหวั่นใจต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบกระบวนการคิดและความรู้สึก มีข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) 4 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ สื่อวีดิทัศน์เรื่องเสียงที่โลกไม่ได้ยิน สื่อวีดิทัศน์เรื่องแอปพลิเคชันแตะเสียง สื่อวีดิทัศน์เรื่องบอกกันง่ายๆ ไม่ต้องใช้แรงเยอะ คู่มือการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการสำหรับผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจ แบบสอบถามความคับข้องใจในการ

สื่อสาร และแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ มีค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา เท่ากับ 1, 1, 0.87, 1, 1, 0.85 และ 0.85 ตามลำดับ จากนั้นผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือของแบบสอบถามความคับข้องใจในการสื่อสาร และแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 และ 0.84 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ ตามเลขที่เอกสารรับรองโครงการการวิจัย COA No. 022/2564 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะถูกเก็บเป็นความลับ การนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวม และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ซึ่งในระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุม ในสัปดาห์หมายเลขคี่จนครบ 30 ราย และกลุ่มทดลองในสัปดาห์หมายเลขคู่จนครบ 30 ราย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมจำนวน 2 ครั้งคือ ครั้งแรกผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มควบคุมภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังใส่ท่อช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกดี ไม่มีภาวะสับสน เพื่อชี้แจงขั้นตอนการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยการอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟัง และให้กลุ่มตัวอย่างชี้ตอบ ส่วนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษา ใช้การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และให้ตอบแบบสอบถามความคับข้องใจในการสื่อสารและแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ โดยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างชี้ตอบคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกผ่านแผ่นกระดานภาพ ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมภายหลังเข้าร่วมการวิจัยครบ 48 ชั่วโมง และให้กลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถามความคับข้องใจในการสื่อสาร และแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์อีกครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยแจ้งสิ้นสุดการวิจัย ในกรณีที่ผู้ป่วยยังใส่ท่อช่วยหายใจต่อ ผู้วิจัยให้การส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการเหมือนกับกลุ่มทดลองจนกว่าผู้ป่วยจะถอดท่อช่วยหายใจ

กลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มทดลองจำนวน 5 ครั้ง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1) ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงหลังใส่ท่อช่วยหายใจ โดยผู้ป่วยมีระดับความรู้สึกตัวดี ไม่มีภาวะสับสน ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงขั้นตอนการวิจัยและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลโดยการอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังและให้กลุ่มตัวอย่างชี้ตอบ ส่วนข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยและการรักษาใช้การรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน และให้ตอบแบบสอบถามความคับข้องใจในการสื่อสาร และแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ โดยอ่านข้อคำถามให้กลุ่มตัวอย่างฟังทีละข้อ และให้กลุ่มตัวอย่างชี้ตอบคำตอบที่ตรงกับความรู้สึกผ่านแผ่นกระดานภาพ พร้อมทั้งดำเนินการให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการสื่อสารความต้องการ ใช้เวลา 10 นาที เริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับกลุ่มทดลอง และให้ข้อมูลเกี่ยวกับ 1) สาเหตุของการใส่ท่อช่วยหายใจ 2) สาเหตุของการไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยคำพูดด้วยการให้ชมวีดิทัศน์ เรื่อง “เสียงที่โลกไม่ได้ยิน”และ 3) สภาพแวดล้อมของหอผู้ป่วย ต่อจากนั้นดำเนินการในขั้นตอนการส่งเสริมการยอมรับแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ ใช้เวลา 20 นาที ด้วยการให้ชมวีดิทัศน์ เรื่อง “แอปพลิเคชันแตะเสียง และ เรื่อง “บอกกันง่ายๆ ไม่ต้องใช้แรงเยอะ” หลังจากนั้นติดตั้งแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารบรรจุในแท็บเล็ตให้กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งสาธิตการใช้งานแอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร ให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับและมอบคู่มือการใช้งานให้กลุ่มตัวอย่าง

ครั้งที่ 2 และ 3 (วันที่ 1 ภายหลังเข้าร่วมการทดลองครบ 4 และ 6 ชั่วโมง) และ ครั้งที่ 4 (ภายหลังเข้าร่วมการทดลองได้ 24 ชั่วโมง) เพื่อส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ ใช้เวลาครั้งละ 15

นาที โดยติดตามเยี่ยมการใช้งาน สอบถามปัญหาหรืออุปสรรคในการใช้งานและให้ข้อมูลตามปัญหา รวมทั้งให้แรงเสริมเชิงบวกให้มีการใช้อย่างสม่ำเสมอ โดยใช้คำพูด เช่น “เยี่ยมมากเลยนะครับที่คุณ (กลุ่มตัวอย่าง) สามารถใช้งานแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารได้ถูกต้อง” หรือใช้คำพูด “แอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร ทำให้คุณ (กลุ่มตัวอย่าง) พูดคุยกับพยาบาลได้เข้าใจมากขึ้นเลย ขอให้ใช้ต่อไปนะครับ”

ครั้งที่ 5 (ภายหลังเข้าร่วมการทดลองครบ 48 ชั่วโมง) ใช้เวลา 15 นาที เป็นการติดตามผลการวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความคับข้องใจในการสื่อสารและแบบสอบถามความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ พร้อมทั้งแจ้งสิ้นสุดการวิจัย จากนั้นกล่าวขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS version 21 ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างของลักษณะส่วนบุคคลที่มีลักษณะข้อมูลนามบัญญัติของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคแสควร์ (Chi-square) และสถิติฟิชเชอร์เอ็กแซคท์ (Fisher’s exact test)

2. ทดสอบกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมอร์นอฟ (Kolmogorov-Smirnov one sample test) พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นการแจกแจงแบบไม่ปกติ จึงเปรียบเทียบค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยสถิติวิลคอกซัน (Wilcoxon Signed Rank test) และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติแมนท์วิทนีย์ ยู (Mann Whitney U test)

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้คือผู้ป่วยใส่ท่อช่วยหายใจในแผนกอายุรกรรมและศัลยกรรมที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 60 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 30 ราย กลุ่มทดลอง จำนวน 30 ราย เมื่อสิ้นสุดการทดลองมีกลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 60 ราย

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 86.70 อายุเฉลี่ย 64.10 ปี (SD=16.42) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.30 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.70 ส่วนมากได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจ ร้อยละ 50.00 รับการรักษาในกลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 80 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว ร้อยละ 76.70 และมีกำลังของกล้ามเนื้อแขนระดับ 5 ร้อยละ 80

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 70.00 อายุเฉลี่ย 61.03 ปี (SD=18.69) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 83.30 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 63.30 ส่วนมากได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ร้อยละ 23.30 รับการรักษาในกลุ่มหอผู้ป่วยอายุรกรรม ร้อยละ 76.70 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้รับยาที่มีผลต่อระดับความรู้สึกตัว ร้อยละ 80.00 และมีกำลังของกล้ามเนื้อแขนระดับ 5 ร้อยละ 93.30 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่แตกต่างกัน (p>.05)

ผลของการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ

1. เปรียบเทียบค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร และความวิตกกังวล ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 1 และค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของกลุ่มควบคุมภายหลังการทดลอง มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n = 30)				
	median	mean rang	IQR	statistic test	p-value
ความคับข้องใจในการสื่อสาร					
ก่อนการทดลอง	575.00	15.50	106.25	-4.787[w]	.001***
หลังการทดลอง	325.00	4.80	156.25		
ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์					
ก่อนการทดลอง	58.00	15.50	4.50	-4.788[w]	.001***
หลังการทดลอง	40.00	5.50	9.00		

หมายเหตุ w = Wilcoxon Signed Rank test, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ภายในกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n = 30)				
	median	mean rang	IQR	statistic test	p-value
ความคับข้องใจในการสื่อสาร					
ก่อนการทดลอง	537.50	5.75	175.00	-4.078[w]	.001***
หลังการทดลอง	612.50	13.63	75.00		
ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์					
ก่อนการทดลอง	59.00	8.36	9.50	-3.444[w]	.001***
หลังการทดลอง	64.50	17.11	6.00		

หมายเหตุ w = Wilcoxon Signed Rank test, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

2. เปรียบเทียบค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (p>.05) แต่ภายหลังการทดลองพบว่าค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสารและความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร และความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังเข้าร่วมการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=30)		กลุ่มควบคุม (n=30)			
	median (IQR)	mean rank	median (IQR)	mean rank	statistic test	p-value
ความคับข้องใจในการสื่อสาร						
ก่อนทดลอง	575.00 (106.25)	34.43	537.00 (175.00)	26.57	332.00[m]	.079
หลังทดลอง	325.00 (156.25)	16.02	612.50 (75.00)	44.98	15.50[m]	.001***
ความวิตกกังวลต่อสถานการณ์						
ก่อนทดลอง	58.00 (4.50)	27.33	59.00 (9.50)	33.67	355.00[m]	.133
หลังทดลอง	40.00 (9.00)	15.50	64.50 (6.00)	45.50	.000[m]	.001***

หมายเหตุ m = Mann Whitney U test, *p<.05, **p<.01, ***p<.001

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าการลดลงของค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความคับข้องใจในการสื่อสาร อาจเนื่องมาจากการได้รับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ ที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการยอมรับนวัตกรรมและเทคโนโลยีของเดวิส (Davis, 1989) โดยมุ่งเน้นการสร้างการรับรู้ประโยชน์และสร้างการรับรู้ความง่ายในการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารผ่านสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลด้วยภาพเคลื่อนไหว ประกอบเสียงบรรยาย รวมทั้งเนื้อหากระชับใช้ระยะเวลาที่สั้น จึงสามารถช่วยดึงดูดให้เกิดความสนใจและสามารถจดจำได้ง่าย จึงเกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Bandura, 1986) โดยสื่อวีดิทัศน์ในการศึกษาครั้งนี้ เรื่อง “เสียงที่โลกไม่ได้ยิน” ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจสาเหตุของการไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูด สื่อวีดิทัศน์เรื่อง “แอปพลิเคชันแตะเสียง” ทำให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงประโยชน์และข้อดีของการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร และสื่อวีดิทัศน์เรื่อง “บอกกันง่ายๆ ไม่ต้องใช้แรงเยอะ” ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจวิธีการใช้งานแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารได้ง่าย

นอกจากนี้ ผู้วิจัยสาธิตการใช้งานแอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร และให้กลุ่มตัวอย่างสาธิตย้อนกลับช่วยให้กลุ่มตัวอย่างได้ใช้ประสาทสัมผัสทางการได้ยิน การมองเห็นและการสัมผัส ซึ่งสามารถช่วยให้เกิดการรับรู้และการเรียนรู้ได้ดีกว่าการใช้ประสาทสัมผัสทางการรับฟังการอธิบายเพียงทางเดียว (Bandura & Walters, 1977) ทำให้เกิดการรับรู้ถึงการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ความง่ายในการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ จึงเกิดความตั้งใจในการใช้งาน และเกิดพฤติกรรมการใช้งาน (Rahimi, Nadri, Lotfnezhad Afshar, & Timpka, 2018) อีกทั้งแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อความและข้อความเสียงพร้อมทั้งรูปภาพประกอบ สามารถสื่อสารบอกความต้องการด้วยการแตะข้อความที่มีขนาดตัวอักษร Angsana New 26 pt. และรูปภาพมีขนาดใหญ่ มีสีสันน่าดึงดูด ทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุสามารถอ่านข้อความที่ต้องการได้ง่ายและใช้งานได้สะดวก (Kitsripisarn, & Peepratoom, Puributr, 2012) และเมื่อผู้ป่วยแตะข้อความความต้องการผ่านแท็บเล็ตจะมีเสียงดังที่เครื่องแท็บเล็ตและในเคาน์เตอร์พยาบาล ทำให้พยาบาลทราบความต้องการได้ทันที ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างว่า“หน้าจอสัมผัสของเครื่องใหญ่ แตะได้ง่าย เวลาอยากขอความช่วยเหลือจากพยาบาล แค่แตะบอกพยาบาลจะเข้าใจสิ่งที่ตาบอก” ดังการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างต้องการสื่อสารความต้องการด้านเพื่อการดำรงชีวิตอยู่มากที่สุด โดยข้อความที่แตะสื่อสารมากที่สุด คือ เหนื่อยหายใจไม่ออก ช่วยดูดเสมหะให้หน่อย ช่วยพลิกตะแคงตัวหน่อย เป็นต้น

การวิจัยครั้งนี้มีการติดตามประเมินผลเพื่อสอบถามปัญหาอุปสรรค และให้แรงเสริมเชิงบวกในการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสาร หลังเข้าร่วมการทดลองครบ 4, 6 และ 24 ชั่วโมง เนื่องจากการติดตามปัญหาของผู้ป่วยและแนะนำในการแก้ไขปัญหา เน้นย้ำการปฏิบัติที่

ถูกต้องร่วมกับการเสริมแรงบวกอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ต้องการไว้ได้ นั่นคือการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารในระหว่างการใส่ท่อช่วยหายใจ (Pankasikorn, & Kitsripisarn, 2020) ทำให้สามารถสื่อสารบอกความคิด ความรู้สึก และความต้องการกับพยาบาล ญาติผู้ดูแล และทีมสุขภาพได้ ส่งผลให้ลดความรู้สึกอึดอัด หงุดหงิด กระวนกระวายใจจากการไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้

เมื่อพิจารณาถึงความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ การลดลงของค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างได้รับ การส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับสาเหตุแรกของความวิตกกังวลต่อสถานการณ์คือการได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ โดยการศึกษาครั้งนี้มีการให้ข้อมูลผ่านสื่อวีดิทัศน์อธิบายเกี่ยวกับสาเหตุและความจำเป็นในการใส่ท่อช่วยหายใจ และผลกระทบจากการใส่ท่อช่วยหายใจที่ทำให้ไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ ข้อมูลเหล่านี้อธิบายให้สั้น กระชับ นอกจากนี้มีภาพการ์ตูนเคลื่อนไหว ส่งผลให้เกิดการเรียนรู้และสามารถมองเห็นภาพของสถานการณ์ที่กำลังเผชิญได้ดีมากขึ้น ส่งเสริมการรับรู้และความสามารถในการประเมินและคาดการณ์สถานการณ์ที่กำลังเผชิญได้ดีมากขึ้น ทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจและลำดับความคิดในการเผชิญกับสถานการณ์ ส่งผลให้เพิ่มความสามารถควบคุมความคิดในการรับมือกับสถานกาณ์ได้ดี จึงทำให้ค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลง (Tou, Tou, Mah, Karatassas, & Hewett, 2013)

การไม่สามารถสื่อสารด้วยคำพูดได้ ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารบอกความคิด ความรู้สึก และความต้องการที่จำเป็นได้ เป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยประเมินสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งคุกคามที่อาจจะทำให้เกิดอันตรายกับตนเองได้ และไม่สามารถลำดับความคิดในการควบคุมสถานการณ์ได้เมื่อเผชิญกับสถานการณ์ (Spielberger et al., 1983) การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างได้รับการส่งเสริมการใช้แอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ โดยมีการให้ข้อมูลขั้นตอนการใช้งานแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารผ่านสื่อวีดิ-ทัศน์ ส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงประโยชน์และความง่ายในการใช้งานแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารผ่านสื่อวีดิทัศน์ที่มีภาพเคลื่อนไหว และเสียงบรรยายประกอบ จึงเกิดความมั่นใจว่าตนเองยังมีความสามารถเพียงพอที่จะสื่อสารได้ อาจทำให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ดีมากขึ้น และแปลความหมายสถานการณ์ที่เกิดขึ้นเป็นมุมมองเชิงบวก นอกจากนี้ การติดตามประเมินผลเพื่อสอบถามปัญหาหรืออุปสรรค และให้แรงเสริมเชิงบวกในการใช้งานแอป-พลิเคชันช่วยสื่อสาร ทำให้ผู้ป่วยได้รับแรงกระตุ้นจากภายนอก และค่อยๆ เกิดแรงจูงใจภายในต่อการใช้งานอย่างต่อเนื่อง (Maclean, Pound, Wolfe, & Rudd, 2002) จึงมีการลดลงของค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลของกลุ่มทดลอง

ประเด็นสุดท้ายคือ การที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาในหอผู้ป่วย เนื่องจากบรรยากาศในหอผู้ป่วยที่ไม่คุ้นเคย เช่น มีแสงสว่างมากเกินไป ผู้ป่วยทุกรายมีการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตามร่างกายเพื่อติดตามสัญญาณชีพ เป็นสิ่งกระตุ้นทำให้ผู้ป่วยเกิดความไม่สบายใจ ความรู้สึกหวาดหวั่นได้ (Choi et al., 2016) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วย ความจำเป็นของการการติดอุปกรณ์ติดตามสัญญาณชีพตามร่างกาย ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริงและจัดการอารมณ์ตนเองได้ (Gottschalk & Domschke, 2017) จึงทำให้ความรู้สึกคาดการณ์ถึงผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นขณะได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยซึ่งเป็นบรรยากาศที่ไม่คุ้นเคยลดลง จึงอาจมีผลทำให้ความวิตกกังวลของกลุ่มทดลองลดลง จึงส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าอันดับคะแนนเฉลี่ยของความวิตกกังวลน้อยกว่ากลุ่มควบคุมตามมา

ข้อเสนอแนะในกาทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการส่งเสริมการใช้แอปพลิ-เคชันช่วยสื่อสารความต้องการในผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถถอดท่อช่วยหายใจในระยะเวลา 48 ชั่วโมง หรือผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอช่วยหายใจ ร่วมกับการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงคุณภาพภายหลังการถอดท่อช่วยหายใจถึงความต้องการในการสื่อสารเพิ่มเติมรวมทั้งวิธีในการจัดการลดความคับข้องใจและความวิตกกังวล

2. ควรพัฒนาแอปพลิเคชันช่วยสื่อสารความต้องการ ให้มีความครอบคลุมความต้องการด้านอื่น ๆ และมีข้อความความต้องการมากขึ้น

References

Bandura, A., (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Prentice-Hall.

Bandura, A., & Walters, R. H. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Chan-ui, P., Thaniwattananon, P., & Petpichetchian, W. (2010). Effects of communication card on received care based on needs and perceived communication frustration in endotracheal intubated patients. *Journal of Nursing Science and Health, 33*(3), 1-11. (in Thai)

Choi, J., Tate, J. A., Rogers, M. A., Donahoe, M. P., & Hoffman, L. A. (2016). Depressive symptoms and anxiety in intensive care unit (ICU) survivors after ICU discharge. Heart & lung: *The Journal of Critical Care, 45*(2), 140-146.

Davis, F. D. (1989). Perceived usefulness, perceived ease of use, and user acceptance of information technology. *MIS Quarterly, 13*(3), 319-340.

Gaudel, P., & Bai, J. (2017). Effectiveness of communication board on communication and level of frustration among mechanically ventilated post cardiothoracic surgery patients. *International Journal of Current Advanced Research, 6*(3), 2980-2986.

Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2017). Genetics of generalized anxiety disorder and related traits. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 19*(2), 159-168.

Holm, A., & Dreyer, P. (2018). Use of communication tools for mechanically ventilated patients in the intensive care unit. *Computers, Informatics, Nursing: CIN*, *36*(8), 398–405.

Javier, A., & Moral, P. G. (2012). Effectiveness of touchscreen device (iPad) as communication tool for intubated patients admitted at the University of Santo Tomas Hospital. *European Respiratory Journal, 40*(56), P2003.

Kitsripisarn, S., & Peepratoom, B., Puributr, C. (2012). Perceptions and needs for necessary knowledge about self care among patients with one day cataract surgery and caregivers. *Thai Science and Technology Journal, 20*(5), 437-448. (in Thai)

Koszalinski, R. S., Tappen, R. M., Melhuish, T., & Grumme, V. (2017). Evaluation of a novel communication application from nurses' perspectives. *Computers, Informatics, Nursing, 35*(6), 300-306.

Liu, J. J., Chou, F. H., & Yeh, S. H. (2009). Basic needs and their predictors for intubated patients in surgical intensive care units. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, *38*(3), 208–216.

Maclean, N., Pound, P., Wolfe, C., & Rudd, A. (2002). The concept of patient motivation: A qualitative analysis of stroke professionals' attitudes. *Stroke, 33*(2), 444-448.

Margret, G. (2016). *The effectiveness of vidatak-ez board on anxiety and frustration among mechanically ventilated patients in Ganga Hospital, Coimbatore* (Doctoral dissertation). Cherraan's College of Nursing, Coimbatore.

Merilainen, M., Kyngas, H., & Ala-Kokko, T. (2013). Patients' interactions in an intensive care unit and their memories of intensive care: A mixed method study. *Intensive and Critical Care Nursing Journal, 29*(2), 78-87.

Nieuwboer, M. S., Perry, M., van der Sande, R., Maassen, I., Olde Rikkert, M. G. M., & van der Marck, M. A. (2018). Identification of influencing factors and strategies to improve communication between

general practitioners and community nurses: A qualitative focus group study. *Family Practice, 35*(5), 619-625.

Otuzoglu, M., & Karahan, A. (2014). Determining the effectiveness of illustrated communication material for communication with intubated patients at an intensive care unit. *International Journal of Nursing Practice, 20*(5), 490-498.

Pankasikorn, P., & Kitsripisarn, S. (2020). Benefits of a self-care-promoting programme for cataract surgery patients' knowledge and self-care behaviour. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council, 35*(4), 84-98. (in Thai)

Pukkaeraka, W., Wongpiriyayotha, A., Wongpanara, N., & Suwunat, N. (2013). Effects of communication with handheld computer on satisfaction in communication among endotracheal intubation patients. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division, 31*(2), 72-79. (in Thai)

Rahimi, B., Nadri, H., Lotfnezhad Afshar, H., & Timpka, T. (2018). A Systematic Review of the technology acceptance model in health informatics. *Applied Clinical Informatics, 9*(3), 604-634.

Rodrigues, I. T., & Martinho, C. (2016). Communication of mechanically ventilated patients in intensive care units. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 28*(1), 132-140.

Spielberger, C. D. (1989). *State-trait anxiety inventory: Bibliography* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait inventory*. Mind Garden, Palo Alto, CA, USA.

Tou, S., Tou, W., Mah, D., Karatassas, A., & Hewett, P. (2013). Effect of preoperative two-dimensional animation information on perioperative anxiety and knowledge retention in patients undergoing bowel surgery: A randomized pilot study. *International Journal of Colorectal Disease, 15*(5), 256-265.

Wu, R. T., Yang, J. F., Zucconi, W., Lacadie, C., Swallow, M. S., Sun, A. H., . . . Persing, J. A. (2019). Frustration and emotional regulation in nonsyndromic craniosynostosis. *Plastic and Reconstructive Surgery, 144*(6), 1371-1383.

Yura, H., & Walsh, M. B. (1983). *Human needs* 3 *and the nursing process.* New York: Appleton-Century-Crofts.

ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

Symptom Experiences and Abdominal Pain Management in Post Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography Patients

สายฝน	ไทยประดิษฐ์*	Saifon	Thaipradit*
อุมา	จันทวิเศษ**	Uma	Juntawises**
กัลยา	จรินทรานนท์***	Kallaya	Charintranont**

บทคัดย่อ

อาการปวดท้องหลังการส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangiopancreatography: ERCP) พบได้บ่อยและทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุบัติการณ์อาการปวดท้อง ประสบการณ์อาการปวดท้อง และวิธีการจัดการอาการปวดท้องในผู้ป่วยหลังทำ ERCP ทั้งแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา รวมถึงผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้อง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยหลังได้รับการทำ ERCP ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมจำนวน 90 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 5 ส่วน ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลสุขภาพ 2) ประสบการณ์การจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP แบบไม่ใช้ยาและผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดท้อง 3) แบบบันทึกระดับความรุนแรง และความถี่ของอาการปวดท้อง 4) แบบบันทึกภาวะสุขภาพหลังทำ ERCP 5) แบบบันทึกการบรรเทาความปวดท้องแบบใช้ยาและผลลัพธ์หลังทำ ERCP วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า

1. อุบัติการณ์อาการปวดท้องหลังทำ ERCP คิดเป็น ร้อยละ 42.22

2. ประสบการณ์อาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP มีความรุนแรงระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 20 รองลงมาปวดระดับรุนแรงมาก ร้อยละ 13.33 และปวดท้องรุนแรงน้อย ร้อยละ 8.89 ส่วนความถี่ของอาการปวดท้องพบปวดนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 50 ปวดเกือบตลอดเวลา ร้อยละ 18.42 และปวดตลอดเวลา ร้อยละ 18.42 ปวดบางครั้ง ร้อยละ 13.16

3. วิธีการจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP พบว่า

3.1 ผู้ป่วยจัดการอาการปวดท้องโดยวิธีการใช้ยาผสมผสานกับวิธีการไม่ใช้ยาคิดเป็นร้อยละ 57.89 ยาที่ใช้มากที่สุดได้แก่ Fentanyl, Morphine, pethidine และยากลุ่ม non-opioid

3.2 ผู้ป่วยจัดการอาการปวดท้องโดยวิธีไม่ใช้ยาเพียงอย่างเดียวพบ ร้อยละ 42.11 โดยเทคนิคที่ใช้มากที่สุดคือ การประคับประคองด้านจิตใจ และการนอนนิ่งๆ รองลงมาคือ ลูบบริเวณที่ปวดและใช้เทคนิคผ่อนคลาย

4. ผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP พบว่า

4.1 ผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้องโดยการใช้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา paracetamol, pethidine และผู้ป่วยที่ได้รับยาร่วมกันมากกว่า 1 ชนิดได้ผลทุกครั้งร้อยละ 100 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยา fentanyl ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 92.30 ได้รับยา morphine ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 80

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา e-mail: saifonthaipradit@gmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

วันที่รับบทความ 1 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 16 พฤศจิกายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 2 ธันวาคม 2564

4.2 ผลลัพธ์การจัดการอาการปวดโดยไม่ใช้ยา พบว่า การประคับประคองด้านจิตใจได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 75 การใช้มือลูบบริเวณที่ปวดได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 55 และการนอนนิ่งๆ ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 41.70

ผลการวิจัยครั้งนี้เสนอแนะให้นำผลการวิจัยที่ได้ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องหลังทำ ERCP เพื่อพัฒนาคุณภาพการจัดการความปวดของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

คำสำคัญ: ประสบการณ์อาการปวดท้อง การจัดการอาการปวดท้อง การส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน

Abstract

Abdominal pain is the most common post endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP), resulting in suffering. This descriptive research aimed to study the incidence of abdominal pain in patients who have done ERCP, and explored the experience with abdominal pain management by pharmacological method and non-pharmacological method, including their outcomes. The samples consisted of 90 patients who have done the ERCP in internal medicine ward and surgical ward. The research instrument were five questionnaire consisting of 1) general information and medical data. 2) non-pharmacological management of abdominal pain after ERCP and outcomes 3) severity and frequency of abdominal pain 4) Health status post ERCP 5) Pharmacological pain management and outcome post ERCP. Data analysis were performed by descriptive statistics. The results showed as followed.

1. The incidence rate of abdominal pain after ERCP was 42.22 %

2. The severity of pain were moderate, severe pain, and mild in 20.00%, 13.33% and 8.89%, respectively. The frequency of abdominal pain were rarely pain, almost always pain, full time and sometime pain in 50% ,18.42%,18.42% and 13.16%, respectively.

3. The abdominal pain managements in patients after ERCP showed as follow,

3.1 Pharmacological and non-pharmacological method was 57.89 %.
Fentanyl was used the most and then morphine, pethidine and non-opioid respectively.

3.2 The patients who use only non-pharmacological method were 42.11%. The most used technique were psychological support and lying still., followed by stroking the pain area and relaxation techniques.

4. The results of abdominal pain managements for post ERCP patients showed as follow,

4.1 The result of pharmacological and non-pharmacological method showed that the patients received paracetamol, pethidine and patients who received more than one combination drug were 100% effectively. The patient received fentanyl and morphine wear 92.30% and 80.% effectively respectively

* Corresponding Author, Registered Nurse, Songkhla Nakarin Hospital, Songkhla Province; e-mail: saifonthaipradit@gmail.com

** Registered Nurse, Songkhla Nakarin Hospital, Songkhla Province

Received 1 October 2021; Revised 16 November 2021; Accepted 2 December 2021

4.2 The result of non-pharmacological methods showed that psychological support was 75% effectively, followed by stroking the pain area and lying still in 55%, and 41.70% effectively, respectively.

The results of this research suggest that nursing care programs for patients with abdominal pain post ERCP should be developed for effective nursing care in the future.

Keywords: Experience abdominal pain, Abdominal pain management, Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (endoscopic retrograde cholangiopancreatography [ERCP]) คือ หัตถการการส่องกล้องโดยใช้เครื่องเอกซเรย์ฟลูโอโรสโคป (fluoroscopy) ร่วมกับการฉีดสารทึบแสง เพื่อตรวจวินิจฉัยหรือรักษาโรคระบบท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อน (Meseeha & Attia, 2021) สถิติโรงพยาบาลสงขลานครินทร์พบว่า มีผู้ป่วยที่มารับบริการทำ ERCP เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2557, 2558 และ 2559 มีจำนวน 725, 742 และ 762 ราย ตามลำดับ (Nanthana-Krienngkrai Chotiwatanaphan Institute of Gastroenterology and Hepatology, 2017) สอดคล้องกับสถิติของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า มีผู้ป่วยโรคนิ่วในท่อน้ำดีที่มารับการรักษาโดยวิธีการ ERCP มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นกันโดยปี พ.ศ. 2549, 2550 และ 2551 จำนวน 585, 711 และ 763 ราย ตามลำดับ (Tapsoowan, 2016)

ถึงแม้หัตถการ ERCP จะถูกนำมาใช้ในการวินิจฉัยหรือรักษาโรคระบบทางเดินน้ำดีและตับอ่อนมากขึ้นแต่ด้วยวิธีการที่ใช้ในขณะทำหัตถการอาจส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ ที่พบได้บ่อยคือ ตับอ่อนอักเสบเฉียบพลัน (acute pancreatitis) ท่อน้ำดีอักเสบเฉียบพลัน (acute cholangitis) ลมในช่องท้องจากการใส่ก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ขณะฟลูโอโรสโคป (air insufflation) ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบกับอาการปวดท้อง แน่นอืดท้องหลังการทำ ERCP ได้ มีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันหลังทำ ERCP มีร้อยละ 2.1 ถึง 24.4 (Tryliskyy & Bryce, 2018) และยังมีการศึกษาพบว่าอุบัติการณ์การเกิดท่อทางเดินน้ำดีอักเสบหลังการทำ ERCP ร้อยละ 2.4 (Chen et at., 2018) จากการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ปี 2559 พบว่า หลังการทำ ERCP ผู้ป่วยร้อยละ 30 มีอาการปวดท้อง (Statistical Medicine Unit, 2017) และจากประสบการณ์การทำงานพบว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยวิธี ERCP มีความรุนแรงของอาการปวดท้องตั้งแต่เล็กน้อยถึงมาก รายที่ปวดมากบางรายแสดงอาการทุกข์ทรมาน นอนบิดไปมาบนเตียง บางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าวกับญาติ เนื่องจากความปวดมีผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ป่วยก่อให้เกิดความรู้สึกทุกข์ทรมาน (Soowit, Panasakulkan, & Muksiritipanun, 2015) ซึ่งโดยทั่วไปมักพบว่าผู้ป่วยจะแสวงหาวิธีการจัดการกับอาการปวดที่เกิดขึ้นสอดคล้องกับแนวคิดการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ที่อธิบายว่าเมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการ (symptom experiences) จะมีการรับรู้ ประเมินอาการที่เกิดขึ้นตามมิติความถี่และความรุนแรง นำไปสู่การแสวงหากลวิธีกาจัดการกับอาการ (symptom management strategies) ซึ่งอาจเป็นการใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการโดยบุคลากรทางการแพทย์ หรือผู้ป่วยจัดการอาการด้วยตัวเองโดยการไม่ใช้ยา และนำไปสู่การประเมินผลลัพธ์ของการจัดการอาการนั้น

จากการทบทวนการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิธีการจัดการเพื่อบรรเทาอาการปวดท้องหลังทำ ERCP พบว่าส่วนใหญ่จะเป็นการจัดการความปวดแบบใช้ยาที่มีความหลากหลายโดยบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาพบว่า ไม่มีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยหลังทำ ERCP แต่เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการปวดแบบเฉียบพลัน ซึ่งวิธีการที่ใช้ได้แก่ การฝังเข็ม การนวด กายภาพบำบัด การใช้เทคนิคผ่อนคลายทางกายและจิต การพัฒนาสุขภาพจิตวิญญาณ อารมณ์ และความคิด สามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้ (Pimvara, 2015) สำหรับการจัดการอาการปวดท้องจากภาวะตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันมีคำแนะนำว่าท่าที่ช่วยบรรเทาความรุนแรงของอาการปวดคือ การนั่งงอตัว

(Atchalanan, 2021) ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับอุบัติการณ์อาการปวดท้อง ประสบการณ์การจัดการอาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP เพื่อนำข้อมูลที่ได้รับมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างโปรแกรมการจัดการอาการปวดท้องภายหลังทำ ERCP ให้มีความเฉพาะกับผู้ป่วยและสามารถใช้ได้จริง เหมาะสมและสอดคล้องกับผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการปวดท้องและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. อุบัติการณ์อาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP
2. ประสบการณ์อาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP
3. วิธีการจัดการอาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP
4. ผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการจัดการอาการของ ดอดด์ และคณะ (Dodd et al., 2001) ประกอบด้วย 3 แนวคิด คือ 1) ประสบการณ์การมีอาการ (symptom experiences) 2) วิธีการจัดการอาการ (symptom management strategies) และ 3) ผลลัพธ์ของการจัดการอาการ (out comes) ผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดนี้มาเป็นแนวทางในการศึกษาโดยเมื่อผู้ป่วยมีประสบการณ์อาการปวดท้องหลังทำ ERCP จะประเมินอาการที่เกิดขึ้นโดยรายงานเป็นความถี่ ความรุนแรงของอาการปวดท้อง และเมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าอาการที่ประสบอยู่นั้นรบกวนต่อการดำรงชีวิตประจำวัน จึงนำไปสู่การแสวงหากลวิธีในการจัดการอาการและประเมินผลลัพธ์ของกลวิธีที่ใช้ในการจัดการอาการ ได้แก่ การคงอยู่ หายไป หรือลดลงของอาการปวดท้องหลังทำ ERCP

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยหลังได้รับการทำ ERCP และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรม โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จังหวัดสงขลา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย ในช่วงเดือนกันยายน พ.ศ. 2561 ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการทำ ERCP ไม่เกิน 48 ชม. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้เข้าใจ ไม่มีภาวะหายใจเหนื่อยหอบ ยินดีเข้าร่วมการวิจัย กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการประมาณค่าสัดส่วนโดยใช้สูตร (Ngamjarus & Chongsuvivatwong, 2014)

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \; p(1-p)}{d^2}$$

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2$ = ช่วงความเชื่อมั่น 95% = 1.959964

p = จากสถิติปี พศ. 2559 ผู้ป่วยส่องกล้องท่อทางเดินน้ำดีและตับอ่อนที่หอผู้ป่วยอายุรกรรมทั่วไป โรงพยาบาลสงขลานครินทร์มีอาการปวดท้องหลังส่องกล้องคิดเป็นร้อยละ 30 = 0.30

d = allowable error ความคาดเคลื่อนของค่าประมาณที่ผู้วิจัยยอมรับได้ 10%

n = 81 คน

เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 10% จึงได้กลุ่มตัวอย่างการวิจัยจำนวน 90 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 5 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปและภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย ประสบ การณ์ทำ ERCP ประสบการณ์การจัดการอาการปวดท้องก่อนทำ ERCP ระหว่างอยู่บ้าน โรคประจำตัว โรคร่วมและความพิการ มีทั้งหมด 15 ข้อ

ชุดที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลประสบการณ์การจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP แบบไม่ใช้ยาและผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดท้องของผู้ป่วย

ชุดที่ 3 แบบบันทึกระดับความรุนแรงและความถี่ของอาการปวดท้องหลังทำ ERCP ของผู้ป่วย

ชุดที่ 4 แบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพและภาวะแทรกซ้อนหลังทำ ERCP

ชุดที่ 5 แบบบันทึกข้อมูลการบรรเทาอาการปวดท้องแบบใช้ยา และผลลัพธ์ของผู้ป่วยหลังทำ ERCP

เครื่องมือทุกชุดตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 และหาความเที่ยงโดย test- retest ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.0

การพิทักษ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่โครงการ REC 61-171-15-7 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธได้โดยไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับ และถามความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างเต็มใจจึงให้ลงนามแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังได้รับอนุญาตให้เข้าเก็บข้อมูลได้ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล ผู้ตรวจการพยาบาล แผนกอายุรกรรม และศัลยกรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งแนะนำตนเองและผู้ช่วยวิจัยกับพยาบาลแต่ละหอผู้ป่วยจำนวน 13 หอผู้ป่วย ซึ่งขั้นตอนการวิจัยประกอบด้วยการ 3 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การเตรียมผู้ช่วยวิจัยผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้ช่วยวิจัย 3 ท่าน ซึ่งทำหน้าที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและขั้นตอนการวิจัยเพื่อให้ความเข้าใจตรงกัน และให้ผู้ช่วยวิจัยทดลองใช้เครื่องมือสำหรับการวิจัยกับผู้ป่วยหลังทำ ERCP จำนวน 3 ราย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและมีทักษะในการเก็บข้อมูลอย่างแม่นยำ

2. การเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว ขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยโดยให้กรอกแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อน ทำการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติในประเด็นของการได้รับยาแก้ปวด ตรวจสอบความถี่ของอาการปวดท้องจากแบบบันทึกสัญญาณชีพ สอบถามประสบการณ์อาการปวดท้อง การจัดการอาการปวดท้องแบบไม่ใช้ยาหลังได้รับการทำ ERCR ภายใน 24 -48 ชั่วโมง พร้อมทั้งชี้แจงกลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมกรณีมีข้อสงสัยในการตอบแบบสอบถาม

3. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน 90 ชุดตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถาม พร้อมทั้งนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ผลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 63.89 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.33 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 85.56 จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.11 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.33 กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 28.94 มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มโรคตับอ่อนอักเสบและท่อน้ำดีอักเสบ กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการทำ ERCP จากบุคคลที่รู้จักที่เคยมีประสบการณ์ทำ ERCP มาก่อน ร้อยละ 12.2 โดยส่วนใหญ่ได้รับการทำ ERCP เป็นครั้งแรก ร้อยละ 55.56 กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์อาการปวดท้องก่อนทำ ERCP ร้อยละ 58.89 ซึ่งส่วนใหญ่มีเทคนิคในการจัดการอาการปวดท้องขณะอยู่บ้าน ร้อยละ 57.80 ประกอบด้วย การใช้มือลูบท้อง การนั่งหรือนอนงอตัว การเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ การเล่นโทรศัพท์ การประคบอุ่น การประคบเย็น และทายาหม่องบริเวณท้องเมื่อปวด เป็นต้น

ส่วนที่ 2 อุบัติการณ์อาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP

อุบัติการณ์อาการปวดท้องของกลุ่มตัวอย่างภายหลังทำ ERCP 24 ชั่วโมง พบร้อยละ 42.22 เป็นเพศชาย ร้อยละ 57.89 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 42.11

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์อาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP

ประสบการณ์อาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP พบว่า ความรุนแรงอาการปวดท้องอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนความปวดเท่ากับ 4-6 คะแนน) มากที่สุด ร้อยละ 20 รองลงมาปวดระดับรุนแรงมาก

(คะแนนความปวดเท่ากับ 7-10 คะแนน) ร้อยละ 13.33 และปวดท้องรุนแรงน้อย (คะแนนความปวดเท่ากับ 1-3 คะแนน) ร้อยละ 8.89 สำหรับความถี่ของอาการพบว่าส่วนใหญ่มีอาการปวดนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 50 ปวดเกือบตลอดเวลา ร้อยละ 18.42 และตลอดเวลา ร้อยละ 18.42 และบางครั้ง ร้อยละ 13.16 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 วิธีการจัดการอาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP

วิธีการจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP ของกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้ยามีจำนวน ร้อยละ 57.89 (22 ราย) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้วิธีการจัดการอาการปวดโดยการใช้ยาทั้ง 22 ราย มีการจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาร่วมด้วย ซึ่งยาที่ผู้ป่วยได้รับ คือ Fentanyl มากที่สุด ร้อยละ 57.69 รองลงมา ได้แก่ Morphine ร้อยละ 23.08 pethidine ร้อยละ 3.85 และกลุ่ม non-opioid ได้แก่ anxiety remedy, paracetamol ร้อยละ 15.39

วิธีการจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP โดยการไม่ใช้ยาเพียงอย่างเดียวมีร้อยละ 42.11 (16 ราย) ประกอบด้วย การประคับประคองด้านจิตใจ และการนอนนิ่งๆ ร้อยละ 75 รองลงมาคือ ใช้มือลูบบริเวณที่ปวดและใช้เทคนิคผ่อนคลาย ร้อยละ 68.75 การนอนหรือนั่งลักษณะงอตัวเข่าชิดอก ร้อยละ 56.25 การเบี่ยงเบนความสนใจการใช้สมาธิ/สวดมนต์ ร้อยละ 37.5 และการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ การดูโทรทัศน์ ร้อยละ 25 นอกจากนี้ยังมีการนำเทคนิคต่าง ๆ เช่น การถูนวดบริเวณหลัง การคิดถึงบุตรซึ่งเป็นบุคคลที่สำคัญที่สุดในชีวิต การทำจิตใจให้แจ่มใส มาใช้ในการบรรเทาอาการปวดร่วมด้วย

ส่วนที่ 5 ผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 22 ราย มีการจัดการอาการปวดโดยการใช้ยาผสมผสานการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาร่วม ผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดท้องโดยใช้ยาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา paracetamol, pethidine ผู้ป่วยที่ได้รับยาร่วมกัน 2 ชนิด (fentanyl กับ gabapentin) และผู้ป่วยที่ได้รับยาร่วมกัน 5 ชนิด (fentanyl, morphine, clonazepam, nortriptyline และ gabapentin ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 100 ส่วนผู้ป่วยที่ได้รับยา fentanyl ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 92.30 และผู้ป่วยที่ได้รับยา morphine ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 80 (ตารางที่ 1)

ผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP โดยไม่ใช้ยา พบว่า การประคับประคองด้านจิตใจได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 75 การใช้มือลูบบริเวณที่ปวดได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 55 และการนอนนิ่งๆ ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 41.70 นั่งงอตัวเข่าชิดอกและการเบี่ยงเบนความสนใจ/ใช้สมาธิได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 33.30 เทคนิคการหายใจผ่อนคลายได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 27 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP โดยการใช้ยา (n=22 ราย)

ชนิดยาที่ผู้ป่วยได้รับ	ผลลัพธ์การจัดการความปวด	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
Paracetamol (n=1)	- ไม่ได้ผล	-	-
	- ได้ผลบางครั้ง	-	-
	- ได้ผลทุกครั้ง	1	100
Morphine (n=5)	-ไม่ได้ผล	-	-
	-ได้ผลบางครั้ง	1	20
	-ได้ผลทุกครั้ง	4	80
Fentanyl (n=13)	-ไม่ได้ผล	-	-
	- ได้ผลบางครั้ง	1	7.69
	- ได้ผลทุกครั้ง	12	92.30
Pethidine (n=1)	- ไม่ได้ผล	-	-
	- ได้ผลบางครั้ง	-	-
	- ได้ผลทุกครั้ง	1	100
ยามากกว่า 1 ชนิด (n=2)	- ไม่ได้ผล	-	-
1. Fentanyl และ	- ได้ผลบางครั้ง	-	-
Gabapentin (n=1)	- ได้ผลทุกครั้ง	1	100
2. Fentanyl, Morphine,	- ไม่ได้ผล	-	-
Clonazepam,	- ได้ผลบางครั้ง	-	-
Nortriptyline และ	- ได้ผลทุกครั้ง	1	100
Gabapentin (n=1)			

หมายเหตุ กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการบรรเทาปวดโดยใช้ยามีการใช้วิธีการบรรเทาปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาร่วมด้วยทุกราย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP การไม่ใช้ยา (n=16)

วิธีการจัดการความปวด	ผลลัพธ์การจัดการความปวด	จำนวนผู้ป่วย(ราย)	ร้อยละ
การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สมาธิ/	- ได้ผลบางครั้ง	4	66.60
สวดมนต์ (n=6)	- ได้ผลทุกครั้ง	2	33.30
การฟังดนตรี (n=2)	- ได้ผลบางครั้ง	1	50
	- ได้ผลทุกครั้ง	1	50
การใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่าง ๆ (n=4)	- ได้ผลบางครั้ง	2	50
	- ได้ผลทุกครั้ง	2	50
การประคับประคองด้านจิตใจ (n=12)	- ไม่ได้ผล	1	8.30
	- ได้ผลบางครั้ง	2	16.70
	- ได้ผลทุกครั้ง	9	75
ลูบบริเวณที่ปวด (n=11)	- ไม่ได้ผล	3	27
	- ได้ผลบางครั้ง	2	18

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของผลลัพธ์การจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP การไม่ใช้ยา (n=16)

วิธีการจัดการความปวด	ผลลัพธ์การจัดการความปวด	จำนวนผู้ป่วย(ราย)	ร้อยละ
	- ได้ผลทุกครั้ง	6	55
เทคนิคการหายใจผ่อนคลายหายใจช้า ๆ ลึก ๆ (n=11)	- ไม่ได้ผล	2	18
	- ได้ผลบางครั้ง	6	55
	- ได้ผลทุกครั้ง	3	27
นอนนิ่ง ๆ/เคลื่อนไหวร่างกายน้อย ๆ (n=12)	- ได้ผลบางครั้ง	7	58.30
	- ได้ผลทุกครั้ง	5	41.70
การนั่งลักษณะงอตัว เข่าชิดอก (n=9)	- ไม่ได้ผล	2	22.20
	- ได้ผลบางครั้ง	4	44.4
	- ได้ผลทุกครั้ง	3	33.30

หมายเหตุ ผู้ป่วยบางรายใช้วิธีการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาหลายวิธีร่วมกัน

การอภิปรายผล

อภิปรายผลแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 อุบัติการณ์อาการปวดท้องหลังทำ ERCP ร้อยละ 42.22 ซึ่งสูงกว่าการศึกษาของเฉิน, เจิ้ง, เฉา, เย่า, หวาง, และโจว (Chen, Zheng, Cao, Yao, Wang, & Zou, 2020) ที่ศึกษาผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องภายหลังทำ ERCP ของผู้ป่วยจำนวน 616 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องหลังทำ ERCP ร้อยละ 15.59 โดยแยกเป็นผู้ป่วยที่ปวดท้องโดยไม่มีภาวะตับอ่อนอักเสบจำนวน ร้อยละ 8.28 และมีผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องหลังทำ ERCP ที่มีภาวะตับอ่อนอักเสบจำนวน ร้อยละ 7.31 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีภาวะโรคตับอ่อนอักเสบและท่อน้ำดีอักเสบเดิม ร้อยละ 28.94 (11 ราย) ซึ่งอาการปวดท้องเป็นอาการสำคัญอย่างหนึ่งในผู้ป่วยที่มีภาวะตับอ่อนอักเสบและท่อน้ำดีอักเสบ (Manoharan, Srivastava, Gupta, & Madhusudhan, 2019)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์อาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP ในมิติความรุนแรงและความถี่ของอาการ ความรุนแรงของอาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 20 และความถี่ของอาการปวดท้องพบว่าส่วนใหญ่มีอาการปวดนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 50 ผู้ป่วยที่มีตับอ่อนอักเสบมักมีอาการปวดท้องรุนแรงร้าวไปหลัง และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญหลังทำ ERCP คือภาวะตับอ่อนอักเสบ

มีการศึกษาอุบัติการณ์การเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบหลังทำ ERCP พบร้อยละ 9.7 ซึ่งมักมีความปวดระดับรุนแรง (Kochar et al., 2015) ส่วนความถี่ของอาการปวดท้องในกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้ส่วนใหญ่ปวดนาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 50 อาจเนื่องจากผู้ป่วยทั้งหมดไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนหลังทำ ERCP ส่วนในรายที่ปวดตลอดเวลา ร้อยละ 18.42 (7 ราย) โดยกลุ่มตัวอย่างทั้ง 7 รายมีอาการปวดเดิมก่อนทำหัตถการและมีประสบการณ์การความปวดระดับรุนแรง ร้อยละ 71.43 (5 ราย) ปวดปานกลาง ร้อยละ 28.57 (2 ราย) จากการศึกษาเรื่องความถี่และความรุนแรงของอาการปวดท้องหลังทำ ERCP ยังไม่พบที่มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้ป่วยที่มีอาการปวดท้องหลังทำ ERCP

ส่วนที่ 3 วิธีการจัดการอาการปวดท้องของผู้ป่วยหลังทำ ERCP และผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดท้องหลังทำ ERCP กลุ่มตัวอย่างมีการจัดการความปวดโดยวิธีการใช้ยาจำนวน 22 ราย ซึ่งผสมผสานการจัดการความปวดโดยไม่ใช้ยาร่วมด้วยทั้ง 22 ราย ยาที่ได้รับมากที่สุดคือ Fentanyl รองลงมา ได้แก่ Morphine, pethidine และ paracetamol ซึ่งผลลัพธ์ของการจัดการอาการปวดท้องโดยใช้ยาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยา fentanyl ได้ผลทุกครั้ง ร้อยละ 92.30 และผู้ป่วยที่ได้รับยา morphine ได้ผลทุกครั้งร้อยละ 80 กลุ่มตัวอย่างมีการใช้ยา fentanyl มากที่สุดเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความปวดระดับปานกลาง รองลงมาคือระดับมาก fentanyl เป็นยาในกลุ่ม synthetic phenylpiperidine-

derivative opioid agonist ออกฤทธิ์โดยจับกับ mu (μ) receptors เป็นหลักที่บริเวณสมองและไขสันหลังทำให้บรรเทาอาการปวดได้ ยาเริ่มออกฤทธิ์ทันทีหลังฉีดเข้าหลอดเลือดดำ ช่วงเวลาออกฤทธิ์ 0.5-1 ชั่วโมง เหมาะในการใช้กับผู้ป่วยที่ปวดระดับปานกลางถึงมาก (Thai National Formulary, 2015) การศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของปิลันยา พิมพาวะ (Pimvara, 2015) พบว่าการจัดการอาการปวดอย่างเฉียบพลันมีทั้งโดยใช้ยา ได้แก่ การใช้ยาพาราเซตามอล ยากลุ่ม N-SAID และยากลุ่ม opioid รวมถึงการบรรเทาปวดโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การฟังเข็ม การนวด กายภาพบำบัด การใช้เทคนิคผ่อนคลายทางกายและจิต การพัฒนาสุขภาพจิตวิญญาณ อารมณ์ และความคิด สามารถช่วยบรรเทาอาการปวดได้

การจัดการอาการปวดโดยวิธีไม่ใช้ยาซึ่งวิธีการที่ใช้มากที่สุดคือ การประคับประคองด้านจิตใจ และการนอนนิ่งๆ ร้อยละ 75 รองลงมาคือ ใช้มือลูบบริเวณที่ปวดและใช้เทคนิคผ่อนคลาย ร้อยละ 68.75 การนอนหรือนั่งลักษณะงอตัวเข่าชิดอก ร้อยละ 56.25 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑารัตน์ สว่างชัย และศรีสุดา งามขำ (Sawangchai & Ngamkham, 2017) พบว่าสิ่งที่ทำให้ความปวดของผู้ป่วยหลังผ่าตัดช่องท้องเพิ่มขึ้น คือ การขยับตัว ลุกนั่งหรือพลิกตะแคงตัว ร้อยละ 78.00 มีการใช้เทคนิคนอนนิ่ง ๆ หายใจลึก ๆ ช้า ๆ ร้อยละ 57.00 ซึ่งทำให้ความปวดลดลง ส่วนการนวดหรือการสัมผัสเป็นการกระตุ้นเส้นประสาทขนาดใหญ่ทั้งเอ เบต้า และเอ อัลฟ่า ส่งผลให้ยับยั้งการส่งข้อมูลความปวดของเอสจีเซล (SG cell) ไปยังทีเซล (T cell) ที่ไขสันหลัง เป็นการปิดประตูการส่งสัญญาณความปวดไปสู่สมองได้ (Melzack & wall, 1965) การใช้เทคนิคผ่อนคลายช่วยลดความเครียด ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ และทำให้หลั่งเอนโดฟิน ซึ่งเอนโดฟินถูกสังเคราะห์โดยต่อม pituitary ไปจับกับ opioid receptor ช่วยบรรเทาอาการปวด (Sprouse-Blum, Smith, Sugai, & Parsa, 2010)

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าอุบัติการณ์อาการปวดท้องหลังทำ ERCP พบมาก ร้อยละ 42.22 ส่วนใหญ่อาการปวดมีความรุนแรงระดับปานกลาง และปวดนาน ๆ ครั้ง กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความปวดทั้งการใช้ยาร่วมกับการไม่ใช้ยา และมีการจัดการอาการปวดแบบไม่ใช้ยาเพียงอย่างเดียวตามประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ซึ่งวิธีการที่ใช้มากและได้ผลลัพธ์ดี คือ การประคับประคองด้านจิตใจ และการนอนนิ่งๆ รองลงมาคือ ใช้มือลูบบริเวณที่ปวดและใช้เทคนิคผ่อนคลายการนอนหรือนั่งลักษณะงอตัวเข่าชิดอก ซึ่งพยาบาลสามารถนำวิธีนี้ไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาคุณภาพการจัดการอาการปวดท้องของผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ทีมสุขภาพควรมีการประเมินความปวดผู้ป่วยหลังทำ ERCP ตามมาตรฐาน ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่อาจเพิ่มความปวดในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ความยากง่ายในการทำหัตถการภาวะแทรกซ้อน ประสบการณ์ความปวดของผู้ป่วย และเลือกวิธีการจัดการความปวดให้เหมาะแต่ละบุคคลตามความรุนแรงความปวด ประสบการณ์ของผู้ป่วยในการบรรเทาอาการปวดด้วยตนเอง และชี้แนะวิธีการจัดการความปวดที่ผู้ป่วยรายอื่น ๆ ใช้ได้ผลเพื่อให้ผู้ป่วยประยุกต์ใช้

2. การจัดการความปวดไม่ใช้ยา เช่น การประคับประคองด้านจิตใจ การนอนนิ่ง ๆ การใช้มือลูบบริเวณที่ปวด การนอนหรือนั่งลักษณะงอตัวเข่าชิดอก การเบี่ยงเบนความสนใจ เป็นวิธีการที่ช่วยลดความปวดได้ โดยใช้เวลาสอนผู้ป่วยเพียงเล็กน้อยและให้ฝึกทำบ่อย ๆ พยาบาลและญาติควรสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้การจัดการความปวดไม่ใช้ยาร่วมด้วยเมื่อมีอาการปวด

3. ทีมสุขภาพควรนำผลการวิจัยไปพัฒนาการสร้างแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ ERCP เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการจัดการความปวดในผู้ป่วยกลุ่มนี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเก็บข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้แก่ serum amylase และ lipase ผลอัลตร้าซาวด์ หรือผลการเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ท้องร่วมด้วยเพื่อพิจารณาสาเหตุของอาการปวดท้องจากภาวะตับอ่อนอักเสบ และควรศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะตับอ่อนอักเสบหลังการทำ ERCP เพิ่มเติมได้แก่ ภาวะอ้วน โรคตับแข็ง ไวรัสตับอักเสบ รูท่อทางเดินน้ำดีทำงานไม่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งปัจจัยความยากง่ายของการทำ ERCP เป็นต้น

2.ควรมีการนำผลงานวิจัยที่ได้ไปวิเคราะห์หรือสังเคราะห์พร้อมทั้งศึกษาเพิ่มเติมในประเด็นเกี่ยวข้องกับความสร้างเป็นโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการทำ ERCP และนำมาทำวิจัยต่อยอดต่อไป

References

Atchalanan, N. (2021*). Approach to patient with acute pancreatitis*. (in Thai) Retrieved from https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/Approach to patient with acute pancreatitis.pdf

Chen, M., Wang, L., Wang, U., Wei, W., Yao, YL., Ling, TS., ..., Zou, XP. (2018). Risk factor analysis of post-ercp cholangitis: A single-center experience. *Hepatobiliary & pancreatic diseases international. 17*(1). 55-58. doi: org/10.1016/j.hbpd.2018.01.002

Chen, M., Zheng, R., Cao, J., Yao, YL., Wang, L., & Zou, XP. (2020). *Risk factors for post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography abdominal pain in patients without post-ERCP pancreatitis*.1-15. doi:10.21203/rs.3.rs-40959/v1

Dodd, M., Janson, S., Facion, N., Faucett, J., Froelicher, E.S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advance the science of symptom management. *Journal of advance nursing, 33*(5), 668-676.

Kochar, B., Akshintala, V. S., Afghani, E., Elmunzer, B. J., Kim, K. J., Lennon, A. M., ... Sing, V. K. (2015). Incidence, severity, and mortality of post-ercp pancreatitis: A systematic review by using randomized, controlled trials. *Gastrointestinal endoscopy, 81*(1), 143–149.

Manoharan, D., Srivastava, D. N., Gupta, A. K., & Madhusudhan, K. S. (2019). Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: An imaging review. *Abdominal Radiology New York, 44*(6), 2205-2216.

Melzack, R., & Wall, D. P. (1965). *Pain mechanism: A new theory*. Retrieved from http://pcpr.pitt.edu/wp-content/uploads/2018/01/Melzack-Wall.pdf

Meseeha, M., & Attia, M. (2021). *Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography.* Retrieved from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493160/

Nanthana – Krienngkrai Chotiwatanaphan Institute of Gastroenterology and Hepatology. (2017*). Statistics for ercp preparation*. Songkhla: Songkhla Nakarin Hospital. (in Thai)

Ngamjarus, C. & Chongsuvivatwong, V. (2014). *N4studies: Sample size and power calculations for iOS.* The Golden Jubilee Ph.D. Program, The Thailand Research Fund & Prince of Songkla University. (In Thai)

Pimvara, P. (2015). *How to manage acute pain.* (in Thai) Retrieved from https://heritage.eau.ac.th/sci_journal/PDF/HeritageJournal/Heritage-9-02-58-Science.pdf

Sawangchai, J., & Ngamkham, S. (2017). Postoperative pain in patients after abdominal surgery at Sawanpracharak Hospital. *Journal of Health Science Research, 11* (special issues), 1-11. (in Thai)

Soowit, B., Panasakulkan, S., & Muksiritipanun, B. (2015). The assessment of the suffering symptoms in palliative care patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*. *35*(1), 153-64. (in Thai)

Sprouse-Blum, A. S., Smith, G., Sugai, D., & Parsa, F. D. (2010). Understanding endorphins and their importance in pain management. *Hawaii Medical Journal, 69*(3), 70–71.

Statistical Medicine Unit. (2017). *Statistics for ercp preparation*. Songkhla: Songkhla Nakarin Hospital. (in Thai)

Tapsoowan, A. (2016). *Nursing care for patients with common bile duct stone undergoing endoscopic retrograde cholangiopancreatography.* Retrieved from https://www2.si.mahidol.ac.th/division/nursing/sins/attachments/article/229/A nursing guide for patients with bile duct stones undergoing endoscopic examination of the bile duct and pancreas.pdf. (in Thai)

Thai National Formulary. (2015). *Anesthetics and pain medication*. (in Thai) Retrieved from http://202.28.95.4/pharmacy/myfile/1_anesthetics_and_pain_medication_0.pdf

Tryliskyy, Y., & Bryce, G, J. (2018). Post-ercp pancreatitis: Pathophysiology, early identification and risk stratification. *Advances in Clinical and Experimental Medicine. 27*(1). 149-154. doi: 10.17219/acem/66773

ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก*

Transition Experience of Liver Cancer and Cholangiocarcinoma Patients after Receiving First Invasive Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage*

ขนิษฐา	รัตนกัลยา**	Kanittha	Rattanakanlaya**
นัทธมน	วุทธานนท์ ***	Nuttamon	Vuttanon ***
ลลิดา	นพคุณ****	Lalida	Noppakun****
วันทนีย์	แสงวัฒนะรัตน์*****	Wantanee	Sangwattanarat*****
นงนุช	บุญอยู่*****	Nongnuch	Boonyu*****

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก จำนวน 10 คน คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษาพบว่าการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก สรุปได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ความตึงเครียดทางอารมณ์ ประกอบด้วย กลัวสายหลุด กังวลกับการดูแลตนเอง และท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ 2) ชีวิตการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป ประกอบด้วย ทำงานไม่ได้ และขาดรายได้ 3) ยอมรับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย ปฏิบัติตามแผนการรักษาแพทย์และดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และ 4) มีความหวังในชีวิต ผลการศึกษานี้ทำให้เข้าใจการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก ซึ่งสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยเพื่อเข้าสู่การเปลี่ยนผ่านประสบการณ์ใหม่ได้อย่างราบรื่น

คำสำคัญ: การเปลี่ยนผ่าน มะเร็งตับ มะเร็งท่อน้ำดี การใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี

* งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยภายใต้งานวิจัยเรื่องความพร้อมในการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี: การศึกษาแบบผสานวิธี

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail:kanittha.r@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

****อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*****พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 6 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 29 ธันวาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 24 มกราคม 2565

Abstract

The purpose of this descriptive qualitative study was to describe the transition experiences of liver cancer and cholangiocarcinoma patients after their first experience of invasive percutaneous transhepatic biliary drainage. Ten liver cancer and cholangiocarcinoma patients, having received their first invasive percutaneous transhepatic biliary drainage, participated in this study with purposive sampling used to select the participants. Data were collected by in-depth interviews and were analyzed using thematic analysis.

The findings of this study consisted of four major themes: 1) emotional distress, including fear of tube disconnection, worry about taking care of oneself, feeling discouraged, and thinking about giving up on life; 2) changes in work life, including being unemployed and lack of income; 3) acceptance of illness, including treatment compliance and practice more self care; and 4) being hopful.

The findings of this study reveal an understanding of the transition experiences of liver cancer and cholangiocarcinoma patients after receiving their first invasive percutaneous transhepatic biliary drainage. This can be used as basic information for nurses to prepare patients for a smooth transition through new experiences.

Keywords: Transition, Liver cancer, Cholangiocarcinoma Percutaneous transhepatic biliary drainage procedure

*This research was a part of the study entitled “Readiness for hospital discharge in liver cancer and cholangiocarcinoma patients post invasive percutaneous transhepatic biliary drainage: A mixed methods study”

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

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

**** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

***** Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Received 6 November 2021; Revised 29 November 2021; Accepted 24 January 2022

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือของประเทศไทย ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติพบว่าโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองรองจากมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักและมีแนวโน้มของการเกิดโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดีพบว่าเพิ่มสูงขึ้น(Cancer registry unit, Information Technology Division, National Cancer Institute, 2019) การใส่สายเพื่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี (Percutaneous transhepatic biliary drainage) เป็นวิธีการรักษาที่พบได้บ่อยและนิยมเลือกใช้ในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีในกรณีที่ไม่สามารถผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกได้ เนื่องจากอยู่ในระยะลุกลามแล้ว โดยเป็นการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Chen et al., 2020) อย่างไรก็ตามวิธีการใส่สายเพื่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีภายใต้เทคโนโลยีทางรังสีวิทยาอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังทำในระยะแรกได้เช่น ปวด การมีเลือดออกพบได้ 25% การติดเชื้อ พบได้ 19% และอาจพบอาการคลื่นไส้ อาเจียน น้ำดีรั่ว ตลอดจนถึงภาวะช็อค (Jiang & Jiang, 2020) นอกจากนี้ภาวะแทรกซ้อนที่อาจตามมาได้ภายหลังเช่น ภาวะเลือดออกโดยผ่านออกทางเดินน้ำดี (hemobilia) ตับอ่อนอักเสบ (acute pancreatitis) สายหรือขดลวดค้ำยันหัก (Venkatanarasimha et al., 2017) เป็นต้น

การใส่สายเพื่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีในผู้ป่วยมะเร็งตับทางเดินน้ำดีเป็นการเปลี่ยนผ่านของชีวิต โดยที่การเปลี่ยนผ่านเป็นกระบวนการเคลื่อนที่ผ่านจากจุดหนึ่งหรือสภาวะหนึ่งไปสู่จุดหนึ่ง (Chick & Meleis, 1986) หรืออีกสภาวะของชีวิตโดยเริ่มต้นจากการที่บุคคลรับรู้ว่าชีวิตและความเป็นอยู่ในรูปแบบเดิมได้สิ้นสุดลงแล้ว ตามมาด้วยช่วงเวลาที่บุคคลพยายามปรับตัวให้อยู่ในสภาพปกติ และนำไปสู่สภาวะใหม่ที่บุคคลพร้อมยอมรับและแสดงบทบาทใหม่ การเปลี่ยนผ่านตามภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นการเปลี่ยนผ่านที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย อันมีผลต่อบุคคลและครอบครัว เช่น การผ่าตัด การเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง การหย่าเครื่องช่วยหายใจ การเริ่มรับประทานอาหารทางปากภายหลังจากที่ต้องให้อาหารทางสายยางมาเป็นเวลานาน และการเปลี่ยนแปลงจากการรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน (Schumacher & Meleis, 1994)

การใส่สายเพื่อระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีในผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีครั้งแรกเป็นประสบการณ์ที่มีความสำคัญต่อหนทางการเรียนรู้ไปสู่บทบาทใหม่ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายเพิ่มขึ้นนอกเหนือไปจากตาตัวเหลือง มีไข้ ปวดท้องคันตามผิวหนัง เช่น มีสายท่อระบายน้ำดีติดตัวตลอดเวลา ส่วนด้านจิตใจ ได้แก่ ความเครียดภายหลังรับฟังคำแนะนำการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ความวิตกกังวลในการจัดการตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ป่วยโรคดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุซึ่งง่ายต่อการเกิดอารมณ์ในด้านลบ เช่น ความกลัว (Fear) และความวิตกกังวล (anxiety) หากผู้ป่วยไม่ข้ามผ่านประสบการณ์นี้ได้ ก็จะทำเกิดความยากลำบากในการปรับตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ต้องเผชิญกับสิ่งเร้าที่ไม่สามารถจัดการได้เอง ซึ่งทำให้เกิดปัญหาอุปสรรคระหว่างฟื้นสภาพเมื่ออยู่ที่บ้าน ส่งต่อผลสุขภาพของผู้ป่วยทำให้บางรายอาจต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล (readmission) ก่อนกำหนดที่นัดไว้ ส่งผลให้มีอัตราการป่วยและอัตราการตายเพิ่มขึ้น (Jiang & Jiang, 2020) ในทางกลับกันหากผู้ป่วยสามารถข้ามผ่านประสบการณ์นี้ได้สำเร็จ จะทำให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านให้ประสบผลสำเร็จ (Camicia, & Lutz, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมจากต่างประเทศเกี่ยวกับการศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยพบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้น (Kristensen et al., 2019) และการศึกษาในประเทศไทยพบว่ามีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด (Kaewrat, Chaiaroon & Wisestrith, 2017) และผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด (Numsang, Kurat, Baothong, Somboonkit, & Supanyabut, 2018)

ซึ่งผลการศึกษาส่วนใหญ่สะท้อนถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบทางกายภาพและความรู้สึกที่เกิดขึ้นที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยและการรักษา สำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ใส่สายระบายน้ำดีผ่านผิวหนังในประเทศไทยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาของ สุรีย์พร ปุญญกริยากร (Punyagariyagorn, 2013) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการศึกษาของ ระพีพรรณ ทะนันไชย และทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ (Tananchai & Choowattanapakorn, 2018) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกัน ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดีในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สมปอง พะลุมลิลา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ, และวรรษมน ปาพรม (Pamulila, Sangchart, & Paprom, 2019) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว พบประเด็นที่สำคัญได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ปัญหาและความต้องการการดูแล และปัจจัยเงื่อนไขการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าจะมีการศึกษาในผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ใส่สายระบายน้ำดีผ่านผิวหนังและประสบการณ์การดูแลตนเองมาแล้ว แต่ยังไม่อาจอธิบายประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรกได้ ซึ่งประสบการณ์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังนั้นมีความแตกต่างกัน รวมทั้งการรักษา การได้รับการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว สังคมและระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกัน การใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรกนั้น ถือว่าเป็นการเปลี่ยนผ่านประสบการณ์ชีวิตที่สำคัญของผู้ป่วยมะเร็งตับท่อน้ำดี การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีผ่านประสบการณ์ไปได้อย่างราบรื่นจึงเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดี จึงต้องมีความเข้าใจประสบการณ์เหล่านั้นของผู้ป่วย การศึกษาถึงประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึกตามประสบการณ์จริงของผู้ป่วยที่จะทำให้ผู้วิจัยเข้าใจความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยตรง ซึ่งไม่สามารถหาได้จากงานวิจัยเชิงปริมาณได้ และข้อมูลที่ได้จะเป็นพื้นฐาน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยอย่างแท้จริงและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนาเพื่อศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก ณ หอผู้ป่วยศัลยกรรมชายและศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป สามารถสื่อสารพูดภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมในการวิจัย และได้รับการยินยอมจากแพทย์ผู้รักษาให้เข้าร่วมงานวิจัยได้ รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 10 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือผู้วิจัยเนื่องจากผู้วิจัยจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อให้การศึกษาเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และผลวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือ โดยผู้วิจัยผ่านการศึกษางานวิจัยเชิงคุณภาพและฝึกทักษะการวิจัยเชิงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) เทป

บันทึกเสียง และอุปกรณ์จดบันทึก 2) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล เช่น เพศ อายุ อาชีพ และระดับการศึกษา เป็นต้น และ 3) แนวคำถามในการสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามกึ่งโครงสร้างและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านเป็นแนวคำถามปลายเปิด เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และครอบคลุมประเด็นที่ต้องการศึกษา

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2562-079 และได้รับอนุมัติ เมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2562 ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยมีการแนะนำตัวอธิบายวัตถุประสงค์ รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย และผู้วิจัย เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับโดยเก็บไว้ในตู้ที่มีปิดกุญแจตลอดเวลา โดยผู้วิจัยเผยแพร่ข้อมูลในภาพรวม ที่สำคัญคือ ผู้ให้ข้อมูลยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้ มีการเซ็นยินยอมเข้าร่วมวิจัย และผู้ให้ข้อมูลสามารถขอยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากโครงการวิจัยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากหน่วยงานที่ศึกษาแล้วผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยติดต่อกับพยาบาลเพื่อคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากนั้นติดต่อผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้แนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียด และขั้นตอนต่าง ๆ ของการวิจัย เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เลือกวัน เวลา ในการสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยขออนุญาตทำการบันทึกการสัมภาษณ์ โดยใช้เทปบันทึกเสียง ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล จนได้ข้อมูลซ้ำ ๆ ไม่มีประเด็นอื่นเพิ่มเติม แสดงถึงว่าข้อมูลอิ่มตัว (Saturation of data) ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการสัมภาษณ์จะใช้เวลาประมาณ 30-50 นาที จากนั้นผู้วิจัยถอดเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ และอ่านข้อความเพื่อตรวจสอบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลของงานวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) ตามแนวทางของ ไรอัน และเบอร์นาร์ด (Ryan & Bernard, 2003) ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1) อ่านข้อความที่ได้จากการถอดเทป บันทึกเสียงแบบคำต่อคำและข้อมูลเอกสารทั้งหมด ขั้นที่ 2) กำหนดดัชนีและให้รหัสข้อมูลขั้นที่ 3) จำแนกดัชนีและจัดหมวดหมู่ข้อมูล ขั้นที่ 4) ตีความเนื้อหาและพิจารณาแก่นสาระหลัก และ ย่อย ขั้นที่ 5) สร้างข้อสรุปภายใต้คำถามการวิจัย และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยวิธีของ ลินคอล์น และ กูบา (Lincoln & Guba, 1985) โดยผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้ 1) ความเชื่อถือได้ (credibility) ผู้วิจัยดำเนินการเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์จริง มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีก่อนการสัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจพร้อมที่จะถ่ายทอดประสบการณ์ให้ฟังนอกจากนั้น ในระหว่างการทำวิจัยผู้วิจัยได้มีการสะท้อนคิด (critical reflection) เพื่อทำการตรวจสอบความคิด ความรู้สึกที่เกิดขึ้นในขณะเก็บข้อมูล และมีการยืนยันข้อมูล (member checking) ระหว่างที่มีการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยสรุปการสัมภาษณ์แต่ละครั้งแล้วให้ผู้ให้ข้อมูลยืนยันและเพิ่มเติมในส่วนที่ไม่ชัดเจน 2) การถ่ายโอนงานวิจัย (transferability) ผู้วิจัยเขียนบรรยายลักษณะของการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจและสามารถประยุกต์ใช้ข้อค้นพบครั้งนี้ได้ในผู้ให้ข้อมูลที่มีลักษณะและอยู่ในบริบทที่คล้ายคลึงกัน 3) การพึ่งพาเกณฑ์อื่นได้ (dependability) ผู้วิจัยเขียนขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิเคราะห์ข้อมูล และการสรุปผลการวิจัยอย่างละเอียดเพื่อผู้อ่านให้เข้าใจและสามารถตรวจสอบได้ 4) การยืนยันผลการวิจัย (confirmability) โดยทีมผู้วิจัยร่วมกันตรวจสอบข้อมูลเป็นระยะอย่างต่อเนื่องในทุกขั้นตอนของกระบวนการวิจัย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก เป็นเพศชาย 6 ราย (60%) และเพศหญิง 4 ราย (40%) อายุระหว่าง 48–80 ปี อายุเฉลี่ย 61.5 ปี (S.D. = 9.77) นับถือศาสนาพุทธ (100%) ไม่ได้ประกอบอาชีพ (50%) ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (80%)

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและทางเดินน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก แบ่งได้เป็น 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ความตึงเครียดทางอารมณ์ 2) ชีวิตการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป 3) ยอมรับความเจ็บป่วย และ 4) มีความหวังในชีวิต โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประเด็นหลักที่ 1 ความตึงเครียดทางอารมณ์ เนื่องจากเป็นประสบการณ์ครั้งแรก ยังไม่คุ้นเคย เนื่องจากเป็นสิ่งที่ยังไม่เคยเกิดขึ้น มองว่าสายท่อระบายเป็นสิ่งที่เพิ่มเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดภาวะทางอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้เกิดมีพฤติกรรม เช่น กลัวสายระบายน้ำดีหลุด กังวลกับการดูแลตนเอง และท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่

1.1 กลัวสายหลุดผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าสายท่อระบายเป็นสิ่งที่เพิ่มเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ซึ่งยังไม่มีประสบการณ์มาก่อน จึงทำให้มีความกลัวว่าสายจะเคลื่อน/หลุดจะทำให้เกิดปัญหาตามมาได้ เช่น การคั่งของน้ำดีและจะต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อทำการใส่สายระบายใหม่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“รู้สึกอึดอัดหน่อย มันไม่เหมือนกับโล่งธรรมดา แล้วก็กลัวมันเคลื่อนท่อนี้นะ (สายPTBD) อย่างเวลาที่เราเปลี่ยนผ้าเปลี่ยนอะไรอย่างนี้ ...กลัวจะเกี่ยวกับเสื้อผ้า ... อย่าให้หลานมาใกล้มาก ๆ กลัวหลานมาเหยียบสาย เราต้องระมัดระวังเนื้อตัว มาเหยียบสาย เรื่องเล็กจะเป็นเรื่องใหญ่ ถ้าสายมันหลุดถ้าน้ำดีล้นลงมามันจะอันตราย หมอได้เจาะอีก” (IDP8)

“มันไม่ใช่ใส่แค่ครึ่งเดือน อันนี้น่าจะใส่นานหลายเดือนอยู่มั้ง แต่พอใส่สาย (สายPTBD) หลายเดือนไปมันจะทำไม่ค่อยได้ระวังสาย หละหลวมในการดูแลหรือระมัดระวัง จนทำให้สายหลุดได้” (IDP9)

1.2 กังวลกับการดูแลตนเอง จากการรับรู้ถึงภาวะที่ตนเองเผชิญอยู่ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลตระหนักว่าต้องดูแลตนเองเป็นพิเศษไปจากเดิมภายหลังใส่สายระบายน้ำดี และมีหลายประเด็นที่ต้องปฏิบัติเพิ่มเติม เช่น การรับประทานอาหาร อาหารที่ทานได้ อาหารที่ควรงด การดูแลสายระบายน้ำดี การเปลี่ยนสายระบายน้ำดี เป็นต้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลอาจปฏิบัติตัวได้ไม่ครบถ้วนจนเกรงว่าจะมีผลกระทบต่อตัวผู้ให้ข้อมูล จึงทำให้รู้สึกกังวล ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“ผม เมียผม กับหลานผมคนตะกี้ ช่วยกันจำคนละหน่อย ๆ ช่วยกันจำที่หมอสอน (พยาบาล) จะได้ดูแลตนเองให้ถูกต้อง” (IDP9)

“ต้องเปลี่ยนอะไรนะ 10 วัน จำไม่ได้แล้ว ต้องไปทบทวน ข้อมูลเยอะ ข้อมูลที่หมอสอนข้อมูลเกี่ยวกับการที่ต้องทำ (ดูแลตนเอง) เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน” (IDP5)

“เห็นเขากินอะไร เราก็กินไม่ได้ อยากกินอันนั้นที่หวาน ๆ ก็กินไม่ได้ อะไรก็กินไม่ได้ ... กินปลาร้าไม่ได้ เขาไม่ให้กินของดอง หมูส้มของดองทุกอย่างไม่ให้กิน มันไม่ดี มันไม่ได้ เขาบอกว่าอย่างนั้น เราก็เลยกลัวไง แล้วเราจะกินอะไรได้บ้าง” (IDP1)

1.3 ท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการดูแลตนเองภายหลังใส่สายระบายน้ำดีมีหลายประเด็นที่ต้องปฏิบัติ ทำให้ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมและมีข้อจำกัดหลายอย่างที่เกิดจากการรักษาโดยการใส่สายระบายน้ำดีจนทำให้รู้สึกท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

“แต่ว่าเรากลัว ถ้าเราอยู่ไปนาน ๆ ห้ามนู้น ห้ามนี่ อะไรก็ทำไม่ได้ ยายก็จะทนไปจะอยู่ได้กี่ปี บางทียายก็

นึกยายว่าตายไปก็ดี...อยู่กับลูกสะใภ้ ๆ ก็บอกว่าแม่อย่าไปว่าอย่างนั้น แม่อยากตายกินอะไรก็ไม่ได้" (IDP1)

"กลัวมันจะไม่ได้ดี (การใส่สายระบายน้ำดี) มันจะยังไง (การปฏิบัติตนในการดูแลตนเองภายหลังใส่สายระบายน้ำดี) เราจะสู้ไหวไหม....เราจะเหนื่อยไหม ร่างกายเราจะสู้กับโรคนี้ได้นานหรือเปล่า" (IDP5)

ประเด็นหลักที่ 2 ชีวิตการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป การใส่สายเพื่อระบายน้ำดีทำให้ชีวิตการทำงานเปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ให้ข้อมูลต้องทำงานไม่ได้เหมือนเดิมและขาดรายได้จากการทำงาน

2.1 ทำงานไม่ได้ เนื่องจากต้องระมัดระวังตัวเกี่ยวกับการดูแลสายท่อระบายน้ำดีทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการใส่สายระบายน้ำดีอาจเป็นอุปสรรคต่อการทำงานจะทำให้ไม่สามารถทำงานได้เหมือนเดิมดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

"ผมก็ว่าชีวิตมันเปลี่ยนไป เพราะถ้าใส่ไปแล้วเราจะทำงานไม่ค่อยได้แล้ว.....เราก็ไม่ได้ไปทำงานอะไรมากได้ เพราะมันติดอยู่ตรงนี้ (ชี้ไปที่สาย PTBD) เราจะไปทำงานอะไรมากมันก็ไม่ค่อยได้แล้ว" (IDP9)

"ที่ติดตัวนี่แหละ (สายPTBD) ที่กลัวทำ.... ถ้าเกิดสายมันหักขึ้นมาแล้วมันลำบาก...อยู่บ้านก็คงไม่ได้ทำอะไร มันทำงานไม่ได้ มันกลัวอันนี้ (สายPTBD) ไปโดนแล้วหักขึ้นมา" (IDP7)

2.2 ขาดรายได้ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการทำงานไม่ได้หรือมีข้อจำกัดในการทำงานเนื่องจากมีสายท่อระบายน้ำดี ทำให้ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ หรือขาดงานส่งผลให้ขาดรายได้ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

"พ่อท่าจะทำงานไม่ได้แล้ว เดินลงน้ำก็จะไม่ได้ทอดแหหาปลาหากุ้งไม่ได้ ..... การหากินก็จะลำบากอีก เขาให้พักผ่อนเยอะ ๆ สุขภาพเราเพิ่งฟื้น แต่ถ้าพ่อทำงานไม่ได้ มันก็ไม่มีรายได้ ก็กังวลมาก ๆ" (IDP9)

"ลุงเจ็บไปคนหนึ่งงานทุกอย่างชะงักหมด... เป็นทุ่งนา สวน สวนลำใยลุงเหี้ยเบ๊อะเหี้ยเบ๋อ (กระจัดกระจาย)..... จ้างเขาให้มาทำให้ก็อย่างงั้นแหละ ลุงก็คาดหวังในตัวลุง ลุงอยากหาย ลุงต้องกลับมาทำงานให้ได้ ถึงทำได้ไม่มากจะทำ ไม่งั้นมันไม่มีกิน" (IDP8)

ประเด็นหลักที่ 3 ยอมรับความเจ็บป่วย ผู้ให้ข้อมูลจะอยู่กับการรักษาโดยการใส่สายระบายน้ำดีไปตลอดชีวิต ด้วยยอมรับความเจ็บป่วยผู้ให้ข้อมูลจึงต้องปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์และดูแลตนเองเพิ่มขึ้น

3.1 ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ผู้ให้ข้อมูลยอมรับความเจ็บป่วยโดยการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ซึ่งหากปฏิบัติตามจะทำให้มีอาการดีขึ้น เช่น หายจากอาการตาตัวเหลือง หรือบรรเทาจากอาการคันบริเวณผิวหนัง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

"หมอบอกว่าให้รักษาตัวเหลืองก่อน เมื่อตัวเหลืองหายแล้วเรื่องอื่น ๆ เดี๋ยวค่อยมาว่ากัน ให้เอาตัวเหลือง ๆ นี้หายก่อน ... จำเป็นต้องยอม จะทำยังไงกับมัน มันไม่มีทางเลือก" (IDP8)

"ก็ไม่รู้สึกยังไง ก็แบบยอมรับ หมอเขาบอกว่าต้องใส่สายระบายในถุงน้ำดี... มันก็ต้องตามใจหมอเพราะหมอเป็นคนทำ" (IDP2)

"มันเป็นอย่างนี้แล้วเราก็ต้องอดทน อดทนที่ว่าถ้าเราไม่ทำอย่างนี้ (ใส่สาย PTBD) มันก็คัน... มันจะทำยังไงได้ เราเป็นอย่างนี้แล้ว มันก็ต้องปฏิบัติ หมอบอกยังไงเราก็ทำอย่างนั้น เขาบอกว่าต้องเจาะ ถ้าผ่าไม่ได้ต้องเจาะก่อน... อยากให้มันทุเลาลง" (IDP7)

3.2 ดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ผู้ให้ข้อมูลยอมรับความเจ็บป่วยโดยดูแลตนเองเพิ่มขึ้นได้แก่ การรับประทานอาหาร การดูแลแผล การดูแลสายท่อระบายน้ำดีโดยหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะทำให้สายระบายน้ำดีหลุดหรือหัก ทั้งนี้เพื่อให้สามารถใช้ชีวิตต่อไปได้กับการเจ็บป่วยและการรักษาที่ได้รับได้อย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

"กินน้ำเยอะ ๆ จะได้ระบายน้ำดี กินน้ำธรรมดาไม่ใช่น้ำเย็น ถ้ากินน้ำเย็น ร่างกายนี้เลือดมันจะไหลเวียนไม่สะดวก ตาเหลืองนี้เขาบอกให้กินน้ำเยอะ ๆ เดี๋ยวมันก็จะละลายไปจะได้หายเหลือง" (IDP7)

"ไม่ให้แผลถูกน้ำ...เปียกอะไร ทำอะไรให้สะอาดไว้ก่อน เขาไม่ให้มันสกปรก มันจะติดเชื้อ เช็ดรอบ ๆ บริเวณนี้ (ชี้ไปที่สาย PTBD)" (IDP1)

"ต้องทำช่วยเหลือตัวเองให้ได้ก่อน เทถุงน้ำดีคนเดียว การทำความสะอาด ไม่หวังพึ่งคนอื่นแฟนอาจจะวันนี้เลิกงานดึก น้องไม่อยู่ ไม่มีใครดูแล เราต้องทำเองดูแลตนเองแล้วแล้วอันนี้" (IDP5)

"ต้องระมัดระวัง เดี๋ยวสายมันหลุด อย่าให้หลานมาใกล้มาก ๆ กลัวหลานมาเหยียบสาย เราต้องระมัดระวังเนื้อตัว มาเหยียบสาย เรื่องเล็กจะเป็นเรื่องใหญ่ ถ้าสายมันหลุดถ้าน้ำดีล้นลงมามันจะอันตราย หมอได้เจาะอีก" (IDP8)

ประเด็นหลักที่ 4 มีความหวังในชีวิต ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการรักษาที่ได้รับอยู่ในขณะนี้ ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังว่าจะหายจากโรค มีอายุยืนยาว และอยู่กับครอบครัวต่อไปได้อีกนาน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า

"หมอคนที่ทำ ก็บอกว่าทำให้ทำแล้วมันก็จะดี (สุขภาพร่างกาย) หมอว่าดีก็เราก็ว่าดี" (IDP10)

"เขาบอกว่าต้องใส่ท่อน้ำดี.... เอาน้ำดีออก. เขาเป็นหมอก็เชื่อ เขาว่าใส่ถุงระบายน้ำดีก็ใส่ก็ใส่ อยากให้มันหาย เพราะว่ามันคันมาก คันไปทั้งตัวเลย หมอบอกว่าถ้าใส่ถุงเอาน้ำดีออกอาการคันมันจะค่อย ๆ ลดลง" (IDP9)

"มันจะทำยังไงได้ เราเป็นอย่างนี้แล้ว มันก็ต้องปฏิบัติ หมอบอกยังไงเราก็ทำอย่างนั้น เขาบอกว่าต้องเจาะ ถ้าผ่าไม่ได้ ต้องเจาะก่อน... อยากให้มันหาย" (IDP7)

"ใจเราก็อยากให้หายกับหมอ... เราไม่อยากให้เป็นไร ให้หายอยู่ดีสบาย อยากจะอยู่กับลูกกับหลานไปอีกนาน ๆ อีกอย่างหลานก็ยังเล็กอยู่สามขวบกว่าเอง" (IDP8)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก ประกอบไปด้วย ความตึงเครียดทางอารมณ์ ชีวิตการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป ยอมรับความเจ็บป่วยและมีความหวังในชีวิต

1. ความตึงเครียดทางอารมณ์ ผลการวิจัย พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้มีภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นซึ่งเป็นไปในทางลบ เช่น กลัวสายระบายน้ำดีหลุด กังวลกับการดูแลตนเอง และท้อแท้ไม่อยากมีชีวิตอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ คริสเตนเซ่น (Kristensen et al., 2019) ซึ่งศึกษาประสบการณ์การเปลี่ยนผ่านในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ที่ได้รับการรักษาในระยะเริ่มต้น ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยมีความกังวลเกี่ยวกับสถานการณ์และการรักษาที่ได้รับ และกังวลกับเวลาที่จะมีชีวิตเหลืออยู่ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งด้านบวกและด้านลบ และการศึกษาของ เทลลี่ และพิยาลาฐา (Thelly & Priyalatha, 2013) ซึ่งศึกษาประสบการณ์ชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ของร่างกายและภาพลักษณ์ ท้อแท้หมดหนทางจากการมีข้อจำกัดทางร่างกาย เช่น ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เหมือนเคยและต้องพึ่งพาผู้อื่น ความตึงเครียดทางอารมณ์ (ความกลัว ความวิตกกังวล ท้อแท้สิ้นหวัง ความเป็นปรปักษ์) เป็นความรู้สึกทางลบในผู้ป่วยมะเร็งที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งและมากกว่าคนทั่วไป (Pitman et al., 2018) สาเหตุเกิดจากระยะของโรค ชนิดของผู้ป่วย การรักษาที่ได้รับ ผลข้างเคียงของการรักษาและปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตสังคมและสังคม (Hernandez et al., 2013; Dekker et al., 2020) หากปรับตัวไม่ได้จะมีผลทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ได้แก่ รับประทานอาหารได้น้อยหรือมากเกินนอนไม่หลับหรือหลับมากเกิน หนีห่างจากสังคม มีพลังงานน้อยหรือมากพลัง ปวดท้อง ปวดศีรษะ หมดหวัง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ใช้สารเสพติด รู้สึกขาดการสนับสนุนทางสังคม รู้สึกหมดหวัง คิดฆ่าตัวตายหรือฆ่าผู้อื่น (Boonkaew, 2015; Dekker et al., 2020) การที่ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้รับการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีเพื่อระบายน้ำดีในครั้งแรก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เป็นครั้งแรกของชีวิต ภาพลักษณ์ทางกายที่เปลี่ยนไป นอกจากตาตัวเหลืองแล้ว ยังมีสายระบายติดตัว การได้รับคำแนะนำที่พรั่งพรูในการดูแลตนเองเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ที่จะมาดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน บางคนต้องอยู่บ้านคนเดียวไม่มีผู้ดูแล ลูกหลานไปทำงานนอกบ้านกันหมด บางรายขาดทักษะทางการอ่าน การเขียน และการสื่อสาร ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ในการศึกษานี้ระดับ

การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (80%) ปัจจัยเหล่านี้หากมีการจัดการไม่เหมาะสมย่อมทำให้เกิดภาวะตึงเครียดทางอารมณ์จนทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ดังนั้นบุคลากรทีมสุขภาพผู้ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วย ควรให้ความสนใจนอกเหนือจากด้านร่างกายแล้ว อารมณ์และจิตใจก็เป็นสิ่งสำคัญ ที่ควรมีการประเมินและสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีวิธีการจัดการกับอารมณ์ มีการตัดสินใจและดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Dekker et al., 2020; Suthamon, Namvongprom & Pakdevong, 2020)

2. ชีวิตการทำงานที่เปลี่ยนแปลงไป ผลการวิจัยพบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าการใส่สายเพื่อระบายน้ำดีทำให้ชีวิตการทำงานเปลี่ยนแปลงไป เช่น ทำงานไม่ได้และขาดรายได้ และการใส่คาสายระบายน้ำดีไว้ตลอดเวลาเป็นอุปสรรคในการทำงานทำให้ผู้ป่วยต้องระมัดระวังตัวมากขึ้นเพื่อไม่ให้สายเกี่ยวหรือสายหลุด ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่เหมือนเดิม เช่น ไม่สามารถลงน้ำได้เนื่องจากต้องระวังในเรื่องของแผลท่อระบาย การที่ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงหรือทำแบบเดิมไม่ได้เลย จึงส่งผลต่อรายได้ที่จะได้รับลดลงหรือไม่มีรายได้เลย สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี นุ่มแสง และคณะ (Numsang et al., 2018) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษา พบว่าผู้ป่วยได้รับผลกระทบต่อการทำงานไม่สามารถไปทำงานได้ ต้องออกจากงานเนื่องจากไม่สามารถทำงานหนักได้ ต้องการการดูแลจากสังคม การเจ็บป่วยที่เรื้อรังและต้องมีการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อประคับประคองชีวิตนั้น ทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการใช้ชีวิตเพื่อให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น จึงต้องปรับเปลี่ยนการทำงาน หลีกเลี่ยงสิ่งที่จะมากระทบกับการรักษา จึงทำให้มีข้อจำกัดในการทำงาน ซึ่งอาจมีผลต่อภาวะเศรษฐกิจในครอบครัว ความเป็นอยู่ และยังส่งผลให้เกิดต่อสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในทางลบได้ (Shah & Chithra, 2017) ดังนั้นพยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญเหตุการณ์ไปได้อย่างเหมาะสมโดยการได้รับการช่วยเหลือจากคนรอบข้างและบุคลากร แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญด้านหนึ่งของสุขภาพ ซึ่งหากบุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมอย่างเพียงพอจะก่อให้เกิดผลที่ดีต่อสุขภาพและการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยได้

3. ยอมรับความเจ็บป่วย ผลการวิจัย พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้การเจ็บป่วยและยอมรับกับความเจ็บป่วยจึงปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์โดยเห็นว่าการใส่สายระบายน้ำดีจะช่วยจะให้มีอาการดีขึ้น เช่น หายจากอาการตาและตัวเหลือง หรือบรรเทาจากอาการคันบริเวณผิวหนังและสนใจที่จะต้องดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยให้ความสำคัญในการดื่มน้ำมาก ๆ ดูแลแผลไม่ให้เปียกน้ำ หลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่จะทำให้สายระบายน้ำดีหลุดหรือหัก และดูแลสายระบายน้ำดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรี นุ่มแสง และคณะ (Numsang et al., 2018) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พบว่าผู้ป่วยจะดูแลสุขภาพตนเองอย่างเคร่งครัด เพิ่มการรับประทานผักมากขึ้น ดื่มน้ำมากขึ้น งดรับประทานอาหารหมักดอง และดูแลป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด และการศึกษาของ สมปอง พะมุลิลา และคณะ (Pamulila et al., 2020) ศึกษาฉากชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยหรืออนาคตของตนเอง ยอมปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เช่น การทำอาหารรับประทาน การไปตรวจตามนัดของแพทย์ และ การดูแลแผลท่อระบายน้ำดีผ่านทางผิวหนังเพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้นาน ๆ แม้การที่ผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีได้รับการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีเพื่อระบายน้ำดีในครั้งแรก ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์การเปลี่ยนผ่านที่เป็นครั้งแรกของชีวิตก็ตาม แต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยและได้รับการวางแผนการรักษามาล่วงหน้าแล้ว ซึ่งทำให้เกิดการยอมรับความเจ็บป่วยและอยู่กับการเจ็บป่วยนั้นมาช่วงเวลาหนึ่งแล้ว ผู้ป่วยจึงเข้าใจในการดำเนินของโรคและการรักษา ประกอบกับในการศึกษานี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (40%) และนับถือศาสนาพุทธ (100%) โดยผู้สูงอายุในสังคมไทยมีศาสนาพุทธเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจที่สำคัญ โดยหลักคำสอนทางพุทธศาสนาสอนให้เข้าใจในหลักสัจธรรมความไม่เที่ยงของชีวิต ทำให้สามารถยอมรับ ความเจ็บป่วยโดยและ เชื่อในเรื่องของกรรมและผลของการกระทำ ตลอดจนถึง หลักคำสอนยังเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเมื่ออยู่กับ โรคเรื้อรัง

โดยการปล่อยวาง มีสติอยู่กับปัจจุบัน ดำเนินชีวิตยึดทางสายกลางไม่ทำ ผิดศีลและมีเมตตากรุณาและทำบุญ (Piriyakoontorn, Balthip, & Naka, 2014) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ยอมรับความเจ็บป่วยยังแสดงออกถึงความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือโรคที่เป็นอยู่และการรักษาที่ได้รับ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และดูแลตนเองเพื่อให้มีชีวิตอยู่ได้นาน (Lannie & Peelo-Kilroe, 2019; Wolf, Garlid, & Hyrkas, 2018) ซึ่งบุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดำเนินชีวิตไปกับโรคที่เป็นอยู่ได้อย่างมีความสุขต่อไป

4. มีความหวังในชีวิต ผลการวิจัย พบว่าผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าว่าการรักษาที่ได้รับอยู่ในขณะนี้ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังว่าจะหายจากโรคหรือบรรเทาจากความไม่สุขสบายเนื่องจากอาการคันตามผิวหนังและจากการรักษาโดยการใส่สายระบายน้ำดีจะทำให้มีอายุยืนยาวและสามารถอยู่กับครอบครัวต่อไปได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรินทร์ แก้วรัตน์ และคณะ (Kaewrat et al., 2017) ศึกษาประสบการชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ขณะรักษาด้วยเคมีบำบัด และการศึกษาของ พัชรี นุ่มแสง และคณะ (Numsang et al., 2018) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยรับรู้ว่าการรักษาด้วยเคมีบำบัดนั้นทำให้ผู้ป่วยมีความหวังว่าจะก้อนมะเร็งจะยุบลงและยืดชีวิตให้มีเวลาจัดการกับภาระต่าง ๆ เพื่อจะได้มีชีวิตอยู่กับลูกหลานได้ยาวนานขึ้น ความหวังเป็นสิ่งสำคัญที่จะคงไว้ซึ่งความผาสุกทางด้านจิตสังคมและได้รับการยอมรับว่าเป็นวิธีการเผชิญปัญหาสำหรับผู้ป่วยทุกคน การแสดงออกซึ่งการมีความหวังของผู้ป่วย ได้แก่ แสวงหาการรักษาหรือการรักษาทางเลือก รับทราบและเข้าใจในความตายและหวังว่าจะใช้เวลากับคนที่รักให้มีคุณภาพ เป็นต้น นอกจากนี้การที่มีความหวังก็จะเป็นการเพิ่มความสามารถในการรับรู้ ยอมรับและต่อสู้กับความเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย พยาบาลเป็นบุคลากรทีมสุขภาพที่สำคัญในการให้บริการผู้ป่วยและมีบทบาทในการสนับสนุนความหวังของผู้ป่วย ซึ่งกระบวนการที่จะช่วยเพิ่มความหวังให้ผู้ป่วยขึ้นอยู่กับทักษะการสื่อสารของบุคลากรทางการแพทย์และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยซึ่งเป็นสิ่งที่สำคัญมาก การให้ผู้ป่วยมองกลับไปยังอดีตหรือประสบการณ์ที่ผ่านมา การตั้งเป้าหมาย และการเปรียบเทียบกับผู้ป่วยอื่นจนไปถึงการสร้างโปรแกรมส่งเสริมความหวังในผู้ป่วย (Wolf, Garlid, & Hyrkas, 2018) อย่างไรก็ตามผลที่ได้อาจแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ระยะของโรค จำนวนครั้งของการกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล และปฏิกิริยาของบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหลายระดับ แต่ก็ถือว่าเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่จะคงไว้ซึ่งความหวังในขณะที่เผชิญกับกับความไม่แน่นอน (Lannie & Peelo-Kilroe, 2019)

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สะท้อนให้เห็นถึงบริบทของการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรกซึ่งผู้ป่วยต้องข้ามผ่านผลกระทบทางด้านอารมณ์ สังคม จนยอมรับความเจ็บป่วย และเกิดความหวัง ซึ่งสามารถนำไปส่งเสริมให้การเปลี่ยนผ่านประสบผลสำเร็จต่อไปได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคในการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรก

2. ควรมีพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยมะเร็งตับและท่อน้ำดีภายหลังการใส่สายระบายผ่านผิวหนังและเนื้อตับเข้าสู่ท่อน้ำดีครั้งแรกเพื่อส่งเสริมความมั่นใจและความสามารถในการเผชิญปัญหา

References

Boonkaew, N. (2015). Relationships between emotional distress, health literacy, and glycemic control behaviors of the elderly with type 2 diabetes. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 24*(3) ,119 -131. (in Thai)

Camicia, M., & Lutz, B. J. (2016). Nursing's role in successful transitions across settings. *Stroke*, *47*(11), e246–e249. doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.012095

Cancer Registry Unit, Information Technology Division, National Cancer Institute. (2019). *Hospital base cancer registry annual report 2018*. Bangkok: Newthammada Printing.

Chen, G. F., Yu, W. D., Wang, J. R., Qi, F. Z., & Qiu, Y. D. (2020). The methods of preoperative biliary drainage for resectable hilar cholangiocarcinoma patients: A protocol for systematic review and meta analysis. *Medicine (Baltimore), 99*(21), e20237. doi:10.1097/md.0000000000020237

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. In P. L. Chinn (ed.). *Nursing research methodology: Issues and implementation*. Rockville, Md: Aspen.

Dekker, J., Karchoud, J., Braamse, A., Buiting, H., Konings, I., van Linde, M. E., ... Verheul, H. (2020). Clinical management of emotions in patients with cancer: Introducing the approach "emotional support and case finding". *Translational behavioral medicine*, *10*(6), 1399–1405. doi.org/10.1093/tbm/ibaa115

Hernández, M., Cruzado, J. A., Prado, C., Rodríguez, E., Hernández, C., González, M. A., & Martín, J. C. (2013). Mental health and distress in cancer patients. *Psicooncología, 9*, 233–257. doi: 10.5209/rev_PSIC. 2013.v9.n2-3. 40895

Jiang, H., & Jiang, G. (2020). Effects of a preventive nursing model on postoperative nursing and complications after PTBD in hepatobiliary surgery. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine,13*(2), 644-653.

Kaewrat, P., Chaiaroon, W., & Wisestrith, W. (2017). Life experiences of ongoing chemotherapy for colorectal cancer patients. *EAU Heritage Journal Science and Technology*,*11*(1),224-234. (in Thai)

Kristensen, I. V., Rasmussen, B., Livingston, P. M., Meldgaard, A., Zerlang, I., Jensen-Johansen, M. B., & Henriksen, J. (2019). The transitional experience of women with newly diagnosed breast cancer. *Journal of Nursing Education and Practice, 9*(6), 23-31.. doi.org/10.5430/jnep.v9n6p23

Lannie, A., & Peelo-Kilroe, L. (2019). Hope to hope: Experiences of older people with cancer in diverse settings. *European Journal of Oncology Nursing, 40*(1),71-77.

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: SAGE.

Numsang, P., Kurat, S., Baothong, K., Somboonkit, D., & Supanyabut, K. (2018). The life experiences of breast cancer patients who received chemotherapy. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical*, *35*(2), 140-152. (in Thai)

Pamulila, S., Paprom, W., & Wamaloon, C. (2020). Life scenes of patients with cholangio- carcinoma: A case study of one province in the northeast of Thailand. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 21*(3), 86 -97. (in Thai)

Pamulila, S., Sangchart, B., & Paprom, W. (2019). The self-care experience of cholangiocarcinoma patients and families. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University, 21*(1), 146-154. (in Thai)

Piriyakoontorn, S., Balthip, Q., & Naka, K. (2014). Experiences of the rural elderly with chronic illnesses in applying the Buddha's teachings to their life. *Songklanagarind Journal of Nursing, 34*(2), 39-52. (in Thai)

Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *British Medical Journal (Clinical research ed.), 361*(1), k1415. doi.org/10.1136/bmj.k1415

Punyagariyagorn, S. (2013). Factors related to preventive behaviors affecting complications of cholangiocarcinoma's patients after percutaneous transhepatic biliary drainage. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health2, 3(1),*70-79. (in Thai)

Ryan, G. W. & Bernard, H. R. (2003). Techniques to identify themes. *Field Methods, 15*(1), 85–109.

Schumacher, K. L., & Meleis, A. I. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *Journal of Nursing Scholarship, 26*(2)*,* 119-127.

Shah, S. L., & Chithra, K. (2017). Lived experience of patients undergoing hemodialysis. *International Journal of Advanced Research, 5*(4), 1418 – 1426.

Sutharnon, N., Namvongprom, A., & Pakdevong, N. (2020). Distress and quality of life in patients with advanced cancer undergoing chemotherapy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, *40*(1), 58-70. (in Thai)

Tananchai, R. & Choowattanapakorn, T. (2018). The effect of health belief modification program on complications preventing behaviors among older persons with cholangiocarcinoma undertaking percutaneous transhepatic biliary drainage. *Journal of The Police Nurses, 10*(2), 298-307. (in Thai)

Thelly, A. S. & Priyalatha (2013). A qualitative study to assess the lived experience of cancer patients and their family members in a view to develop a palliative care guideline for the nursing personnel at selected hospitals in Bangalore. *International Journal of Nursing Education, 5* (2),7-11. doi.10.5958/j.0974-9357.5.2.055

Venkatanarasimha, N., Damodharan, K., Gogna, A., Leong, S., Too, C. W., Patel, A., ... Irani, F. (2017). Diagnosis and management of complications from percutaneous biliary tract interventions. *Radiographics: A review publication of the Radiological Society of North America, Inc*, *37*(2), 665–680. doi.org/10.1148/rg.2017160159

Wolf, A., Garlid, C. F., & Hyrkas, K. (2018). Physicians' perceptions of hope and how hope informs interactions with patients: A qualitative, exploratory study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine , 35*(7), 993-999.

การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

Development of Discharge Planning Guidelines for Pediatric Patients with Cancer Receiving Chemotherapy, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

ยสวันต์	รอดอารีย์*	Yotsawan	Rodaree*
วรรณิตา	สอนกองแดง***	Wannita	Sonkongdang***
อสมา	อรุณฤทธิเดชา**	Asama	Arunritthidecha**
พรรณี	เร่งรัด**	Pannee	Rengrad**
สุทัตตา	วงค์คม**	Sutadta	Wongkom**
ลลิตา	สาธิตสมิตพงษ์****	Lalita	Sathitsamitphong****

บทคัดย่อ

การวางแผนจำหน่ายมีความสำคัญต่อการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย ศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติมาใช้ และศึกษาความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติของพยาบาลและผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 12 ราย และผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด จำนวน 10 ราย ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2564 แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่ 1) แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น 2) คู่มือการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3) สื่อการสอนในรูปแบบมัลติมีเดียในการป้องกันการติดเชื้อ มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่และค่าเฉลี่ย

ผลการศึกษา พบว่ามีความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายมาใช้ พยาบาลเห็นด้วยต่อการนำแนวปฏิบัติไปใช้อยู่ในระดับปานกลางถึงมากค่าเฉลี่ย 2.89 ผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจโดยรวมระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 4.4 และพยาบาลมีความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก คะแนนเฉลี่ย 4.52

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีความเป็นไปในการนำมาใช้ในทางปฏิบัติ ซึ่งสามารถนำไปวิจัยต่อเพื่อศึกษาผลของการนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไปใช้

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย เด็กป่วยโรคมะเร็ง แนวปฏิบัติ เคมีบำบัด

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ e mail: dedi_cm@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** อาจารย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 27 ตุลาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 21 ธันวาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 25 มกราคม 2565

Abstract

Discharge planning is important for the care of pediatric patients with cancer receiving chemotherapy. The purposes of this research were to develop discharge planning guidelines for pediatric patients with cancer receiving chemotherapy at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, and to study the feasibility of implementing the guidelines and the satisfaction in using the guidelines for nurses and caregivers of children with cancer receiving chemotherapy. Twelve registered nurses and ten caregivers were selected by purposive sampling. The research was conducted during April to June 2021. The guidelines were developed based on the concept of developing evidence-based practice guidelines of the National Council for Medical and Public Health Research of Australia. The tools for this study were: 1) the guideline development; 2) a guide to caring for pediatric patients with cancer receiving chemotherapy; and 3) an educational multimedia format for infection prevention and control. The validity of the contents was 1. The data was analyzed and expressed as frequency distribution and mean scores.

The study results were as follows: there is a possibility of implementing the guidelines in clinical practice. Nurses agreed on the implementation of the guidelines in clinical practice at a moderate to high level with a mean score of 2.89. Caregivers had very good overall satisfaction, with an average score of 4.4. Nurses' satisfaction scores were at a very good level with an average score of 4.52.

The results from this study indicate that the discharge planning guidelines for pediatric patients with cancer receiving chemotherapy at Maharaj Nakorn Chiang Mai hospital, could be implemented and used to conduct research on the effectiveness of discharge planning guidelines.

Keywords: Discharge planning, Pediatric oncology patient, Guidelines, Chemotherapy

* Corresponding author, Registered Nurse, Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital; e-mail: dedi_cm@hotmail.com

** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Registered Nurse, Nursing Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

**** Instructor, Faculty of Medicine, Chiang Mai University

Received 27 October 2021; Revised 21 December 2021; Accepted 24 January 2022

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งในเด็กเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ มีอัตราการเกิดคิดเป็นประมาณ 1 ใน 10 ของโรคมะเร็งในผู้ใหญ่ ในประเทศสหรัฐอเมริกา อัตราการเกิดโรคมะเร็งในเด็กในปี 2018 มีประมาณ 10,000 คน (National Cancer Institute, 2018) เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นอันดับที่ 3 รองจากอุบัติเหตุและโรคติดเชื้อในประเทศไทยพบว่า อัตราการเกิดโรคมะเร็งในเด็ก คือ 98.5 ต่อล้านคนต่อปี (Bidwell et al., 2019) โรคมะเร็งเกิดในเด็กชายมากกว่าเด็กหญิงและพบว่าโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด คือมะเร็งเม็ดเลือดขาว รองลงมาคือมะเร็งสมองและมะเร็งต่อมน้ำเหลือง (National Cancer Institute, 2019)

ประเทศไทยมีแนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็กเป็นมาตรฐานทั้งประเทศ พ.ศ. 2561 มีวิธีการรักษาหลัก คือการให้ยาเคมีบำบัดโดยมี 2 แนวทางการรักษา ได้แก่ การให้ยาเพื่อให้หายขาดจากโรค หรือในกรณีโรคมะเร็งที่กลับเป็นซ้ำหรือรักษายาก อาจมีการให้ยาเพื่อประคับประคองหรือบรรเทาอาการไม่ให้ลุกลามแพร่กระจาย (Hockenberry, Wilson,& Rodgers, 2017; Bleyer, Ritchey,& Friehling, 2019) แต่ยาเคมีบำบัดยังมีผลทำลายเซลล์ปกติ ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ ไขกระดูกถูกกดการทำงาน ส่งผลให้เด็กป่วยมีภาวะซีด อ่อนเพลีย ได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำทำให้เด็กป่วยเกิดการติดเชื้อ หากเชื้อโรคลุกลามเข้ากระแสเลือดจนเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดอาจนำไปสู่ภาวะช็อกจากการติดเชื้อ ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญของการเสียชีวิต หากเกล็ดเลือดต่ำส่งผลให้มีเลือดออกผิดปกติหรือเกิดภาวะเลือดออกภายในอวัยวะต่าง ๆ ได้ ผลข้างเคียงอื่นของยาเคมีบำบัด เช่น อาการคลื่นไส้อาเจียน ส่งผลให้เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ไม่สุขสบาย ภาวะทุพโภชนาการ และผมร่วง (hair loss) ซึ่งส่งผลต่อภาพลักษณ์ของเด็กโดยเฉพาะวัยรุ่น มีภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (mucositis) พบได้ร้อยละ 40 ของเด็กป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด (Mazhari, Shirazi,& Shabzendehdar, 2018) และอาการถ่ายเหลว (diarrhea) ทำให้เกิดการสูญเสียความสมดุลของอิเล็คโตรไลท์ได้

การวางแผนจำหน่ายเป็นกระบวนการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาประกอบด้วย การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การวางแผนการดูแลผู้ป่วยการให้คำแนะนำต่าง ๆ เฉพาะรายเพื่อให้เหมาะสมกับโรคและแผนการรักษา มีการประสานงานระหว่างทีมสุขภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลจนถึงเมื่อผู้ป่วยกลับไปที่บ้าน (The Canadian Association of Discharge Planning and Continuity of Care, 1995) ปัจจัยที่มีส่วนช่วยให้การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการกำหนดเป้าหมายวางแผน ปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับทีมสุขภาพภายใต้สัมพันธภาพที่ดี การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการวางแผนจำหน่าย การมีส่วนร่วมของทีมสุขภาพ ทั้งภายในและภายนอกสถานบริการ (Erb, 1997) จากการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยมะเร็ง พบว่า ด้านร่างกาย ผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลด้านการดูแลผู้ป่วยให้ปลอดภัยที่บ้านและการจัดการอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นมากที่สุด (ร้อยละ 36.5 และร้อยละ 30.8 ตามลำดับ) ด้านจิตสังคม ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการข้อมูลด้านการจัดการอารมณ์และความเครียด (ร้อยละ 43.3) และด้านการจัดการ ผู้ดูแลมีความต้องการในการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตและต้องการการพูดคุยกับทีมสุขภาพมากที่สุด (ร้อยละ 33.7 และร้อยละ 28.8 ตามลำดับ) (Longacre, 2013)

โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เป็นโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ และมีหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 ให้การดูแลรักษาเด็กป่วยมะเร็งในเขตภาคเหนือตอนบนทั้งหมด จากสถิติปี 2560-2562 มีเด็กป่วยมะเร็งมาเข้ารับการรักษาจำนวน 618, 561, 587 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 86.80, 90.78, 85.32 ตามลำดับ และพบสถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน จำนวน 3 ครั้ง สถิติวันนอนในโรงพยาบาลเฉลี่ย 578, 492, และ 515 วันตามลำดับ และในจำนวนดังกล่าวพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนสำคัญที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ร้อยละ 5.72, 2.67, 6.33 ตามลำดับ เกิดอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด (blood stream infection: BSI) ร้อยละ 1.98, 3.73, 6.87 ตามลำดับ เกิดอัตราการติดเชื้อราที่ปอด (invasive

pulmonary aspergillosis: IPA) ร้อยละ 14.80, 9.32, 7.2 ตามลำดับ และเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ (mucositis) ร้อยละ 5.95, 2.69, 3.44 ตามลำดับ และเมื่อสำรวจความพึงพอใจต่อการบริการของผู้ดูแลพบว่าผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการได้รับข้อมูลการสื่อสารจากบุคลากรอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (ร้อยละ 40)

แม้ว่าโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จะมีการวางแผนการจำหน่าย มีเนื้อหาการสอนผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วยมะเร็งขณะอยู่โรงพยาบาลและก่อนจำหน่ายแล้ว แต่ยังไม่มีแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เป็นรูปแบบมาตรฐานเดียวกัน ไม่ครอบคลุมและไม่เป็นไปในทางเดียวกัน ซึ่งจากสถิติดังกล่าวเป็นสถิติที่เก็บรวบรวมขึ้นไปช่วง 3 ปีย้อนหลังเท่านั้นและไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่หลากหลายและไม่ชัดเจนของผู้ปฏิบัติงาน ดังนั้นทีมพัฒนาแนวปฏิบัติจึงได้จัดทำรูปแบบการวางแผนการจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดขึ้น เพื่อให้มีระบบการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่มีประสิทธิภาพ ลดความหลากหลายของแนวปฏิบัติ สามารถเชื่อมโยงระหว่างความรู้งานวิจัยและหลักฐานเชิงประจักษ์ กับการปฏิบัติของทีมสหสาขาวิชาชีพ ตามกรอบแนวคิดจากสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC],1999) เพื่อให้เด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนถึงที่บ้าน เมื่อได้รับการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพจะสามารถลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถลดจำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนได้ เด็กป่วยหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจในระบบการวางแผนจำหน่ายที่มีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของเด็กป่วยมะเร็งดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งในการได้รับการวางแผนจำหน่ายจากแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

4. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC) ประกอบด้วย 12 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดความต้องการและขอบเขตของแนวปฏิบัติ 2) การกำหนดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ 3) การกำหนดวัตถุประสงค์และเป้าหมายของแนวปฏิบัติ 4) การระบุผลลัพธ์ด้านสุขภาพของแนวปฏิบัติ 5) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ทางวิทยาศาสตร์ 6) การกำหนดร่างแนวปฏิบัติ 7) การกำหนดกลยุทธ์ในการเผยแพร่และการใช้แนวปฏิบัติ 8) การกำหนดกลยุทธ์ในการประเมินผลและการทบทวนแนวปฏิบัติ 9) การจัดทำรายงานรูปเล่มแนวปฏิบัติ 10) การรายงานเกี่ยวกับกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ 11) การประเมินแนวปฏิบัติ และ 12) การปรึกษาผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในส่วนการให้ความรู้แก่เด็กป่วยและผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทีมพัฒนาแนวปฏิบัติเลือกใช้กระบวนการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามกรอบแนวคิด D-METHOD ของกองการพยาบาลกระทรวงสาธารณสุขมีรายละเอียดดังนี้ Diagnosis หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง แพทย์ให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรค อาการ การดำเนินของโรค ผลตรวจต่าง ๆ Medication แพทย์และพยาบาลให้คำแนะนำ เกี่ยวกับเรื่องยา ยาเคมีบำบัดที่ได้รับ Environment & Economic พยาบาลและทีมสอบถามแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อมที่บ้าน โรงเรียน วัฒนธรรม ความเชื่อ ที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย Treatment แพทย์และทีมพยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับเป้าหมายและแผนการรักษา Health พยาบาล

และทีมสร้างความเข้าใจ/ตระหนักแก่ผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลต้องรับรู้ภาวะสุขภาพและข้อจำกัดของผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูล คำแนะนำการปฏิบัติตนเฉพาะโรค Out patient พยาบาลและทีมให้คำแนะนำเน้นย้ำผู้ดูแลพาผู้ป่วยมาตามนัดทุกครั้งเพื่อได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง Diet การรับประทานอาหารเฉพาะโรค และเพิ่มการสนับสนุนด้านจิตสังคม (psychosocial support) ด้วยการพูดคุยเพื่อแสดงความรู้สึกและแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกันกับผู้ดูแลในด้านความต้องการทางอารมณ์และจิตใจ ตอบทุกคำถามของผู้ดูแลเด็กป่วย และมีการทำ support group (Mohamed, et al., 2019; Silva-Rodrigues, Nascimento, & Kurashima 2016) การกำหนดเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติใช้กรอบแนวคิดขององค์กรที่ทำหน้าที่ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสหรัฐอเมริกา (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO], 2002) ได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและจริยธรรม 2) การประเมินสภาพเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแล 3) การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดและการวางแผนจำหน่าย 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 5) การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดมาใช้ เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธี convenience sampling กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ 1) พยาบาลวิชาชีพจำนวน 12 รายที่มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดอย่างน้อย 3 ปี ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่และจะได้รับการอธิบายแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 2) ผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติดังกล่าว สามารถสื่อสารภาษาไทยได้และมีสติสัมปชัญญะ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564 ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. ดำเนินการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกจากสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (NHMRC) มาเป็นแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ

2. สืบค้น evidence โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ดังนี้

2.1 Population: เด็กป่วยโรคมะเร็ง, children with cancer, pediatric oncology patient, pediatric cancer

2.2 Interventions: การวางแผนจำหน่าย, discharge plan, discharge process, information needs, discharge education process, hospital to home intervention, transitional care, discharge guidelines, Family education

2.3 Outcome: อัตราการติดเชื้อในกระแสเลือด, อัตราการเกิดภาวะเยื่อบุช่องปากอักเสบ, ระยะเวลานอนโรงพยาบาล, อัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ, ความพึงพอใจ,sepsis rate, mucositis rate, length of stay in hospital, readmission rate, patient satisfaction

2. 4 Type of evidence: RCTs, Systematic review, Meta analysis, Quasi-Experimental Prospectively Controlled Study, Practice guidelines, Expert Consensus

3. สืบค้น database จากแหล่งสืบค้น ดังนี้ CINAHL, Medline, PubMed, ScienceDirect, www.joannabriggs.edu.au, www.cochrane.org,www.his.ox.ac.uk/guideline/, www.ahrq.gov

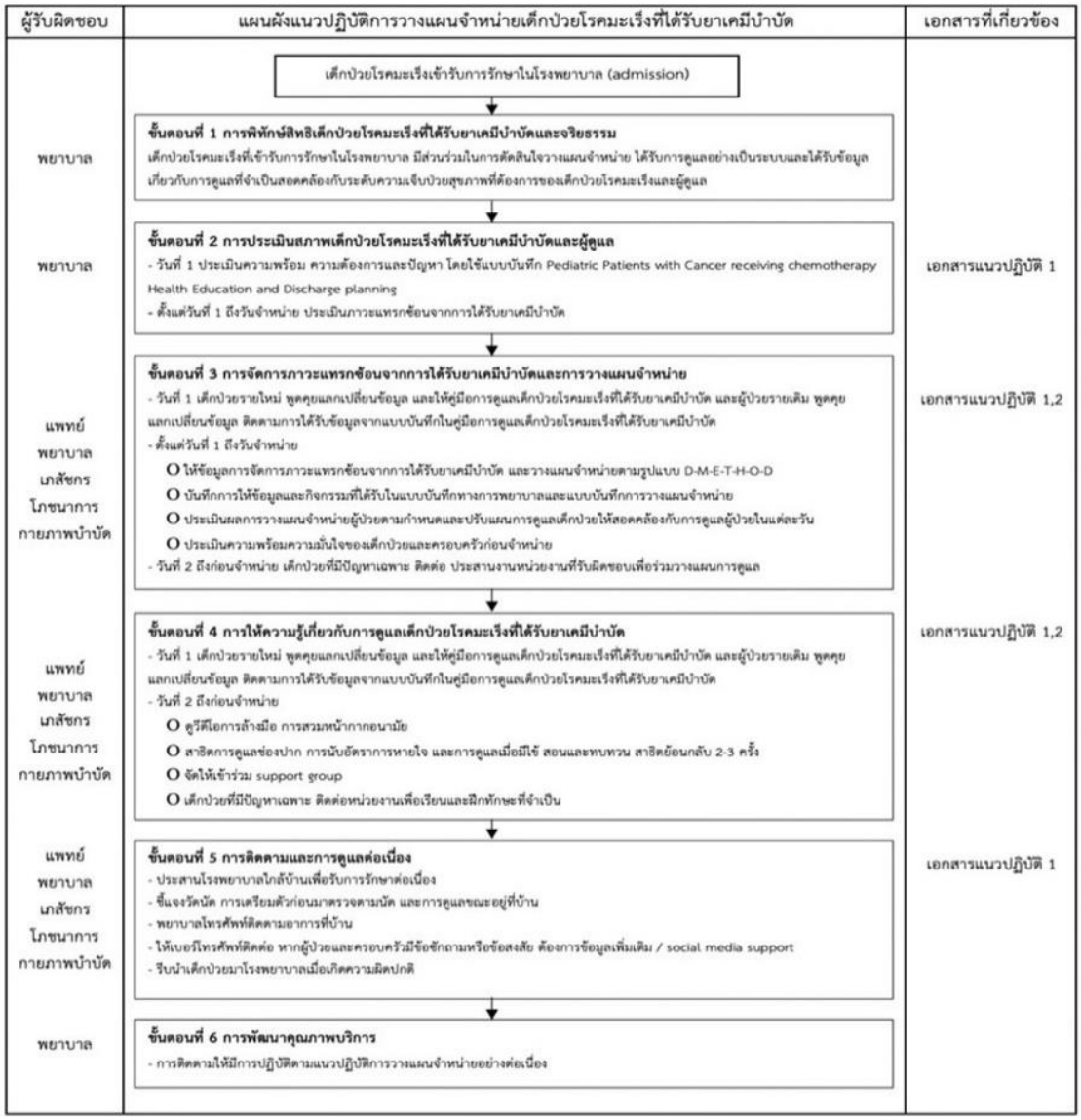
4. คัดเลือกและประเมินคุณค่า evidence โดยใช้แบบประเมินของสถาบันโจนนาบริกก์ (Joanna

Briggs Institute) ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ชนิดต่าง ๆ
จำนวน 9 เรื่อง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ลำดับที่	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	ชื่อผู้แต่ง/ปี	ผลการศึกษา
1	Systematic Review of RCTs and Other Study Designs (Level 1.b)	Rodgers, et al. (2016)	ผู้ป่วยเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ในสัปดาห์แรก ผู้ดูแลและเด็กต้องการข้อมูลเรื่องโรคและการรักษา หลังจากสัปดาห์แรก ต้องการข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการจัดการอาการ รูปแบบการให้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ แผ่นพับ คู่มือ บัตรคำ การแลกเปลี่ยนข้อมูลกับเจ้าหน้าที่/ผู้ดูแลเด็กป่วยรายอื่น หรือจากผู้ป่วยด้วยกันเอง และการบันทึกเสียงพูดคุยเมื่อแพทย์ให้ข้อมูลการวินิจฉัยโรค
2	Systematic Review of Quasi-Experimental and Other Lower Study Designs (Level 2.b)	Silva-Rodrigues, et al. (2016)	Special care and recommendations for information transmission to parents. 1. แบบเช็คลิสต์พร้อมข้อมูลสำคัญ 2. คู่มือเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลโรคมะเร็ง 3. สื่อ (CD), อินเทอร์เน็ต (เว็บไซต์ที่เชื่อถือได้) 4. กลุ่มสนับสนุนสนทนากับผู้เชี่ยวชาญ (support group) 5. เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ, แหล่งข้อมูลทางการศึกษาอื่น ๆ
3 4	Quasi-Experimental Prospectively Controlled Study (Level 2.c)	Mohamed, et al. (2019)	รูปแบบการวางแผนจำหน่ายสำหรับเด็กที่และผู้ปกครองของเด็กได้รับเคมีบำบัด 1. ในวันแรกของการ admit ต้องประเมินและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลและผู้ป่วย 2. แจกคู่มือเฉพาะเกี่ยวกับการดูแลโรคมะเร็งให้กับผู้ดูแล 3. สอนและสาธิต /สาธิตย้อนกลับแก่ผู้ดูแลในเรื่อง mouth care, breathing rate and fever care 4. พูดคุยเพื่อแสดงความรู้สึกและแบ่งปันประสบการณ์ร่วมกันของผู้ดูแลในด้านความต้องการทางอารมณ์และจิตใจ ตอบทุกคำถามของผู้ดูแลเด็กป่วยในระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาล
		Wilson, et al. (2016)	ใช้โปรแกรมการสอน (RTH boards) ในการให้ความรู้และการเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล, แจก Children's Oncology Group Family Handbook ให้กับผู้ดูแล

ลำดับที่	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	ชื่อผู้แต่ง/ปี	ผลการศึกษา
5	Observational Study Without a Control Group (Level 3.e)	Rodgers, et al. (2016)	ผู้ดูแลของเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ต้องได้รับข้อมูลจำนวนมากพอก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในครั้งแรก พยาบาลต้องให้ความรู้ สอนสุขศึกษา ในรูปแบบเขียน การให้ข้อมูล การสนทนา ดูวิดีโอง่ายๆ และเว็บไซต์ที่สามารถนำไปใช้ให้ความรู้ได้ โดยช่วงสัปดาห์แรกของการนอนโรงพยาบาล ผู้ดูแลจะรับข้อมูลด้านการสอนได้น้อย หลังสัปดาห์ที่ 2 เป็นต้นไปจะสามารถรับข้อมูลได้มากขึ้น
6	Expert Consensus (Level 5.b)	Rodgers, et al. (2018)	การสอนและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเด็กป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง ควรสอนภายในเดือนแรกหลังการวินิจฉัย และ 2-3 เดือนก่อนการจำหน่าย รูปแบบการสอนได้แก่ การพูดคุย การเขียน ดูวีดีโอ สาธิต/สาธิตย้อนกลับ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล การเสริมพลังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล
7	Best practice	Wolf (2019)	จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลที่มีบุตรได้รับการวินิจฉัยเป็นมะเร็ง ต้องการการสอนเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค อาการและคำแนะนำในการดูแลรักษาที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ ต้องให้ความรู้ตั้งแต่เริ่มการรักษาต่อเนื่องไปจนถึงการดูแลที่บ้าน จะช่วยให้สามารถก้าวผ่านการเปลี่ยนแปลงสุขภาพของบุตรได้
8		Mulder, et al. (2016)	Transition guidelines ที่สำคัญในการในการดูแลต่อเนื่องของผู้รอดชีวิตของเด็กป่วยมะเร็ง 1.การมี Transition plan 2.การมี Transition guideline แบบเฉพาะเจาะจงในผู้รอดชีวิตของเด็กป่วยโรคมะเร็งสู่การดูแลในวัยผู้ใหญ่ 3.ความสำคัญ/จำเป็นในการให้คำจำกัดความของ Transition of care จะส่งผลให้การดูแลต่อเนื่องของเด็กป่วยมะเร็งไปสู่วัยผู้ใหญ่ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ
9	Case Study (Level 4.d)	Berry, et al. (2016)	A Framework of Pediatric Hospital Discharge Care : 1.สร้างทีมดูแลผู้ป่วยเด็ก 2. ตั้งเป้าหมายการจำหน่าย 3. ประเมินความต้องการการจำหน่าย 4. ค้นหาปัญหา 5.วางแผนการจำหน่าย 6. ติดตามความก้าวหน้าของการวางแผนจำหน่าย 7.จบกระบวนการวางแผนจำหน่าย 8.จำหน่ายผู้ป่วย 9.ติดตามผลหลังออกจากโรงพยาบาล

5. พัฒนาแนวปฏิบัติ ได้แนวปฏิบัติดังนี้



ผู้รับผิดชอบ	แผนผังแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด	เอกสารที่เกี่ยวข้อง
	เด็กป่วยโรคมะเร็งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (admission)	
พยาบาล	**ขั้นตอนที่ 1 การพิทักษ์สิทธิเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและจริยธรรม** เด็กป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนจำหน่าย ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่จำเป็นสอดคล้องกับระดับความเจ็บป่วยสุขภาพที่ต้องการของเด็กป่วยโรคมะเร็งและผู้ดูแล	
พยาบาล	**ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสภาพเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแล** - วันที่ 1 ประเมินความพร้อม ความต้องการและปัญหา โดยใช้แบบบันทึก Pediatric Patients with Cancer receiving chemotherapy Health Education and Discharge planning - ตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันจำหน่าย ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด	เอกสารแนวปฏิบัติ 1
แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการ กายภาพบำบัด	**ขั้นตอนที่ 3 การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดและการวางแผนจำหน่าย** - วันที่ 1 เด็กป่วยรายใหม่ พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล และให้คู่มือการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และผู้ป่วยรายเดิม พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ติดตามการได้รับข้อมูลจากแบบบันทึกในคู่มือการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด - ตั้งแต่วันที่ 1 ถึงวันจำหน่าย O ให้ข้อมูลการจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด และวางแผนจำหน่ายตามรูปแบบ D-M-E-T-H-O-D O บันทึกการให้ข้อมูลและกิจกรรมที่ได้รับในแบบบันทึกทางการพยาบาลและแบบบันทึกการวางแผนจำหน่าย O ประเมินผลการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยตามกำหนดและปรับแผนการดูแลเด็กป่วยให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวัน O ประเมินความพร้อมความมั่นใจของเด็กป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่าย - วันที่ 2 ถึงก่อนจำหน่าย เด็กป่วยที่มีปัญหาเฉพาะ ติดต่อ ประสานงานหน่วยงานที่รับผิดชอบเพื่อร่วมวางแผนการดูแล	เอกสารแนวปฏิบัติ 1,2
แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการ กายภาพบำบัด	**ขั้นตอนที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด** - วันที่ 1 เด็กป่วยรายใหม่ พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล และให้คู่มือการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และผู้ป่วยรายเดิม พูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูล ติดตามการได้รับข้อมูลจากแบบบันทึกในคู่มือการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด - วันที่ 2 ถึงก่อนจำหน่าย O ดูวีดีโอการล้างมือ การสวมหน้ากากอนามัย O สาธิตการดูแลช่องปาก การนับอัตราการหายใจ และการดูแลเมื่อมีไข้ สอนและทบทวน สาธิตย้อนกลับ 2-3 ครั้ง O จัดให้เข้าร่วม support group O เด็กป่วยที่มีปัญหาเฉพาะ ติดต่อหน่วยงานเพื่อเรียนและฝึกทักษะที่จำเป็น	เอกสารแนวปฏิบัติ 1,2
แพทย์ พยาบาล เภสัชกร โภชนาการ กายภาพบำบัด	**ขั้นตอนที่ 5 การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง** - ประสานโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง - ชี้แจงวัคนัด การเตรียมตัวก่อนมาตรวจตามนัด และการดูแลขณะอยู่ที่บ้าน - พยาบาลโทรศัพท์ติดตามอาการที่บ้าน - ให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ หากผู้ป่วยและครอบครัวมีข้อซักถามหรือข้อสงสัย ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม / social media support - รีบนำเด็กป่วยมาโรงพยาบาลเมื่อเกิดความผิดปกติ	เอกสารแนวปฏิบัติ 1
พยาบาล	**ขั้นตอนที่ 6 การพัฒนาคุณภาพบริการ** - การติดตามให้มีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายอย่างต่อเนื่อง	

6. ส่งโครงร่างวิจัยให้คณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่เพื่อขอพิจารณาด้านจริยธรรม

7. เมื่อได้รับอนุมัติ จัดประชุมชี้แจงพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในเพื่อยกร่างแนวปฏิบัติ อธิบายให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ของการศึกษา และขอความร่วมมือในการศึกษา

8. พยาบาลวิชาชีพที่เป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลอง 12 ราย ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดทดลองใช้แนวปฏิบัติกับเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

9. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความเป็นไปได้ของการนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

10. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่าย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด และแบบประเมินความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งในการได้รับการวางแผนจำหน่ายจากแนวปฏิบัติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คือเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับการศึกษา ระยะเวลาในปฏิบัติงาน และประวัติการได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

1.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ และสถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ของผู้ดูแล

1.3 แนวคำถามสำหรับการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิกที่พัฒนา ขึ้นโดย พิกุล นันทชัยพันธ์ (2550)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ซึ่งทีมพัฒนาแนวปฏิบัติได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วยสาระเกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

2.2 คู่มือการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีเนื้อหาดังนี้ โรคมะเร็งในเด็กที่พบบ่อย ยาเคมีบำบัดและอาการข้างเคียง ข้อควรปฏิบัติและการดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียง อาหารสำหรับเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และอาการที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัด

2.3 สื่อการสอนในรูปแบบมัลติมีเดียในการป้องกันการติดเชื้อ ประกอบด้วย การล้างมือ และการสวมหน้ากากอนามัย

โดยเครื่องมือทั้ง 3 ข้างต้นได้นำไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 3 ท่านประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญสาขาโรคโลหิตวิทยาและมะเร็งในเด็ก 1 ท่าน พยาบาลที่มีความชำนาญในด้านการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ท่าน และ อาจารย์พยาบาลที่เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยใช้เครื่องมือ AGREE II ซึ่งแนวปฏิบัติผ่านเกณฑ์ประเมินทั้ง 6 ด้านประกอบด้วย 1) ขอบเขตและวัตถุประสงค์ได้คะแนนร้อยละ 98.03 2) การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้คะแนนร้อยละ 88.89 3) ความเข้มงวดของขั้นตอนการจัดทำได้คะแนนร้อยละ 95.13 4) ความชัดเจนในการนำเสนอได้คะแนนร้อยละ92.59 5) การนำไปใช้ได้คะแนนร้อยละ 93.05 และ 6) ความเป็นอิสระของบรรณาธิการได้คะแนนร้อยละ 91.03 ประเมินความตรงตามเนื้อหาของคู่มือการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และสื่อการสอนในรูปแบบมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเท่ากับ 1

3. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

3.1 แบบประเมินความพึงพอใจของเด็กป่วยหรือผู้ดูแลต่อการได้รับการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

3.2 แบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (เลขที่Research ID: NUR-2563-07427) ก่อนทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลแก่พยาบาลและผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ได้แก่ พยาบาล บอกถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงที่จะได้รับ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตนเอง หลังจากผู้วิจัยได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่พยาบาลและผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็ง ชี้แจงแนวทางการใช้แนวปฏิบัติ อธิบายขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติแก่พยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัย และชี้แจงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาลและผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็ง โดยใช้เวลาประมาณ 30 นาทีในการตอบแบบสอบถาม เมื่อพยาบาลและผู้ดูแลลงนามในใบยินยอม ผู้วิจัยดำเนินการ

เก็บข้อมูล และนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ และข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่

2. ข้อมูลความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดไปใช้ในหอผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย

3. ข้อมูลความพึงพอใจของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้และผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งในการได้รับการวางแผนจำหน่ายจากแนวปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการหาค่าเฉลี่ย

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกและข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งและเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด

ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ 12 ราย มีอายุตั้งแต่ 26-56 ปี (mean=37; SD=8.8) การศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 3 ถึงมากกว่า 20 ปี เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 1-3 ครั้งจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 75 ไม่เคยได้รับการอบรม 3 คน คิดเป็นร้อยละ 25

ผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวปฏิบัติจำนวน 10 รายเป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุตั้งแต่ 27-44 ปี (mean=35 ; SD =6) สถานภาพสมรส 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 80 การศึกษาระดับต่ำกว่าปริญญาตรี 6ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรและรับจ้าง มีรายได้เฉลี่ย 15,001- 30,000 บาท/เดือนคิดเป็นร้อยละ 50 มีเด็กป่วยโรคมะเร็งอยู่ในความดูแลเป็นเพศชาย 4 รายคิดเป็นร้อยละ 40 เพศหญิง 6 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุตั้งแต่ 1-13 ปี (mean = 9.10 ; SD = 3.75) จำแนกตามการวินิจฉัยโรคได้ดังนี้ Acute lymphoblastic leukemia จำนวน 2 ราย Acute myeloid leukemia จำนวน 1 ราย Lymphoma จำนวน 4 ราย Osteosarcoma จำนวน 2 ราย Rhabdomyosarcoma จำนวน 1 ราย ทั้งหมดได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นระยะเวลาน้อยกว่า 1 ปี

ส่วนที่ 2 ความเป็นไปได้ในการนำการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ไปใช้

พยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 12 ราย ทั้งหมดมีความคิดเห็นตรงกันในระดับมาก ในด้านความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน และแนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ ระดับความคิดเห็นต่อความสะดวกและความง่ายต่อการนำไปใช้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 83.33 และระดับปานกลางร้อยละ 16.67 ด้านความประหยัดและลดต้นทุน มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 58.33 และระดับปานกลางร้อยละ 41.67 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิคไปใช้ในหน่วยงาน มีความเห็นระดับมากร้อยละ 91.67 และความคิดเห็นโดยรวมต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ไปใช้ในระดับมากคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.92 จากคะแนนเต็ม 3 (ดังแสดงในตารางที่ 1)

ตาราง 1 ความคิดเห็นต่อความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกไปใช้ของผู้ทดลองใช้การวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N=12)

ข้อคำถาม	ระดับความคิดเห็น			คะแนนเฉลี่ย
	มาก	ปานกลาง	น้อย	
1. ความสะดวกและความง่ายต่อการนำไปใช้	10 (83.33%)	2 (16.67%)	0 (0%)	2.82
2. มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในแนวปฏิบัติ	12 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	3
3. ความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	12 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	3
4. ความประหยัดและลดต้นทุน	7 (58.33%)	5 (41.67%)	0 (0%)	2.58
5. แนวปฏิบัติสามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ	12 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	3
6. ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติที่จะนำไปใช้ในหน่วยงาน	11 (91.67%)	1 (8.33%)	0 (0%)	2.92

ส่วนที่ 3 ผลการประเมินการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 รายมีความพึงพอใจโดยรวมต่อการได้รับการวางแผนจำหน่ายตามแนวปฏิบัติในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (SD= 0.52)ความพึงพอใจในรูปแบบการวางแผนจำหน่ายอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (SD= 0.56) ระดับความพึงพอใจด้านข้อมูลอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (SD= 0.52)และด้านการนำไปใช้มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.40 (SD= 0.45) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งต่อการได้รับการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N = 10)

หัวข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1.รูปแบบการวางแผนจำหน่าย	4.4 (0.56)	มาก
1.1 รูปแบบชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ใช้เวลานาน	4.4 (0.50)	
1.2 มีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย วางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ	4.0 (0.70)	
1.3 สามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับทีมสุขภาพ	4.5 (0.50)	
1.4 ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	4.3 (0.70)	
2. ด้านข้อมูล	4.4 (0.52)	มาก
2.1 ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอ เหมาะสม	4.3 (0.67)	
2.2 สามารถนำข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับไปใช้ดูแลเด็กป่วยได้	4.4 (0.52)	
2.3 สื่อการสอนมีความเหมาะสม เข้าใจง่าย	4.5 (0.53)	
3. การนำไปใช้	4.4 (0.46)	มาก
3.1 สามารถจัดการอาการที่เกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดได้	4.4 (0.50)	

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งต่อการได้รับการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N = 10)

หัวข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
3.2 สามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัดได้	4.3 (0.48)	
3.3 สามารถติดต่อและประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือได้	4.4 (0.52)	
4. **ความพึงพอใจโดยรวม**	4.4 (0.52)	มาก

พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 12 ราย มีความพึงพอใจโดยรวมต่อการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 (SD = 0.43)ความพึงพอใจด้านคุณภาพ ด้านผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัยต่อผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.67 (SD = 0.49) ด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงานมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.42 (SD = 0.51) และระดับความพึงพอใจในด้านความสะดวกในการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.33 (SD= 0.49) (ดังแสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (N = 12)

หัวข้อ	คะแนนเฉลี่ย	ระดับความพึงพอใจ
1. ด้านคุณภาพ	4.67 (0.50)	มาก
2. ด้านความสะดวกในการปฏิบัติ	4.33 (0.49)	มาก
3. ด้านผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัย	4.67 (0.49)	มาก
4. ด้านความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงาน	4.42 (0.51)	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม	4.52 (0.43)	มาก

การอภิปรายผล

ในการศึกษาครั้งนี้ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ได้พัฒนาเนื้อหาสาระของแนวปฏิบัติจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ จำนวน 9 เรื่อง มีการตรวจสอบความตรงกันของเนื้อหาและการให้ข้อเสนอแนะโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายมีความชัดเจน เหมาะสมและสามารถนำไปใช้จริงได้จริงในหน่วยงาน ทำให้พยาบาลเกิดความเชื่อมั่นและมีความน่าเชื่อถือเพิ่มขึ้นในการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ ลดภาวะแทรกซ้อน และก่อให้เกิดประโยชน์แก่เด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ สาระของแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แบ่งออกเป็น 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและจริยธรรม 2) การประเมินสภาพเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดและผู้ดูแล 3) การจัดการภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัดและการวางแผนจำหน่าย 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด 5) การติดตามและการดูแลต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยทีมพยาบาล

จากการศึกษาวิจัยพบว่า พยาบาลผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติเกือบทั้งหมดจำนวน 11 ราย ร้อยละ 91.7 เห็นว่ามีความเป็นไปได้ในระดับมากที่จะนำแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายไปใช้ในหน่วยงาน เนื่องจาก

แนวปฏิบัติมีความชัดเจนสะดวกง่ายและต่อการนำไปใช้ สามารถแก้ปัญหาและเกิดผลดีต่อเด็กป่วยมะเร็งและผู้ดูแล ส่งผลให้มีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิภาภัคร์ คงเกียรติพันธุ์ (Kongkiatphan, 2013) ที่ได้พัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุโรคเลือดสมอง โดยใช้กระบวนการการวางแผนจำหน่ายตามกรอบแนวคิด D-METHOD เช่นกัน และพบว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาจากหลักฐานเชิงประจักษ์โดยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานจริงจะมีความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติเนื่องจากทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งเมื่อพัฒนาขึ้นจากผู้ที่ปฏิบัติงาน และบนหลักฐานเชิงประจักษ์นอกจากจะสามารถนำไปใช้ได้จริงแล้ว ยังเป็นการลดต้นทุนในการรักษาพยาบาล ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล ลดภาวะแทรกซ้อนสำหรับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดได้

นอกจากสามารถปฏิบัติได้จริงแล้ว การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีความพึงพอใจในการดูแลตามแนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นในรูปแบบของ D-METHOD เนื่องด้วยผู้ดูแลและเด็กป่วยมะเร็งได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจวางแผนจำหน่าย ร่วมกันระบุเป้าหมายการจำหน่าย กำหนดผลลัพธ์สุขภาพที่ต้องการของเด็กป่วยมะเร็งและผู้ดูแลแก้ไขปัญหาร่วมกัน การให้คำแนะนำต่าง ๆ ตามรูปแบบของ D-METHOD เพื่อให้เด็กป่วยมะเร็งสามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้อย่างปลอดภัย ทำให้ผู้ดูแลและเด็กป่วยรู้สึกอุ่นใจที่บุคลากรมีความเอาใจใส่ รับฟังปัญหาและความต้องการ และการทำ support group ช่วยให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึก การเห็นอกเห็นใจในกลุ่มผู้ดูแลและมีการแบ่งปันประสบการณ์การดูแลเด็กโรคมะเร็งด้วยกันทำให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น อีกทั้งได้รับชมสื่อการสอนในรูปแบบมัลติมีเดียเรื่องการป้องกันการติดเชื้อขณะอยู่ที่โรงพยาบาล และได้รับคู่มือการดูแลเด็กป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดที่สามารถศึกษาด้วยตนเองขณะที่กลับบ้าน มีการให้หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อเมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย รวมทั้งพยาบาลในหอผู้ป่วยมีการโทรศัพท์ติดตามอาการหลังการจำหน่าย 3 วัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งมีความพึงพอใจโดยรวมระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรา ทวีทรัพย์และ วัชรี เจนเจริญรัตน์ (Taweesup & Jenjaroenrat, 2012) พบว่าผู้ปกครองที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายโดยได้รับคู่มือการดูแลเด็กโรคมะเร็งมีความพึงพอใจมากกว่าการไม่ได้รับคู่มือ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายมีความพึงพอใจโดยรวมในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 เนื่องจากมีความเห็นว่าแนวปฏิบัติมีคุณภาพ เป็นแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นจากการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน และผู้ดูแลเด็ก ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลเด็กได้อย่างครอบคลุม ความสะดวกในการปฏิบัติ ส่งผลลัพธ์ที่ดีและความปลอดภัยต่อผู้รับบริการ มีความเหมาะสมและคุ้มค่าต่อหน่วยงานสอดคล้องกับการศึกษาของ ธมลวรรณ ยอดกลกิจ, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และ รังสิมา เที่ยงเธียรธรรม (Yodkolkij, Kanogsunthornrat, & Thiengthianthum, 2018) พบว่าการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยโรคลำไส้ใหญ่และทวารหนักที่ได้รับการผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งพัฒนาโดยพยาบาล ผู้ป่วยมีความพึงพอใจมากที่สุด และพยาบาลมีความพึงพอใจต่อการใช้แนวปฏิบัติในระดับมาก ซึ่งผลของการใช้แนวปฏิบัติทำให้ลดวันนอนในโรงพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายเด็กป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เพื่อลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดวันนอนในโรงพยาบาลและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเคมีบำบัด

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์จากทีมสุขภาพทุกท่านและผู้ดูแลเด็กป่วยมะเร็งในหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม 5 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

References

Berry, J. G., Blaine, K., Rogers, J., McBride, S., Schor, E., Birmingham, J., . . . Feudtner, C. (2014). A framework of pediatric hospital discharge care informed by legislation, research, and practice. *The Journal of the American Medical Association*, *168*(10), 955-966. doi:10.1001/jamapediatrics.2014.891

Bidwell, S. S., Peterson, C. C., Demanelis, K., Zarins, K. R., Meza, R., Sriplung, H., . . . Rozek, L. S. (2019). Childhood cancer incidence and survival in Thailand: A comprehensive population-based registry analysis, 1990-2011. *Pediatric Blood & Cancer*, *66*(1), e27428. doi:10.1002/pbc.27428

Bleyer, A., Ritchey, K. A., & Friehling, E. (2019). Principles of treatment. In R. Kliegman & J. St. Geme (Eds.), *Nelson textbook of pediatrics* (21th ed.). Philadelphia: Elsevier.

Canadian Association of Discharge Planning and Continuity of Care. (1995). *Guidelines and standards for discharge planning coordinators*. Ontario: The Canadian Association of Discharge Planning and Continuity of Care.

Erb, J. K. (1997). Discharge planning. In M. D. Harris (Ed.), *Handbook of home health care administration* (2nd ed., pp. 427-445). Gaithersburg: An Aspen.

Hockenberry, J. M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *Wong's essentials of pediatric nursing* (10th ed.). St. Louis, MO: Elsevier.

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization. (2002). *2003 National patient safety golds*. Retrieved from http://www.jcaho.org2accredited+organizations/patient+safety/npsg/index.htm

Kongkiatphan, N. (2013). *Development of discharge planning guideline for elderly with cerebrovascular disease at Kosumphisai Hospital, Mahasarakham Province* (Unpublished master's thesis). Burapha University, Thailand. (in Thai)

Longacre, M. L. (2013). Cancer caregivers information needs and resource preferences. *.Journal of Cancer Education*, *28*, 297-305. doi:10.1007/s13187-013-0472-2

Mazhari, F., Shirazi, S. A., & Shabzendehdar, M. (2018). Management of oral mucositis in pediatric patients receiving cancer therapy: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Blood Cancer*, *66*(3), e27403. doi:10.1002/pbc.27403

Mohamed, A., Al-Moniem, I., Shalaby, L., & Hassan, S. (2019). Effect of discharge plan for children undergoing chemotherapy and their caregivers on improving practice and coping pattern. *Egyptian Journal of Health Care*, *10*, 102-116. doi:10.21608/ejhc.2019.26762

Mulder, R. L., van der Pal, H., Levitt, G. A., Skinner, R., Kremer, L., Brown, M. C., . . . Frey, E. (2016). Transition guidelines: An important step in the future care for childhood cancer survivors. A comprehensive definition as groundwork. *European Journal of Cancer*, *54*, 64-68. doi:10.1016/j.ejca.2015.10.007

National Cancer Institute. (2018). *Cancer in children and adolescents*. Retrieved from https://www.cancer.gov/types/childhood-cancers/child-adolescent-cancers-fact-sheet

National Cancer Institute. (2019). *Cancer in children and adolescents*. Retrieved from https://www.cancer.gov/types/childhood-cancers/child-adolescent-cancers-fact-sheet

National Health and Medical Research Council. (1999). *A guide to the development, implementation and evaluation of clinical practice guidelines*. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/publications/synopses/cp30syn.htm

Rodgers, C. C., Bertini, V., Conway, M. A., Crosty, A., Filice, A., Herring, R. A., . . . Landier, W. (2018). A standardized education checklist for parents of children newly diagnosed with cancer: A report from the Children's Oncology Group. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, *35*(4), 235-246. https://doi.org/10.1177/1043454218764889

Rodgers, C. C., Laing, C. M., Herring, R. A., Tena, N., Leonardelli, A., Hockenberry, M., & Hendricks-Ferguson, V. (2016). Understanding effective delivery of patient and family education in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *33*(6), 432-446. doi:10.1177/1043454216659449

Rodgers, C. C., Stegenga, K., Withycombe, J. S., Sachse, K., & Kelly, K. P. (2016). Processing information after a child's cancer diagnosis-how parents learn. *Journal of Pediatric Oncology Nursing: Official Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, *33*(6), 447-459. doi:10.1177/1043454216668825

Silva-Rodrigues, F. M., Nascimento, L. C., & Kurashima, A. Y. (2016). Information for parents in pediatric oncology and nurses' educational interventions: Integrative review. *Journal of Nursing: UFPE Online*, *10*, 2167-2176.

Taweesup, P., & Jenjaroenrat, W. (2012). *The effectiveness of discharge planning among children with cancer at Thammasat University Hospital*. Thammasat University Hospital Research Project for Performance Development. (in Thai).

Wilson, S., Sachse, K., & Perry, M. T. (2018). Road to home program: A performance improvement initiative to increase family and nurse satisfaction with the discharge education process for newly diagnosed pediatric oncology patients. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, *35*(5), 368-374. doi:10.1177/1043454218767872

Wolf, K. M. (2019). *The Transition from Health to Illness: Best practices for education of parents with children newly diagnosed with cancer* (Master's thesis, University of North Dagota). Retrieved from https://commons.und.edu/cgi/viewcontent.cgi? article=1232&context=nurs-capstones

Yodkolkij, T., Kanogsunthornrat, N., & Thiengthianthum, R. (2018). Clinical practice guideline implementation in colorectal disease patients undergoing abdominal surgery. *Thai journal of Nursing and Midwifery Practice, 5*(1), 94-111. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

Factors Related to Self-management Behaviors Among Pregnant Women at Risk of Gestational Diabetes Mellitus

กฤษณา	ปิงวงศ์ *	Kridsana	Pingwong *
กัญญาณัฐ	สิทธิภา **	Kunyanut	Sittipa **

บทคัดย่อ

ในยุคปัจจุบันสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป การนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพช่วยส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่สามารถควบคุมตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ งานวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาลประจำอำเภอในจังหวัดเชียงราย ที่มารับบริการหน่วยฝากครรภ์ จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเอง ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหามีค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.88 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ ทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธี KR-20 ของแบบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 0.78 และสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เท่ากับ 0.91, 0.89, 0.84 และ 0.93 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .237, p<.05) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.680, p<.001) และ (r=.527, p<.001) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการจัดการตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

คำสำคัญ: พฤติกรรมการจัดการตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม

*ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย email: kridsana.pingwong@crc.ac.th

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

วันที่รับบทความ 29 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 1 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 15 มีนาคม 2565

Abstract

Currently, pregnant women who are at a high risk for gestational diabetes tend to increase this risk due to lifestyle changes. Self-management concepts in health care can promote self-control behaviors and reduce the risk of gestational diabetes. This correlational descriptive research aimed to study factors related to the self-management behavior of pregnant women at risk of gestational diabetes. The sample was made up of 85 cases selected from the antenatal care unit at a secondary hospital in Chiang Rai. The research instruments included the Gestational Diabetes Knowledge Questionnaire, a self-efficacy perception questionnaire, and a self-management behavior questionnaire. The content validity index was 0.88, 0.94 and 0.94, respectively. The KR-20 method of the gestational diabetes cognition questionnaire was 0.78. The reliability coefficients were 0.91, 0.89, 0.84 and 0.93, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, and Pearson's and Spearman's Correlation.

The results of this study indicated that self-management behaviors were statistically significant with low, positive correlation with levels of knowledge of gestational diabetes ($r = .237$, $p < .05$), but statistically significant with high, positive correlation with perceived self-efficacy and social support ($r = .680$, $p < .001$ and $r = .527$, $p < .001$, respectively). Perceived pregnancy risk was not correlated with self-management behaviors of women at risk of gestational diabetes.

The results of this research could be used as a guideline for developing an effective care model for pregnant women at risk for gestational diabetes, especially for educational support regarding gestational diabetes and promoting self-efficacy to help pregnant women to be aware of self-management to reduce the risk of gestational diabetes.

Keywords: Self-management behaviors, Knowledge of gestational diabetes, Perception of pregnancy risk, Self-efficacy, Social support

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College.
email: kridsana.pingwong@crc.ac.th
** Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

Received 29 January 2022; Revised 1 March 2022; Accepted 15 March 2022

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational Diabetes Mellitus: GDM) คือ โรคเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรกในขณะตั้งครรภ์ (Centers for Disease Control and Prevention ,2020) จากรายงานสถิติของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation, 2020) พบว่าสตรีมีครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ทั่วโลกมีจำนวนมากถึง 20.9 ล้านคน โดยร้อยละ 85.1 ได้รับการวินิจฉัยเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และร้อยละ 7.4 เป็นเบาหวานชนิดอื่น สำหรับประเทศไทยความชุกของโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์พบได้ร้อยละ 1-14 ของการตั้งครรภ์ (Diabetes Association of Thailand, 2017) ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อสตรีมีครรภ์ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ น้ำคร่ำมากกว่าปกติ คลอดก่อนกำหนด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้องและเพิ่มความเสี่ยงการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับทารกในครรภ์อาจส่งผลให้ทารกตัวโต คลอดติดไหล่ และทารกมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ (CDC, 2020) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อจิตใจสตรีมีครรภ์ให้มีความรู้สึกกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเองและทารกในครรภ์ (Gilbert et al., 2019)

สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากแบบแผนการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้สตรีมีครรภ์มีบุตรช้า หรืออาจมีภาวะน้ำหนักเกินก่อนการตั้งครรภ์ จากการศึกษาในโรงพยาบาลระดับปฐมภูมิแห่งหนึ่งระหว่างพ.ศ. 2554-2560 พบสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงถึงร้อยละ 53.49 ของสตรีที่มาฝากครรภ์ โดยมีปัจจัยส่งเสริมต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูงที่สุด คือ ดัชนีมวลกายมากกว่า 27 กิโลกรัม/ตารางเมตร รองลงมา คือ มีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน มีประวัติเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน และมีประวัติเป็นเบาหวานในครรภ์ก่อนหรือเคยคลอดบุตรน้ำหนักแรกเกิดมากกว่า 4,000 กรัม ตามลำดับ (Tiensawang, 2018)

ปัจจุบันได้มีการนำแนวคิดการจัดการตนเองมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหรือป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมที่สามารถควบคุมตนเอง ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราตายจากการเจ็บป่วย แคนเฟอร์ และ กาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) อธิบายว่า การจัดการตนเองมีพื้นฐานมาจากรูปแบบของการมีส่วนร่วม ซึ่งเน้นความสำคัญของความรับผิดชอบของบุคคล เพื่อกระทำให้บรรลุเป้าหมาย ที่ประกอบด้วย3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง (self-monitoring) 2) การประเมินตนเอง (self-evaluation) และ 3) การเสริมแรงตนเอง (self-reinforcement) โดยปัจจัย 4 ด้านที่มีอิทธิผลต่อการตัดสินใจของบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดของการจัดการตนเอง ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 2) ประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3) โทษหรือผลเสียหากไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 4) เพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีอิทธิพลในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยบุคคลมีโอกาสล้มเลิกหรือตัดสินใจหยุดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเอง

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ที่สตรีมีครรภ์ได้รับจากบุคลากรทีมสุขภาพเป็นปัจจัยที่ทำให้สตรีมีครรภ์ตัดสินใจควบคุมและติดตามพฤติกรรมของตนเอง เกิดความตระหนักถึงผลกระทบและประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความเข้าใจในเหตุผลและความจำเป็นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อันนำไปสู่ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อตั้งเป้าหมายและติดตามตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง (Subarto, Indriani, & Sulistyaningsih, 2019) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.36$, $p<0.01$) (Boonprasit, Somanusorn, & Sumngern, 2016)

การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อพฤติกรรมการจัดการตนเอง เนื่องจากการรับรู้ความเสี่ยงอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของสตรีมีครรภ์อีกทั้งเป็นแรงจูงใจในการแสวงหาความรู้เพื่อดูแลตนเอง รวมทั้งการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคคลากรทางการแพทย์ (Bayrampour, Heaman, Duncan, & Tough, 2013) เฮียแมน, กัฟตัน, และเกกอรี (Heaman, Guptun & Gregory, 2009) เชื่อว่าการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์มาจากข้อมูลทางการแพทย์ การรับรู้ของบุคคลต่อลักษณะสถานการณ์หรือผลลัพธ์

ของสถานการณ์ที่เกิดขึ้น และการคิดแก้ไขสถานการณ์ จากการศึกษาของ เฮียแมน กัฟตัน และคณะ (Heaman et al., 2004) ในสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงและสตรีมีครรภ์ปกติ พบว่าสตรีมีครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์สูงกว่าสตรีมีครรภ์ปกติ

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของเบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่า เมื่อบุคคลประเมินว่าตนเองมีสมรรถนะแห่งตนสูง จะมีการคิดวิเคราะห์เชื่อมโยงประสบการณ์เพื่อพิจารณาตัดสินความสามารถของตนเองในการจัดการกับสถานการณ์ที่เผชิญ ส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจนสำเร็จแม้จะมีอุปสรรคหรือปัญหาที่ยากลำบาก ก็พร้อมที่จะท้าทายและมองว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถที่ตนเองจะรับมือได้ (Bandura, 1997) ซึ่งการจัดการตนเองและกำกับตนเองได้ตรงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ บุคคลจะเสริมแรงตนเองโดยเกิดความรู้สึกภูมิใจ มั่นใจ และคงพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) (Sarkar, Fisher, & Schillinger, 2006)

การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นการกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ เช่น การเลือกรายการอาหารที่เหมาะสม การกระตุ้นให้ออกกำลังกาย การให้กำลังใจ อีกทั้งช่วยลดความวิตกกังวลของสตรีมีครรภ์ (Wazqar & Evan, 2012) รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ สามารถเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Carolan, Gill & Streel, 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงจะส่งผลให้สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม เนื่องจากการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะด้านข้อมูลอย่างเพียงพอช่วยให้สตรีสามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตให้เหมาะสม เพื่อให้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Radarith, Tachasuksri & Siriarunrat, 2019)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์สตรีมีครรภ์มักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนมาก รับประทานอาหารได้น้อย จนทำให้น้ำหนักไม่เพิ่มหรือลดลงได้ จนกระทั่งเข้าสู่ไตรมาสที่สอง อาการคลื่นไส้อาเจียนบรรเทาลง ทำให้สตรีมีครรภ์รับประทานอาหารได้เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากระยะนี้ฮอร์โมน human placental lactogen (hPL) ที่สร้างจากรกมีระดับเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลต่อเมตาบอลิซึมของคาร์โบไฮเดรตเนื่องจาก hPL เป็นฮอร์โมนที่ต้านฤทธิ์การทำงานอินซูลิน จึงทำให้สตรีมีครรภ์อาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงได้ (Pillitteri, 2018) นอกจากนี้ปัจจุบันมีการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Radarith et al., 2019) แต่ยังไม่พบการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น อีกทั้งเพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ และลดภาวะแทรกซ้อนจากการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ส่งผลให้มีภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีตามมา

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมของสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการจัดการตนเองของ แคนเฟอร์ และกาลิค-บายส์ (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งการจัดการตนเองเน้นความสำคัญการรับผิดชอบของบุคคล เพื่อกระทำให้บรรลุเป้าหมาย ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การติดตามตนเอง 2) การประเมินตนเอง และ 3) การเสริมแรงตนเอง โดยปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจของบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดของการจัดการตนเองร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยง การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม กล่าวคือ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ภาวะเสี่ยงของสตรีมีครรภ์เป็นแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่สตรีมีครรภ์รับรู้ความสามารถของตนเองจนเกิดความมั่นใจในการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมมีส่วนช่วยในการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องจนไม่เกิดภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation research) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ที่มารับบริการในหน่วยฝากครรภ์ จังหวัดเชียงราย และได้รับประเมินว่ามีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ตั้งแต่ครั้งแรกที่ฝากครรภ์

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการเปิดตารางประมาณค่าอำนาจทดสอบการวิเคราะห์ทางสถิติกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบที่ .80 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .30 จากการเปิดตาราง (Polit, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาในจังหวัดเชียงรายที่มีสตรีมีครรภ์ใช้บริการหน่วยฝากครรภ์มากกว่า 250 คนต่อปี จำนวน 5 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลพาน โรงพยาบาลแม่สรวย โรงพยาบาลเทิง โรงพยาบาลเชียงของ และโรงพยาบาลแม่จัน เก็บข้อมูลสตรีมีครรภ์โรงพยาบาลละ 19 คน โดยเข้าเกณฑ์ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ 1) อายุมากกว่า 30 ปี 2) ดัชนีมวลกายมากกว่า 25 กิโลกรัม/เมตร^2 3) มีประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ในครรภ์ก่อน 4) มีประวัติญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวาน 5) มีประวัติคลอดบุตรน้ำหนักตัวมากกว่า 4,000 กรัม นอกจากนี้สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย รวมทั้งยินดีเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์ปัจจุบัน ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ โรคประจำตัว ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว และผลการตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีข้อคำถาม 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหา 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ความรู้ด้านโภชนาการ และความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกาย ลักษณะคำตอบเป็นแบบ 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ โดยให้ 1 คะแนน เมื่อตอบถูก และให้ 0 คะแนน เมื่อตอบผิดหรือไม่ทราบ สำหรับการแปลผลระดับความรู้แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 0-5 คะแนน หมายถึง สตรีมีครรภ์มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ต่ำ 6-10 คะแนน หมายถึง สตรีมีครรภ์มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ปานกลาง และ 11-15 คะแนน หมายถึง สตรีมีครรภ์มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์สูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ของ เฮียแมน และ กัฟตัน (Heaman &

Guptun, 2009) แปลเป็นภาษาไทยโดย อัญชลี จิตราภิรมย์, จันทรรัตน์ เจริญสันติ, และพรรณพิไล ศรีอาภรณ์ (Jittrapirom, Chareonsanti, Sriarporn, 2014) ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นต่อสตรีมีครรภ์และทารกในครรภ์ จำนวน 9 ข้อ แบบสอบถามมีลักษณะเป็นเส้นตรงที่มีความต่อเนื่อง 100 มิลลิเมตร จาก 0-100 มิลลิเมตร แทนระดับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ตั้งแต่รับรู้ว่าไม่มีภาวะเสี่ยงเลย จนถึงรับรู้ว่ามีภาวะเสี่ยงสูงอย่างยิ่ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-900 คะแนน โดยใช้การแบ่งตามอันตรภาคชั้น โดย 0–300 คะแนน หมายถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ 301-600 คะแนน หมายถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับปานกลาง และ 601-900 คะแนน หมายถึงการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยข้อคำถาม 16 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการติดตามภาวะสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่มีความมั่นใจเลย (0 คะแนน) มีความมั่นใจเล็กน้อย (1 คะแนน) มีความมั่นใจปานกลาง (2 คะแนน) มีความมั่นใจมาก (3 คะแนน) และมีความมั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) การแปลผลคะแนน 3 ระดับ คือ 0-21 คะแนน หมายถึงมีระดับสมรรถนะแห่งตนต่ำ 22-43 คะแนน หมายถึง ระดับสมรรถนะแห่งตนปานกลาง และ 44-64 คะแนน หมายถึงระดับสมรรถนะแห่งตนสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมซึ่งสร้างโดยตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี และคณะ (Tachasuksri et al., 2017) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ ด้านบทบาทหน้าที่ ด้านข้อมูลและด้านสิ่งของ มีข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่จริงเลย (1 คะแนน) เป็นจริงบางครั้ง (2 คะแนน) เป็นจริงส่วนมาก (3 คะแนน) และเป็นจริงมากที่สุด (4 คะแนน) เกณฑ์การแปลผลคะแนนมี 3 ระดับ คือ 15-30 คะแนน หมายถึงระดับต่ำ คะแนน 31-45 หมายถึงระดับปานกลาง และ 46-60 คะแนน หมายถึงระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ แคนเฟอร์ และ แกลิค-บายส์ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวนข้อคำถาม 15 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรมการจัดการตนเอง 3 ด้าน คือ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การติดตามและการควบคุม ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติ (1 คะแนน) ปฏิบัติบ้าง (2 คะแนน) ปฏิบัติมาก (3 คะแนน) และปฏิบัติมากที่สุด (4 คะแนน) การแปลผลคะแนนมี 3 ระดับ คือ 15-30 คะแนน หมายถึงสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับต่ำ 31-45 คะแนน หมายถึงสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับปานกลาง และ 46-60 คะแนน หมายถึงสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการจัดการตนเองระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามความรู้เรื่องเบาหวานในขณะตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (content validity index) เท่ากับ 0.88 0.94 และ 0.94 ตามลำดับ

การหาความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับสตรีตั้งครรภ์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 ราย แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20) เท่ากับ 0.78 สำหรับแบบสอบถามการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ และแบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach’s alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91, 0.89, 0.84 และ 0.93 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยเชียงราย เลขที่ CRC.IRB No. 005/2564 และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน สิงหาคม ถึง ตุลาคม พ.ศ. 2564 โดยดำเนินตามขั้นตอนดังนี้

1. นำหนังสือรับรองเข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล หัวหน้าแผนกฝากครรภ์ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

2. พยาบาลประจำหน่วยฝากครรภ์ สำรวจสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์และมีคุณสมบัติตามที่กำหนด เพื่อขออนุญาตให้ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างระหว่างรอพบแพทย์ หรือรอผลการตรวจ 50g Glucose Challenge Test

3. ผู้วิจัยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้เข้าร่วมวิจัยเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ และอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการทำวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และอธิบายการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในแบบฟอร์มยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามทั้งหมด 30-45 นาที และผู้วิจัยจะอยู่ในบริเวณที่กลุ่มตัวอย่างสามารถซักถามข้อสงสัยหรือขอยุติการเข้าร่วมได้ตลอดระยะเวลาที่ตอบแบบสอบถาม

5. หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

2. วิเคราะห์คะแนนของความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของสตรีตั้งครรภ์ โดยการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สเมียรนอฟ (Kolmogorov-Smirnov test)

4. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

5.วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์และการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของสเปียร์แมน (Spearman correlation coefficient)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 56.47 โดยมีอายุเฉลี่ย 30.66 ปี ($\bar{X}$=30.66, S.D.=5.54) ส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลังร้อยละ 70.60 มีดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์ปกติ (BMI 18.5-24.9 kg/m2) ร้อยละ 50.6 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ (BMI 25-29.9 kg/m2) ร้อยละ 31 และดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์อ้วน (BMI>30 kg/m2) ร้อยละ 10.60 รวมทั้งมีระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป ร้อยละ 48.24 มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 95.30 อยู่ในครอบครัวขยาย ร้อยละ 45 และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัว 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.90 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นขณะตั้งครรภ์สูงสุด 3 ดับแรก ได้แก่ อายุมากกว่า 30 ปี ร้อยละ 32.94 ดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ร้อยละ 25.88 และอายุมากกว่า 30 ปี ร่วมกับดัชนีมวลกายก่อนการตั้งครรภ์เกินเกณฑ์ ร้อยละ 21.18

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนน

พฤติกรรมการจัดการตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 82.40 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ย 38.35 (S.D.=6.20) และมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 9.93 (S.D.=3.94) การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 215.27 (S.D.=172.08) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ย 38.01 (S.D.=9.42) สำหรับการสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ย 47.48 (S.D.=9.50) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .237, p<.05) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.680, p<.01) และ (r=.527, p<.01) ตามลำดับ สำหรับการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการจัดการตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (n=85)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการจัดการตนเอง ($\bar{X}$=38.35, S.D.=6.20)		
ระดับต่ำ (15-30 คะแนน)	4	4.71
ระดับปานกลาง (31-45 คะแนน)	70	82.35
ระดับสูง (46-60 คะแนน)	11	12.94
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ($\bar{X}$=9.93, S.D.=3.94)		
ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	12	14.12
ระดับปานกลาง (6-10 คะแนน)	30	35.29
ระดับสูง (11-15 คะแนน)	43	50.59
การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ($\bar{X}$=215.27, S.D.=172.08)		
ระดับต่ำ (0 – 300 คะแนน)	62	72.94
ระดับปานกลาง (301-600 คะแนน)	22	25.88
ระดับสูง (601-900 คะแนน)	1	1.18
การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($\bar{X}$=38.01, S.D.=9.42)		
ระดับต่ำ (0-21 คะแนน)	5	5.88
ระดับปานกลาง (22-43 คะแนน)	53	62.35
ระดับสูง (44-64 คะแนน)	27	31.77
การสนับสนุนทางสังคม ($\bar{X}$=47.48, S.D.=9.50)		
ระดับต่ำ (15-30 คะแนน)	8	9.41
ระดับปานกลาง (31-45 คะแนน)	20	23.53
ระดับสูง (46-60 คะแนน)	57	67.06

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (n=85)

ปัจจัย	1	2	3	4	5
1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์	1	.276*	.265*	.242*	.237*
2. การรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์	.276*	1	-.102	-.102	-.006
3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตน	.265*	-.102	1	.610**	.680**
4. การสนับสนุนทางสังคม	.242*	-.102	.610*	1	.527*
5. การจัดการตนเอง	.237*	-.006	.680**	.527**	1

หมายเหตุ * มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.5 , **มีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

จากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับปานกลาง จากการวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้านพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการติดตามอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาลและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตัวสูงที่สุด สอดคล้องกับแนวคิดของ แคนเฟอร์ และ กาลิค-บาย (Kanfer&Gaelick-Buys, 1991) ที่อธิบายว่าการติดตามตนเองเป็นขั้นตอนแรกของการจัดการตนเองที่บุคคลต้องรับผิดชอบเพื่อกระทำให้บรรลุเป้าหมาย ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ จึงมีการติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักอยู่เสมอ สอดคล้องกับการศึกษาของ โอเคช และ คณะ (Okeh et al., 2015) พบว่าสตรีมีครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนมีความตระหนักถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากกว่าสตรีที่มีน้ำหนักปกติ โดยร้อยละ 48 ของสตรีที่มีน้ำหนักเกินหรืออ้วนติดตามการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักและรู้เป้าหมายของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นระหว่างการตั้งครรภ์

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .237, p<.05) สอดคล้องกับแนวคิดของ แคนเฟอร์ และ กาลิค-บาย (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่อธิบายว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจของบุคคลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามแนวคิดของการจัดการตนเอง นอกจากนี้การมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทั้งต่อตนเองและทารกในครรภ์ ทำให้สตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์มีความตระหนักถึงความสำคัญในการจัดการตนเองเพื่อป้องกันการเกิดเบาหวานขณะตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยของ นภาภรณ์ เกตุทอง และ นิลุบล รุจิรประเสริฐ (Gettong & Rujiraprasert, 2018) พบว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินขณะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมสุภาพสตรีมีครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .258, p<0.05) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาคะแนนความรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมทางด้านร่างกายของกลุ่มตัวอย่างพบว่าอยู่ในระดับต่ำ สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนยังขาดความรู้และความเข้าใจในเหตุผลของการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย อันนำไปสู่การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ได้

3. การรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .680, p<.01) สอดคล้องกับแนวคิดของ แคนเฟอร์ และ กาลิค-บาย (Kanfer & Gaelick-Buys, 1991) ที่อธิบายว่าบุคคลมีโอกาสล้มเลิกหรือตัดสินใจหยุดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการตนเอง หากบุคคลตัดสินความสามารถของตนเองต่ำ ไม่มั่นใจในความสามารถของตนเอง จึงอาจตัดสินใจล้มเลิกหรือหยุดพฤติกรรมการจัดการตนเองได้ตลอดเวลา การรับรู้สมรรถนะแห่งตนส่งผลให้เกิดความเชื่อมั่นและแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมจนสำเร็จแม้

จะมีอุปสรรคหรือปัญหาที่ยากลำบาก ก็พร้อมที่จะเผชิญและมองว่าสถานการณ์นั้นไม่ยากเกินความสามารถที่ตนเองจะรับมือได้ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ นภาภรณ์ เกตุทอง และ นิลุบล รุจิรประเสริฐ (Gettong & Rujiraprasert, 2018) พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของสตรีมีครรภ์ที่มีภาวะน้ำหนักเกินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r= .423, p<.01)

4. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.527, p<.01) ทั้งนี้อาจเนื่องจากการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือสามี เป็นสัมพันธภาพที่เกิดความรักใคร่ผูกพัน ส่งผลให้สตรีมีครรภ์มีกำลังใจในการจัดการตนเองขณะตั้งครรภ์ (Wazqar & Evan, 2012) ในขณะที่การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์มีความสามารถในการจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Carolan et al., 2012) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนัดดา ระดาฤทธิ์ และคณะ (Radarith et al., 2019) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองของสตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยทำนายการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ โดยสตรีมีครรภ์ที่มีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง จะส่งผลให้มีการจัดการตนเองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะด้านข้อมูลอย่างเพียงพอ จะช่วยให้สตรีที่มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์สามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและดำเนินชีวิตให้เหมาะสม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิติมา คาระบุตร (Karabutr, 2021) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักและการเพิ่มขึ้นของน้ำหนักตามเกณฑ์ในสตรีมีครรภ์ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์หรืออ้วน พบว่าภายหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p< 0.01 เนื่องจากโปรแกรมพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการจัดการตนเองและครอบครัว ส่วนหนึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่ช่วยให้สตรีมีครรภ์และสมาชิกในครอบครัวมีความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนัก

5. การรับรู้ความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในสตรีที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์อยู่ในระดับต่ำ และส่วนใหญ่เป็นครรภ์หลังร้อยละ 70.60 จึงอาจมีการรับรู้ภาวะเสี่ยงของการตั้งครรภ์ต่ำเพราะมีประสบการณ์ในการตั้งครรภ์และการคลอดบุตรมาก่อน (Saengin, & Phonguson, 2017) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ จึงอาจส่งผลต่อการรับรู้ว่ายังอยู่ในภาวะปกติของการตั้งครรภ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรรัตน์ เกิดดอนแฝก, บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์, อุมาพร อุดมทรัพยากุล, และ เฉลิมศรี นันทวรรณ (Kerdonfag, Wongsunoppara, Udomsubpayaku, & Nuntawan 2010) ศึกษาการรับรู้ความเสี่ยง ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ และวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพในญาติสายตรงลำดับแรกของผู้ที่เป็นเบาหวาน พบว่าความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานตามเกณฑ์ในกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ซึ่งรวมทั้งกลุ่มเสี่ยงที่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวานและกลุ่มประชาชนทั่วไป ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=.06, p=.217) แสดงว่าการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานมากหรือน้อยไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มเสี่ยงที่มีญาติสายตรงเป็นเบาหวานและกลุ่มประชาชนทั่วไปไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ โภชนาการ การออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียด

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์และส่งเสริมให้สตรีมีครรภ์มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เพื่อให้สตรีมีครรภ์ที่มีความเสี่ยงเล็งเห็นถึงความสำคัญในการจัดการตนเอง ลดความเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองของสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ เช่น ระดับน้ำตาลในเลือด การเพิ่มขึ้นของน้ำหนักขณะตั้งครรภ์ เป็นต้น

2. ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในสตรีมีครรภ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์

References

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: W.H. freeman and company.

Bayrampour, H., Heaman, M., Duncan,K., A. & Tough, S. (2013). Predictors of perception of pregnancy risk among nulliparous women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 42*(4), 416-427. (in Thai)

Boonprasit, S., Somanusorn, S. & Sumngern, C. (2016). Factor related to self-management for controlling plasma glucose in uncontrolled diabetes elderly. *Journal of Boromarajonani College of Nursing Bangkok*, *32*(1), 44-55. (in Thai)

Carolan, M., Gill, G. K. & Streel, C. (2012). Women's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management. *BMC Pregnancy Childbirth, 18*(1), 1-12.

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Gestational diabetes and pregnancy.* Retrieved from https://www.cdc.gov/pregnancy/diabetes-gestational.html

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

Gettong, N. & Rujiraprasert, N. (2018). The relationships between knowledge about overweight during pregnancy, perceived self-efficacy and health behaviors among pregnant women with overweight. *Srinagarind Medical Journal, 33*(2), 129-137. (in Thai)

Gilbert, L., Gross, J., Lanzi, S., Quansah, D. Y., Puder, J. & Horsch, A. (2019). How diet, physical activity and psychosocial well-being interact in women with gestational diabetes mellitus: An integrative review. *BMC Pregnancy Childbirth, 19*(1), 60-75.

Heaman M., Gupton A., & Gregory D. (2009). Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. *The American Journal of Maternal Child Nursing ,29*(1), 111-116.

Heaman, M. I., & Guptun, A. L. Gregory, D. (2004). Factors influencing pregnant women's perceptions of risk. *The American Journal of Maternal/Child Nursing, 29*(2), 111-116.

International Diabetes Federation [IDF]. (2020). *Gestational diabetes.* Retrieved from https://www.idf.org/our-activities/care-prevention/gdm.html

Jittrapirom, A., Chareonsanti, J. & Sriarporn, P. (2014). Pregnancy risk perception, uncertainty, and stress among gestational diabetic women. *Nursing Journal*, *41*(1), 50-61. (in Thai)

Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods.* pp.334-389. New York: Pergamon Press.

Karabutr, T. (2021). *Effect of self-management program on weight control behavior and appropriate weight gain in overweight or obese pregnant women.* (in Thai) Retrieved from http://ir.buu.ac.th/dspace/bitstream/1513/265/1/61920063.pdf.

Kerdonfag, P., Wongsunoppara, B., Udomsubpayaku, U. & Nuntawan, C. (2010). Perceived risk, criteria-based risk to diabetes mellitus, and health-promoting lifestyles in the first degree relatives of persons with diabetes mellitus. *Ramathibodi Nurse Journal, 16*(2), 169-184. (in Thai)

Okeh, N. O., Hawkins, K. C., Butler, W. & Younis, A. (2015). Knowledge and perception of risks and complications of maternal obesity during pregnancy. *Gynecology & Obstetric, 5*(9), 1-5.

Pillitteri, A. (2018). *Maternal & child health nursing care of the childbearing & childrearing family (8th ed.).* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins

Polit, D. F. (2010). *Statistic and data analysis for nursing research* (2nd ed). Boston: Pearson.

Radarith, C., Tachasuksri, T. & Siriarunrat, S. (2019). Factors influencing self-management among women with gestational diabetes mellitus. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University, 27*(1), 50-59. (in Thai)

Saengin, S. & Phonguson, C. (2017). *Perceptions of pregnancy risk, health behaviors and holistic health service needs among women of advanced maternal age.* Retrieved from http://dspace.lib.buu.ac.th/xmlui/handle/1234567890/4052. (in Thai)

Sarkar, U., Fisher, L. & Schillinger, D. (2006). Is self-Efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy. *Diabetes care, 29*(4), 823-829.

Subarto, C., Indriani, & Sulistyaningsih. (2019). Self-management on gestational diabetes mellitus: A systematic literature review. *International Respati Health Conference.* Retrieved from http://prosiding.respati.ac.id/index.php/PIC/article/view/79

Tachasuksri, T., Siriarunrat., S., Suppasri, P., Suppaseemanont, W., Boonnate, N. & Kwannate, C. (2017). Causal model for quality of life among pregnant women. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(1), 28-46. (in Thai)

Tiensawang, N. (2018). Gestational diabetes screening in Wangsapung Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal, 26*(2), 148-156. (in Thai)

Wazqar, D. Y., & Evan, M. K. (2012). Socio-cultural aspects of self-management in gestational diabetes. *Journal of Diabetes Nursing, 6*(2), 62-67.

การส่งเสริมบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

Encouraging Fathers to Support Breastfeeding: The Role of Nurse-Midwife

ปรียกมล ไกรกิจราษฎร์* Preeyakamon Krikitrat*

พรรณพิไล ศรีอาภรณ์** Punpilai Sriarporn**

บทคัดย่อ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีประโยชน์ต่อทั้งทารก มารดา ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ บิดาเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา บทบาทของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เริ่มตั้งแต่การวางแผนร่วมกัน การมีส่วนร่วมกับมารดาในการตัดสินใจที่จะให้นมมารดาแก่บุตร การส่งเสริมสนับสนุนตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ และช่วยเหลือดูแลมารดาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจในระหว่างที่ให้นมบุตรในระยะหลังคลอดจนบุตรอายุ 2 ปีหรือมากกว่า อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดของบิดาในการแสดงบทบาทการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เนื่องจากขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พยาบาลผดุงครรภ์สามารถส่งเสริมบทบาทของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เริ่มตั้งแต่การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ตลอดจนการพัฒนากิจกรรมในการช่วยส่งเสริมพฤติกรรมของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งจะเป็นแนวทางที่ช่วยให้บิดาเกิดความมั่นใจในบทบาทของตนเองในการสนับสนุนมารดาให้ประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อให้พยาบาลผดุงครรภ์ และบุคลากรทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมบทบาทบิดาให้สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: บิดา การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

*ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: preeyakamon.lert@cmu.ac.th

**ศาสตราจารย์คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 7 ธันวาคม 2564 วันที่แก้ไขบทความ 10 มกราคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 8 กุมภาพันธ์ 2565

Abstract

Breastfeeding is beneficial for infants as well as for mothers, families, society and the nation. fathers are recognized as a key person affecting successful breastfeeding. The father's role in supporting breastfeeding involved co-parenting on breastfeeding planning and decision-making and giving support during the antenatal period, including providing maternal physical and mental support during breastfeeding in the postpartum period until the child is 2 years of age or older. However, the father's role in supporting breastfeeding has been limited because of a lack of knowledge and understanding about breastfeeding. Therefore, nurse-midwives are able to encourage the father's role in supporting breastfeeding by counselling, providing education and reinforcing positive attitudes toward breastfeeding for fathers, as well as developing interventions encouraging fathers' breastfeeding support behavior. These ways will encourage fathers to be confident in their roles to support mothers' breastfeeding successfully.

The purposes of this article were to document fathers' knowledge, attitudes, and behaviors of breastfeeding support, including the role of the nurse-midwife in encouraging fathers to support breastfeeding. This article can be a guide for nurse-midwives and related healthcare providers to apply in order to encourage the father's role in supporting breastfeeding appropriately.

Keywords: Fathers, Breastfeeding, Breastfeeding support, Role of nurse-midwife

*Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: preeyakamon.lert@cmu.ac.th

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

Received 7 December 2021; Revised 10 January 2022; Accepted 8 February 2022

บทนำ

การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นวิธีที่ยอมรับกันทั่วโลกว่าน้ำนมมารดาเป็นอาหารที่ดีที่สุดสำหรับทารกแรกเกิดจนถึง 2 ขวบ และมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อภาวะสุขภาพของทารก (American Association of Pediatrics, 2012) เพราะในน้ำนมมารดาประกอบไปด้วยสารอาหารที่มีคุณค่า และสารที่จำเป็นในการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับทารก (Cabinian et al., 2016) รวมทั้งช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินอาหารและทางเดินหายใจของทารกได้ (Horta, Loret de Mola, & Victora, 2015; Victora et al. , 2016) นอกจากนี้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ยังมีประโยชน์ต่อมารดา คือ ลดความเสี่ยงในการตกเลือดหลังคลอด และการเกิดมะเร็งเต้านม และรังไข่ (Rollins et al., 2016; Victora et al., 2016) โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2016) ได้แนะนำมารดาให้นมมารดาอย่างเดียวแก่บุตร (Exclusive Breastfeeding) โดยปราศจากการให้น้ำ หรืออาหารอื่นเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และให้นมมารดาควบคู่กับอาหารตามวัยจนบุตรอายุ 2 ปี หรือมากกว่า

ความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านนโยบายระดับชาติ สังคมวัฒนธรรม และปัจจัยส่วนบุคคลของมารดา โดยพบว่าการสนับสนุนของบิดาเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เนื่องจากบิดาเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของมารดา (Abbass-Dick, Stern, Nelson, Watson, & Dennis, 2015) ในปัจจุบัน จากสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่ของประเทศไทยกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว และบิดาถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่ในการเลี้ยงดูบุตรร่วมกับมารดามากขึ้น (Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand, 2016) ทั้งในการช่วยมารดาเรื่องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การดูแลความสะอาดร่างกายและการให้อาหารแก่บุตร (Kowlessar, Fox, & Wittkowski, 2014) โดยพบว่าการช่วยเหลือสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของบิดามีอิทธิพลต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ตั้งแต่การเริ่มต้นให้นมบุตร (initiation) และระยะเวลา (duration) ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Abbass-Dick et al., 2015) ซึ่งบทบาทของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเริ่มตั้งแต่การวางแผนร่วมกันในระยะตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมกับมารดาในการตัดสินใจที่จะให้นมมารดาแก่บุตร และช่วยเหลือดูแลมารดาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจในระหว่างที่มารดาให้นมบุตร รวมทั้งการสนับสนุนด้านอื่น ๆ เช่น การหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา การดูแลค่าใช้จ่ายในบ้าน เป็นต้น โดยบิดาที่สนับสนุนมารดาให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จะทำให้มารดามีความมั่นใจในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สามารถตัดสินใจและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการให้นมบุตรได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Mannion, Hobbs, McDonald, & Tough, 2013) ช่วยให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างต่อเนื่อง และยาวนานมากขึ้น (Lok, Bai, & Tarrant, 2017) ดังนั้น บิดาจึงควรได้รับการส่งเสริมบทบาทในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และบทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการให้ความรู้ เสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการพัฒนากิจกรรมในการส่งเสริมบทบาทบิดา เพื่อเป็นแนวทางให้พยาบาลผดุงครรภ์นำไปประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมบทบาทบิดาให้สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างเหมาะสม

ความรู้ของบิดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ความรู้ของบิดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการสนับสนุนมารดา และความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Tsegaye, Ajema, Shiferaw, Shiferaw, & Yirgu, 2019) บิดาที่มีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและทราบวิธีการช่วยเหลือในขณะที่มารดาให้นมบุตรจะสามารถสนับสนุนและดูแลมารดาตั้งแต่ระยะแรกของการเริ่มต้นการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และทำให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวได้อย่างต่อเนื่องจนกระทั่งถึง 6 เดือนหลังคลอด (Mahesh et al., 2018) ในทางกลับกันหากบิดาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์และความสำคัญของการเลี้ยง

บุตรด้วยนมมารดา จะเป็นอุปสรรคที่ทำให้บิดาขาดความตระหนักเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา รวมทั้งทำให้บิดามองว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นสิ่งที่ยุ่งยาก และเกิดความรู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่สามารถช่วยเหลือมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ (Sherriff, Hall, & Pickin, 2009)

แม้ว่าในปัจจุบันบิดามีโอกาสเข้าร่วมในการสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาร่วมกับมารดาในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอดมากขึ้น แต่จากการศึกษาในต่างประเทศ (Brown & Davies, 2014; Datta, Graham, & Wellings, 2012; Mitchell-Box & Braun, 2012) พบว่า บิดามีความเห็นว่าความรู้ที่ได้รับเป็นเพียงข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ๆ เรื่องประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่นข้อดีของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารก และประโยชน์ของน้ำนมมารดาต่อสุขภาพของทารก เป็นต้น ซึ่งหัวข้อเหล่านี้ไม่เพียงพอต่อความต้องการของบิดาที่จะนำไปใช้ในการช่วยเหลือดูแลมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบิดาส่วนหนึ่งได้รับความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จากสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะ ย่า ยาย บุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อน หรือเพื่อนร่วมงาน รวมทั้งจากการสืบค้นข้อมูลด้วยตนเองจากสื่อสารสนเทศ (Bootsri & Taneepanichskul, 2017; Brown & Davies, 2014; Rempel & Rempel, 2011) จึงทำให้บิดาคิดว่าตนเองมีความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาไม่เพียงพอ และยังรับรู้ถึงประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ไม่ลึกซึ้งและชัดเจน (Sherriff et al., 2009)

ดังนั้นเพื่อให้บิดามีความรู้อย่างเพียงพอ และสามารถนำความรู้ไปสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา รวมทั้งให้การดูแลช่วยเหลือมารดาในขณะให้นมบุตรได้อย่างเหมาะสม บิดาควรได้รับความรู้ที่เฉพาะเจาะจง และตรงกับความต้องการของบิดา (Brown & Davies, 2014; Mitchell-Box & Braun, 2012; Tohotoa, Maycock, Hauck, Howat, Burns, & Binns, 2009) โดยความรู้ที่ให้ควรครอบคลุมในหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ความสำคัญ และประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ทั้งต่อมารดา บุตร ครอบครัว และสังคม เพื่อให้บิดาเกิดความตระหนัก และเห็นคุณค่า รวมทั้งเกิดทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาซึ่งจะทำให้บิดาสนับสนุนมารดาในการตัดสินใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่อง (U.S Department of Agriculture, 2022)

2. การช่วยเหลือมารดาขณะให้นมบุตร เช่น การช่วยอุ้มบุตรเข้าเต้านมมารดา การช่วยจัดท่าให้มารดามีความสุขสบาย การจับบุตรเรอ เป็นต้น เพื่อให้บิดาสามารถปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้อย่างถูกต้อง และมีส่วนร่วมในขณะที่มารดาให้นมบุตร (Mitchell-Box &Braun, 2012)

3. การช่วยเหลือแก้ไขปัญหาที่พบในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น หัวนมแตก ท่อน้ำนมอุดตัน เต้านมอักเสบ หรือบุตรดูดนมไม่ถูกวิธี เป็นต้น รวมทั้งการประเมินความเพียงพอของการได้รับน้ำนมของบุตร เพื่อให้บิดาสามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก่มารดาได้อย่างเหมาะสมเมื่อมารดาประสบปัญหาในการให้นมบุตร โดยเฉพาะในระยะแรกของการให้นม หากมารดาได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกวิธีจากบิดา จะทำให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างต่อเนื่อง (U.S Department of Agriculture, 2022)

4. การช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านร่างกายของมารดา ได้แก่ การนวดและประคบเต้านมให้มารดา การบีบเก็บน้ำนม การนวดผ่อนคลาย รวมไปถึงการช่วยงานต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำบุตร การเปลี่ยนผ้าอ้อม การกล่อมบุตรนอน การช่วยทำอาหาร ดูแลความสะอาดบ้าน เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อแบ่งเบาภาระงานของมารดา ส่งเสริมให้มารดาเกิดความสุขสบาย ได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดความเหนื่อยล้าจากการให้นมบุตร (Sansiriphun, Baosoung, Klunklin, & Kantaruksa, 2014)

5. การสนับสนุนประคับประคองทางด้านของมารดา เช่น การแสดงความชื่นชมมารดาในขณะให้นมบุตร การรับฟังปัญหา ความรู้สึกของมารดา การจัดหากิจกรรมให้มารดาได้ผ่อนคลาย เป็นต้น เพื่อให้มารดามีกำลังใจ และลดความตึงเครียดจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Mgolozeli, Khoza, Shilubane, & Nesamvuni, 2018)

ดังนั้น ความรู้ที่บิดาควรได้รับเพื่อสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจึงประกอบด้วยความรู้พื้นฐานทั่วไปเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และความรู้ที่

เฉพาะเจาะจงสำหรับบิดาในการดูแลช่วยเหลือมารดาในด้านต่าง ๆ เพื่อช่วยให้บิดาสามารถนำความรู้เหล่านี้ไปใช้เพื่อสนับสนุนมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างเหมาะสม

ทัศนคติของบิดาต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

ทัศนคติของบิดาต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นความคิด หรือความรู้สึกของบิดาเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งทัศนคติของบิดาต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจการตัดสินใจ และระยะเวลาในการให้นมบุตรของมารดา (Mitchell-Box, Braun, Hurwitz, & Hayes, 2013) และมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Khamaurai, Sansiriphun, & Kantaruksa, 2019) รวมทั้งความตั้งใจของบิดาที่จะกระตุ้นมารดาให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Lerttrakannon, Kantaruksa, & Sansiriphun, 2016)

ทัศนคติของบิดาต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นมีทั้งทัศนคติด้านบวก และด้านลบ โดยทัศนคติด้านบวกเป็นความคิดเห็นของบิดาที่เห็นด้วยกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เนื่องจากบิดามองเห็นถึงประโยชน์และคุณค่าของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งเป็นน้ำนมตามธรรมชาติที่ไม่ก่อให้เกิดอันตรายใด ๆ ต่อทารก (Datta et al., 2012) และรับรู้ถึงผลเสียของการเลี้ยงบุตรด้วยนมผสมต่อภาวะสุขภาพของบุตร (Brown & Davies, 2014; Datta et al., 2012; Mgolozeli et al., 2018; Mitchell-Box & Braun, 2012) บิดาจึงต้องการให้บุตรของตนเองได้รับน้ำนมจากมารดา ซึ่งทัศนคติด้านบวกของบิดาต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่งผลให้มารดามีความตั้งใจที่จะให้นมมารดาแก่บุตรอย่างเดียวเป็นเวลา 6 เดือน และสามารถให้นมแก่บุตรได้อย่างต่อเนื่อง (Namir, Brady, & Gallagher, 2017)

ในทางตรงกันข้ามทัศนคติด้านลบของบิดาต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นความรู้สึกของบิดาที่ไม่เห็นด้วยต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยบิดามองว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสม ทำให้เต้านมมารดาไม่สวยงาม รวมทั้งมีผลกระทบต่อความสัมพันธ์ของบิดาและมารดา รบกวนความสัมพันธ์ทางเพศ ขัดขวางการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบิดาและทารก นอกจากนี้ ทัศนคติด้านลบต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะเกิดขึ้นเมื่อบิดาไม่สามารถช่วยเหลือมารดาขณะให้นมบุตรได้ ทำให้บิดาเกิดความรู้สึกกังวล ไร้คุณค่า และรู้สึกผิด (Brown & Davies, 2014; Rempel & Rempel, 2011; Mgolozeli et al., 2018; Mitchell-Box & Braun, 2012) บิดาบางรายอาจรู้สึกว่าตนเองถูกแยกออกจากการดูแลบุตร รวมทั้งเขินอาย และทำตัวไม่ถูก ในขณะที่มารดาให้นมบุตร (Mitchell-Box & Braun, 2012; Sherriff et al., 2009; Tohotoa et al., 2009) ทำให้บิดามีความมั่นใจลดลงในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Namir et al., 2017) หรือไม่สามารถช่วยเหลือเมื่อมารดาประสบปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ ส่งผลทำให้มารดาไม่สามารถให้นมบุตรได้อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเพิ่มโอกาสที่มารดาจะให้นมผสมแก่บุตร และหยุดการให้นมมารดาตั้งแต่ในระยะแรกของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Datta et al., 2012; Gewa & Chepkemboi, 2016) ดังนั้นทัศนคติของบิดาต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจึงมีความสำคัญและส่งผลต่อความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

พฤติกรรมของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

พฤติกรรมของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีอิทธิผลจากความรู้ และทัศนคติของบิดา หากบิดามีความรู้ที่เพียงพอ และมีทัศนคติด้านบวกต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จะทำให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วมกับมารดาในการตัดสินใจเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา กระตุ้นและช่วยเหลือมารดาในขณะให้นมบุตร รวมถึงให้การสนับสนุนมารดาทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ เพื่อทำให้มารดาสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ (Ouyang & Nasrin, 2021) นอกจากนี้ การสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างต่อเนื่องของบิดายังช่วยส่งเสริมให้ทารกมีภาวะสุขภาพที่แข็งแรงจากการได้รับนมมารดา และเป็นการส่งเสริมให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดา มารดา และทารก (Matos, Oliveira, Coelho, Dodt, & Moura, 2015)

พฤติกรรมของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา มีทั้งการสนับสนุนทางด้านร่างกาย และจิตใจ โดยการสนับสนุนด้านร่างกาย คือ การที่บิดาให้ความช่วยเหลือ หรือดูแลความสุขสบายให้มารดาขณะที่ให้นมบุตร เช่น การช่วยทำงานบ้านแทนมารดา

ทำอาหาร ซักผ้า ล้างจาน เป็นต้น รวมทั้งการช่วยการเลี้ยงดูบุตร อาบน้ำ เปลี่ยนผ้าอ้อม และซักผ้าอ้อมให้บุตร เพื่อลดความเหนื่อยล้าของมารดา และให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างเต็มที่ (Sansiriphun et al., 2014) สำหรับการสนับสนุนด้านจิตใจและด้านอื่นๆ บิดาจะแสดงออกโดยการให้กำลังใจในขณะที่มารดาให้นมบุตร และสนับสนุนให้มารดาให้นมบุตรได้ทั้งในบ้านและในที่สาธารณะ (Sherriff et al., 2009) รวมถึงแสดงความเห็นอกเห็นใจ และยกย่องให้คุณค่าแก่มารดาที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Rempel & Rempel, 2011) ดังการศึกษาของ มโกโลซีไล และคณะ (Mgolozeli et al., 2018) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้บทบาทของบิดาชาวแอฟริกันจำนวน 12 ราย ในการส่งเสริม สนับสนุน และปกป้องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พบว่า บิดารับรู้ว่าการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นการให้อาหารที่เหมาะสมแก่บุตร และมีประโยชน์ต่อทั้งมารดาและบุตร ทำให้บิดาสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยให้การดูแลด้านจิตใจแก่มารดาและจัดหาสิ่งสนับสนุนทางด้านการเงิน รวมทั้งแสวงหาการดูแลทางด้านสุขภาพให้แก่มารดาและทารก เพื่อลดความเครียดและวิตกกังวลของมารดาจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา นอกจากนี้ บิดายังช่วยค้นหาข้อมูล และให้คำแนะนำเกี่ยวกับเทคนิคต่าง ๆ ในการให้นมบุตรแก่มารดา โดยบิดาเปรียบเสมือนเป็นตัวแทนสมาชิกอื่น ๆ ในครอบครัว และบุคลากรทีมสุขภาพ ที่สามารถให้การดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้เป็นอย่างดี (Tohotoa et al., 2009)

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมบิดาสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

การส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลผดุงครรภ์ที่จะทำให้มารดาและทารกมีภาวะสุขภาพที่ดี นอกจากการส่งเสริมมารดาให้สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างเหมาะสมแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมบทบาทของบิดา ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนสำคัญของมารดา เป็นผู้ที่จะให้ความช่วยเหลือ และดูแลมารดาได้อย่างใกล้ชิด เพื่อบิดาจะสามารถสนับสนุนให้มารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้เหมาะสมและประสบความสำเร็จในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ดังนั้นพยาบาลผดุงครรภ์จึงมีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ ร่วมกับการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้แก่บิดา เพื่อให้ให้บิดาเห็นคุณค่า และตระหนักถึงความสำคัญในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อให้บิดาเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนแก่มารดาในการให้นมบุตร บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการส่งเสริมบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีดังนี้

1. บทบาทในการให้คำปรึกษา พยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแก่บิดาและมารดาเริ่มตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ โดยส่งเสริมให้บิดามีบทบาทในการช่วยมารดาตัดสินใจในการให้นมบุตร รวมทั้งระยะเวลาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา นอกจากนี้พยาบาลผดุงครรภ์มีทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำแก่บิดาเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยการพบปะพูดคุย ซักถามปัญหา หรือผ่านทางสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อให้บิดาสามารถนำความรู้คำแนะนำที่ได้รับไปใช้ในการแก้ไขปัญหาการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างมั่นใจ ซึ่งในบทบาทนี้พยาบาลผดุงครรภ์ต้องมีความรู้ ความเชื่อ และทัศนคติที่ดีต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ยึดมั่นในนโยบายและแนวปฏิบัติของหน่วยงานในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และต้องมีความสามารถในการให้คำปรึกษาตามหลักการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างเหมาะสม เช่น มีทักษะในการรับฟัง สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบิดาเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการเข้ารับคำปรึกษา ช่วยค้นหาประเด็นสำคัญเพื่อนำไปสู่การให้คำปรึกษา เปิดโอกาสให้บิดาตัดสินใจด้วยตนเอง และให้คำแนะนำด้วยคำพูดและท่าทางที่เหมาะสม เป็นต้น (World Health Organization, 2018)

2. บทบาทในการส่งเสริมความรู้แก่บิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พยาบาลผดุงครรภ์ควรจัดให้บิดาเข้ารับการสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทั้งเป็นรายบุคคล หรือเป็นรายกลุ่ม และให้ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ให้บิดาได้เรียนรู้ว่าควรปฏิบัติอย่างไรเมื่อมารดาให้นมบุตร และสามารถนำความรู้เหล่านั้นไปดูแลช่วยเหลือมารดาได้

อย่างเหมาะสม (Brown & Davies, 2014; Datta et al., 2012; Sherriff et al., 2009) ดังนี้

2.1 การให้ความรู้แก่บิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สามารถทำได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ของมารดา จนกระทั่งถึงระยะหลังคลอด โดยพยาบาลผดุงครรภ์สามารถพัฒนาโปรแกรม หรือแผนการสอนที่ให้ความรู้แก่บิดาทั้งในรูปแบบรายบุคคล หรือรายกลุ่ม หัวข้อสำหรับการสอนบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ควรประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น ความสำคัญและประโยชน์ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา กายวิภาคของเต้านมมารดา ชนิดของน้ำนม และหลักการในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นต้น และความรู้ที่เฉพาะเจาะจงกับบทบาทของบิดา เพื่อใช้ในการดูแลช่วยเหลือมารดาในขณะให้นมบุตรได้ เช่น การป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา รวมถึงเทคนิคการให้ความช่วยเหลือเมื่อมารดานำบุตรการเข้าเต้า (Mitchell-Box & Braun, 2012; Wambach & Spencer, 2019) เป็นต้น การได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างชัดเจน จะทำให้บิดามีแนวทางในการช่วยเหลือและสนับสนุนมารดาให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ถูกต้อง และเกิดความมั่นใจในการดูแลมารดา (Brown & Davies, 2014)

2.2 การจัดการสอนร่วมกับการให้บิดาได้ฝึกปฏิบัติเพื่อเพิ่มทักษะในการเลี้ยงดูบุตร และการช่วยเหลือมารดาขณะให้นมบุตร (Maycock et al., 2013; Su & Ouyang, 2016) จะทำให้บิดาเกิดความรู้ความเข้าใจ และมีทักษะที่ช่วยให้บิดามั่นใจในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามากขึ้น จากการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองของซู และอูยาง (Su & Ouyang, 2016) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการสอนเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มควบคุม คือ มารดา 26 รายที่ได้รับการสอนเพียงคนเดียว และกลุ่มทดลอง คือ มารดา 26 รายที่ได้รับการสอนร่วมกับบิดา โดยเปรียบเทียบการเริ่มต้นและอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวระหว่างมารดา 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า มารดาในกลุ่มทดลองมีอัตราการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว 4 เดือน และ 6 เดือน สูงกว่ามารดาในกลุ่มควบคุม ($p=0.034$ และ $p=0.041$ ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังพบว่ามารดาในกลุ่มทดลองรับรู้ถึงการช่วยเหลือจากบิดาเมื่อพบปัญหาจากการให้นมบุตร โดยบิดาของมารดาในกลุ่มทดลองสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการสอนมาช่วยมารดาแก้ไขปัญหาจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ และบิดาของมารดาในกลุ่มทดลองยังให้การดูแลมารดาในด้านต่าง ๆ เช่น การช่วยเลี้ยงดูบุตร ทำงานบ้าน และให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ของมารดาได้เป็นอย่างดี ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการให้ความรู้แก่บิดา เป็นการส่งเสริมให้บิดาเข้าใจบทบาทของตนเองมากขึ้นในการดูแลช่วยเหลือและสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

2.3 วิธีการให้ความรู้แก่บิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสามารถทำได้หลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การจัดการสอนในห้อง การจัดการสอนร่วมกับการแจกเอกสาร แผ่นพับ หรือหนังสือเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (Brown & Davies, 2014; Mitchell-Box & Braun, 2012) รวมทั้งการจัดการสอน โดยใช้วิดีโอหรือดีวีดี เป็นสื่อประกอบในการให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งช่วยให้บิดาเกิดการเรียนรู้และเข้าใจได้เป็นอย่างดี (Tohotoa et al., 2009) นอกจากการจัดการสอนให้ความรู้โดยพยาบาลผดุงครรภ์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพแล้ว การให้ความรู้จากบิดาตัวอย่างที่มีประสบการณ์ในการสนับสนุนดูแลมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามาก่อน ยังเป็นอีกหนึ่งวิธีที่ช่วยให้บิดาเกิดการเรียนรู้จากตัวอย่างประสบการณ์จริง โดยเปิดโอกาสให้บิดาได้พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์และซักถามข้อมูลจากบิดาผู้มีประสบการณ์โดยตรง ซึ่งจะทำให้บิดามองเห็นบทบาทตนเองได้ชัดเจนขึ้น และนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้นั้นไปประยุกต์ใช้กับประสบการณ์ของตนเอง (Brown & Davies, 2014)

2.4 แนะนำแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เช่น คลินิกนมแม่ สถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลใกล้บ้าน และสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ เป็นต้น และวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในขณะที่มารดาให้นมบุตร เพื่อให้บิดาสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลช่วยเหลือมารดา และช่วยแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

3. บทบาทในการส่งเสริมทัศนคติทางบวกแก่บิดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา พยาบาลผดุงครรภ์ควรเสริมสร้างทัศนคติทางบวกต่อการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้แก่บิดา (Tohotoa et al., 2009;

Wambach & Spencer, 2019) โดยสามารถทำร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เนื่องจากเมื่อบิดามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญและประโยชน์ในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ถูกต้อง จะทำให้บิดาเกิดความตระหนัก และเห็นคุณค่าของน้ำนมมารดา จนนำไปสู่การเกิดแรงจูงใจที่จะสนับสนุนมารดาให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา

นอกจากการสร้างเสริมทัศนคติทางบวกต่อการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแก่บิดาแล้ว พยาบาลผดุงครรภ์ควรส่งเสริมบิดาในการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือมารดาทั้งด้านร่างกาย เช่น ช่วยอุ้มบุตรเข้าเต้า นวดประคบเต้านมมารดา บีบเก็บน้ำนม ทำกิจวัตรอื่น ๆ ในบ้านแทนมารดา เป็นต้น และให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจแก่มารดา เช่น ให้กำลังใจ และชื่นชมมารดาในขณะให้นมบุตร รวมถึงการแสวงหาปัจจัยสนับสนุนในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยการจัดเตรียมอุปกรณ์บีบเก็บน้ำนม และการหารายได้ในครอบครัว เพื่อให้มารดามีความพร้อมสำหรับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งการสนับสนุนต่าง ๆ เหล่านี้จะเกิดขึ้นได้เมื่อบิดามีทัศนคติทางบวกในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และได้รับการส่งเสริมจากพยาบาลผดุงครรภ์อย่างต่อเนื่อง

4. บทบาทในการพัฒนากิจกรรมที่ส่งเสริมพฤติกรรมของบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ในปัจจุบันมีการพัฒนารูปแบบกิจกรรมที่น่าสนใจสำหรับส่งเสริมบทบาทบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ซึ่งเป็นทั้งการให้ความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติด้านบวกเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยให้ชุมชนเป็นฐานการให้ความรู้ (community based education) ร่วมกับการให้คำปรึกษาและติดตามเยี่ยมบ้าน ดังเช่น การศึกษาในประเทศเวียดนามของบิชลอง และโฮ (Bich, Long, & Hoa, 2019) ที่ได้พัฒนากิจกรรมในการส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในรูปแบบที่หลากหลาย และผสมผสานการให้บริการทางสุขภาพที่โรงพยาบาลจัดให้มารดาตามปกติกับการจัดกิจกรรมทางสังคมในระยะตั้งครรภ์ และหลังคลอด โดยการจัดกิจกรรมทั้งหมดจะเปิดโอกาสให้บิดาเข้ามามีส่วนร่วม และส่งเสริมให้บิดาสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา รูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย 1) การใช้สื่อสารมวลชน (mass media) โดยการประกาศเสียงตามสายในชุมชนเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาและแนวทางที่บิดาจะสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อมารดาให้นมบุตร รวมทั้งมีการติดโปสเตอร์ในศูนย์บริการสุขภาพของชุมชน แจกแผ่นพับ และของที่ระลึก เช่น แก้วน้ำ เสื้อยืด ที่มีข้อความเกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เป็นต้น 2) การให้คำปรึกษารายบุคคลและรายกลุ่ม โดยกลุ่มอาสาสมัครในชุมชนจะติดตามเยี่ยมบ้านในระยะหลังคลอด และเปิดโอกาสให้บิดาได้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือมารดาเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา 3) การจัดกิจกรรมในชุมชน โดยจัดการประกวดบิดาต้นแบบ เพื่อให้บิดาเกิดแรงจูงใจ และส่งเสริมความรู้และทัศนคติที่ดีให้แก่บิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และ 4) จัดตั้งกลุ่มบิดาที่สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาในเฟสบุค (Facebook) ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มารดาที่มีบิดาที่เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวสามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวที่ 1 เดือน 2 เดือน และ 6 เดือน ในระยะหลังคลอด (34.8%, 18.7%, และ 1.9% ตามลำดับ) ซึ่งเป็นอัตราที่สูงกว่ามารดาที่บิดาไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรม (5.7%, 4.0%, และ 0.0% ตามลำดับ) (p<0.001) (Bich et al., 2019) จากการศึกษานี้นับว่าเป็นตัวอย่างกิจกรรมที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมบทบาทบิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา โดยให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม และพัฒนาวิธีการให้ความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การให้ข้อมูลผ่านเสียงตามสาย การติดโปสเตอร์ตามสถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน การให้คำปรึกษา และการติดตามเยี่ยมบ้าน เป็นต้น และภายใต้กิจกรรมการให้ความรู้ ยังสามารถสอดแทรกกิจกรรมที่เสริมสร้างทัศนคติทางบวกให้แก่บิดาในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อีกด้วย ยกตัวอย่าง เช่น การให้บิดาต้นแบบเป็นแรงจูงใจ และสร้างเครือข่ายบิดาที่สนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาทางเฟสบุค ซึ่งผลของการพัฒนากิจกรรมเหล่านี้ทำให้บิดามีแนวทางที่จะนำไปใช้ในการสนับสนุน และดูแลช่วยเหลือมารดาให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างเหมาะสม จนนำไปสู่ความสำเร็จของมารดาในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุป

การสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของบิดา เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้มารดาสามารถให้นมบุตรได้อย่างประสบความสำเร็จ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาลผดุงครรภ์ ที่จะส่งเสริมให้บิดาสามารถนำความรู้เหล่านั้นไปใช้ช่วยเหลือมารดาในขณะให้นมบุตร และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในระหว่างการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ รวมทั้งการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีให้บิดาที่จะเป็นแรงผลักดันให้บิดากระตุ้นมารดาให้นมบุตรได้อย่างต่อเนื่องและยาวนาน พยาบาลผดุงครรภ์ควรพัฒนาโปรแกรมหรือกิจกรรม เพื่อให้ความรู้ และเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาให้แก่บิดาตั้งแต่ในระยะที่มารดาตั้งครรภ์ ต่อเนื่องไปจนถึงระยะหลังคลอด ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวทางที่หลากหลาย เช่น การสอนในห้อง การจัดทำคู่มือหรือแผ่นพับให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อให้บิดาเข้าใจบทบาทของตนเอง โดยมีความรู้ที่เพียงพอ ทัศนคติที่ดีในการสนับสนุนการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และทักษะที่ถูกต้องจะทำให้บิดาสนับสนุนมารดาให้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้อย่างประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย

References

Abbass-Dick, J., Stern, S. B., Nelson, L. E., Watson, W., & Dennis, C. L. (2015). Coparenting breastfeeding support and exclusive breastfeeding: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, *135*(1), 102-110.

American Association of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, *129*(3), e827-e841.

Bich, T. H., Long, T. K., & Hoa, D. P. (2019). Community-based father education intervention on breastfeeding practice-results of a quasi-experimental study. *Maternal & child nutrition*, *15 Suppl 1* (Suppl 1), e12705.

Bootsri, W., & Taneepanichskul, S. (2017). Effectiveness of experiential learning with empowerment strategies and social support from grandmothers on breastfeeding among thai adolescent mothers. *International Breastfeeding Journal, 12*, 37.

Brown, A., & Davies, R. (2014). Fathers' experiences of supporting breastfeeding: Challenges for breastfeeding promotion and education. *Maternal & child Nutrition*, *10*(4), 510-526.

Cabinian, A., Sinsimer, D., Tang, M., Zumba, O., Mehta, H., Toma, A., ... Laouar, A. (2016). Transfer of maternal immune cells by breastfeeding: Maternal cytotoxic t lymphocytes present in breast milk localize in the peyer's patches of the nursed infant. *Plos one*, *11*, e0156762.

Datta, J., Graham, B., & Wellings, K. (2012). The role of fathers in breastfeeding: Decision-making and support. *British Journal of Midwifery, 20*(3),159-167.

Department of Health, Ministry of Public Health, Thailand. (2016). *Health promoting hospital.* Retrieved from http://www.anamai.moph.go.th

Gewa, C., & Chepkemboi, J. (2016). Maternal knowledge, outcome expectancies and normative beliefs as determinants of cessation of exclusive breastfeeding: A cross-sectional study in rural Kenya. *BMC Public Health, 16*, 243-252.

Horta, B. L., Loret de Mola, C., & Victora, C. G. (2015). Breastfeeding and intelligence: A systematic review and meta-analysis. *Acta paediatrica, 104*, 14-19.

Khamaurai, N., Sansiriphun, N., & Kantaruksa, k. (2019). Fathers' knowledge, attitudes and involvement in breastfeeding. *Nursing Journal, 46*(1), 42-51. (in Thai)

Kowlessar, O., Fox, J. R., & Wittkowski, A. (2014). First-time fathers' experiences of parenting during the first year. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 33*(1), 4-14.

Lerttrakannon, P., Kantaruksa, K., & Sansiriphun, N. (2016). Attitudes, subjective norm, perceived behavioral control and intention of fathers to encourage breastfeeding. *Nursing Journal, 43* (1), 45-55. (in Thai)

Lok, K. Y. W., Bai, D. L., & Tarrant, M. (2017). Family members' infant feeding preferences, maternal breastfeeding exposures and exclusive breastfeeding intentions. *Midwifery, 53*, 49-54.

Mahesh, P., Gunathunga, M. W., Arnold, S. M., Jayasinghe, C., Pathirana, S., Makarim, M. F., ... & Senanayake, S. J. (2018). Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: Systematic review and meta-analysis. *BMC public health*, *18*(1), 1140.

Mannion, C., Hobbs, A. J., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International Breastfeeding Journal, 8*(4), 1-7.

Matos, N.J, Oliveira, N. S., Coelho, M. M. F., Dodt, C. M., & Moura D. J. M. (2015). Perception and support given by father in maintenance of breastfeeding. *Journal of Nursing UFPE online, 9*(5), 7819-7825.

Maycock, B., Binns, C. W., Dhaliwal, S., Tohotoa, J., Hauck, Y., Burns, S., & Howat, P. (2013). Education and support for fathers improves breastfeeding rates: A randomized controlled trial. *Journal of human lactation*, *29*(4), 484-490.

Mgolozeli, S.E., Khoza, L. B., Shilubane, H. N., & Nesamvuni, C. N. (2018). Perceived roles of fathers in the promotion, support and protection of breastfeeding. *Africa Journal of Nursing and Midwifery, 20*(2), 1-19.

Mitchell-Box, K., & Braun, K. L. (2012). Fathers' thoughts on breastfeeding and implications for a theory-based intervention. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *41*(6), E41-E50.

Mitchell-Box, K., Braun, K. L., Hurwitz, E. L., & Hayes, D. K. (2013). Breastfeeding attitudes: Association between maternal and male partner attitudes and breastfeeding intent. *Breastfeeding Medicine, 8*(4), 368-373.

Namir, H. M. A. Al., Brady, A. M., & Gallagher, L. (2017). Fathers and breastfeeding: Attitudes, involvement and support. *British Journal of Midwifery, 25*(7), 426-440.

Ouyang, Y. Q., & Nasrin, L. (2021). Father's knowledge, attitude and support to mother's exclusive breastfeeding practices in bangladesh: A multi-group structural equations model analysis. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, *9*(3), 276.

Rempel, L. A., & Rempel, J. K. (2011). The breastfeeding team: The role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal of Human Lactation, 27*(2), 115-121.

Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeebhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., ... Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices?. *Lancet (London, England)*, *387*, 491-504.

Sansiriphun, N., Baosoung, C., Klunklin, A. & Kantaruksa, K. (2014). *Becoming a father: Experience of first-time father during childbirth and postpartum period.* (Research report). Faculty of Nursing, Chiang Mai University. (in Thai)

Sherriff, N., Hall, V., & Pickin, M. (2009). Fathers' perspectives on breastfeeding: Ideas for intervention. *British Journal of Midwifery, 17*(4), 223-227.

Su, M., & Ouyang, Y. Q. (2016). Father's role in breastfeeding promotion: Lessons from a quasi-experimental trial in China. *Breastfeeding Medicine, 11*, 144-149.

Tohotoa, J., Maycock, B., Hauck, Y., Howat, P., Burns, S., & Binns, C. (2009). Dads make a difference: An exploratory study of paternal support for breastfeeding in perth, western australia. *International Breastfeeding Journal, 4*(1),15-23.

Tsegaye, M., Ajema, D., Shiferaw, S., Shiferaw*, S.,* & Yirgu, R. (2019). Level of exclusive breastfeeding practice in remote and pastoralist community, Aysaita woreda, Afar, Ethiopia. *International Breastfeed Journal,* 14, 6.

U.S Department of Agriculture. (2022). *Breastfeeding basics for dads*. Retrieved from https://wicbreastfeeding.fns.usda.gov/breastfeeding-basics-dads

Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J., França, G. V., Horton, S., Krasevec, J., ... Lancet Breastfeeding Series Group. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet, 387*, 475-490.

Wambach, K. & Spencer, B. (2019). *Breastfeeding and human lactation, jones & bartlett learning, llc*, proquest e-book central. Retrieved from http://ebookcentral.proquest.com/lib/uic/detail.action?docID=5897399.

World Health Organization. (2016). *Exclusive breastfeeding*. Retrieved from http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/

World Health Organization. (2018). *Guideline: Counselling of women to improve breastfeeding practices.* Retrieved from https://www.who.int/publications/i/item/9789241550468

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง

The Roles of Nurse Practitioners in Health Promotion and Prevention for the Coronavirus Disease 2019 in Elderly Groups and Groups with Underlying Chronic Disease

นวพร	วุฒิธรรม*	Nawapron	Wutthitham*
พิมพ์นิภา	ศรีนพคุณ**	Pimnipa	Srinopkhun**
สุภาพร	เชยชิด**	Supaporn	Chaychit**

บทคัดย่อ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจเป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีความรุนแรงส่งผลต่อการเสียชีวิตโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง 7 โรค ได้แก่ โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันและลดการติดเชื้อ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพ การชะลอความรุนแรงของโรคจำเป็นต้องหากลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ ความสำคัญของการป้องกันในระดับต่าง ๆ ต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ร่วมกับประสบการณ์จริง รวมถึงจุดเน้นของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในเชิงลึก กล่าวคือให้กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรังมีความรู้ เข้าใจ วิเคราะห์ เลือก และตัดสินใจในการดูแลตนเองตามบริบทและวิถีชีวิตแบบใหม่เพื่อความปลอดภัย

คำสำคัญ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง

*ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน e-mail: nawa.pat@hotmail.com

**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

วันที่รับบทความ 3 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 11 ธันวาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 14 ธันวาคม 2564

Abstract

Coronavirus disease 2019 is an infectious disease of the respiratory system and an emerging infectious disease that is severe and results in death, especially among the elderly, and people with one of seven chronic diseases, such as chronic respiratory disease, cardiovascular disease, chronic renal disease, cerebrovascular disease, obesity, cancer, and diabetes mellitus. This article aimed to prevent and reduce infection. Nurse practitioner roles consist of health promotion, prevention, primary medical care and rehabilitation, and it is necessary to find strategies for health promotion and disease prevention regarding primary, secondary, and tertiary prevention. It is important that prevention is based on evidence-based knowledge together with real experience and a focus on in-depth prevention, elderly groups and people with chronic diseases, in order for them to have knowledge, and to understand, analyze, and make self-care decisions based on the context along with the new normal for safety.

Keywords: Nurse Practitioners, Coronavirus Disease 2019, Elderly group and underlying chronic disease

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Christian University; e-mail: nawa.pat@hotmail.com

** Instructor, Faculty of Nursing, Christian University

Received 3 November 2021; Revised 11 Decembe 2021; Accepted 14 Decembe 2021

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019) เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ (Emerging Infectious Disease: EID) ที่เกิดขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยเริ่มระบาดที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย ประเทศจีน จากอุบัติการณ์พบว่า มีผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบร้ายแรงโดยไม่ทราบสาเหตุ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของไวรัสระบาด ต่อมาในเดือนมีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Coronavirus pandemic) และระดับทวีป ได้แก่ ทวีปยุโรป ทวีปอเมริกา ทวีปเอเชีย และทวีปแอฟริกา ประเทศที่มีการแพร่ระบาดในทวีปยุโรปอาทิ อิตาลี ฝรั่งเศส อังกฤษ สเปน และรัสเซีย ทวีปอเมริกา อาทิ ลาตินอเมริกา และบราซิล ทวีปเอเชีย อาทิ อินเดีย และทวีปแอฟริกา โดยเฉพาะที่แอฟริกาใต้ นอกจากนี้ยังเป็นศูนย์กลางการระบาดอย่างต่อเนื่องและเกิดเป็นระลอกใหม่จนเกิดวิกฤติการกลายสายพันธุ์ของติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นสาเหตุของการแพร่กระจายของเชื้อโรคที่รวดเร็วมากขึ้น กอปรกับสภาพของอากาศที่หนาวเย็นเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการระบาดมากขึ้น ส่วนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้คือสาธารณรัฐแห่งสหภาพพม่า ซึ่งเริ่มเมื่อกลางเดือนสิงหาคม 2563 พื้นที่ระบาด ได้แก่ เมืองสิตตะเว รัฐยะไข่ เข้าสู่กรุงย่างกุ้ง การระบาดในพม่าเป็นสายพันธุ์ของเชื้อแตกต่างจากครั้งแรกคือสายพันธ์จีเอช (GH) การระบาดระลอก 3 เป็นสายพันธ์อัลฟา (อังกฤษ) และมีการกลายสายพันธ์เป็นสายพันธ์เดลตา (อินเดีย) (Poovorawan, 2021; World Health Organization, 2021) การแพร่ระบาดของสายพันธ์เดลตามีการแพร่กระจายที่ง่าย รวดเร็ว และหลบเลี่ยงภูมิคุ้มกัน จากรายงานสถานการณ์ทั่วโลกพบว่ามีผู้ป่วยจำนวน 214,103,467 ราย เสียชีวิตจำนวน 4,467,847 ราย (World Health Organization, 2021) ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจของโลกและการดำเนินชีวิต

สถานการณ์ในประเทศไทยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มที่รุนแรงและเพิ่มขึ้น จากการรายงานใน พ.ศ. 2563 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วย 3,998 ราย และมีจำนวนการเสียชีวิต 60 ราย กระทรวงสาธารณสุขได้มีมติให้เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคดังกล่าวให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเข้มงวดมากขึ้น มีการดำเนินงานโดยการเริ่มตรวจคัดกรองอุณหภูมิผู้เดินทางที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ การค้นหาและติดตามผู้สัมผัสอย่างรวดเร็วจนสามารถควบคุมการแพร่ระบาดให้อยู่ในวงจำกัดได้ ในกลางเดือนมีนาคม 2563 พบการติดเชื้อแบบกลุ่มคือ สถานบันเทิงและสนามมวย การระบาดนำไปสู่คนใกล้ชิดทั้งในครอบครัว และสถานที่ทำงาน รัฐบาลได้ออกประกาศที่สำคัญเพื่อป้องกันและควบคุม โรค ได้แก่ การปิดพรมแดนระหว่างประเทศ โดยเฉพาะท่าอากาศยาน การชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด การจำกัดเวลาเข้าออกเคหะสถาน และการปิดสถานที่ต่าง ๆ ทำให้จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อในประเทศลดลง (Prutipinyo, 2020; Department of Disease Control, 2020) ต่อมามีการระบาดในระลอกที่ 2 ในช่วงเดือนธันวาคม 2563 ถึงเดือนเมษายน 2564 มีการระบาดที่ตลาดกุ้ง จังหวัดสมุทรสาคร การแพร่ระบาดของโรครวมทั้งสิ้น 35 จังหวัด สถานการณ์โดยรวมในเดือน มีนาคม 2564 พบผู้ป่วย ยืนยันจำนวน 4,246 ราย เสียชีวิต 60 ราย จนกระทั่งมีผู้ป่วยยืนยันทั้งสิ้น 35,910 ราย เสียชีวิต 97 ราย ศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้กำหนดการควบคุมการระบาด 8 มาตรการ ได้แก่ 1) ห้ามใช้อาคารสถานศึกษาในพื้นที่ควบคุมสูงสุดโดยให้มีการจัดการเรียนออนไลน์ 2) ห้ามจัดกิจกรรมเสี่ยงต่อการแพร่โรค โดยเฉพาะที่มีผู้เข้าร่วมจำนวนมาก 3) ปิดสถานบริการ และสถานที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรค 4) ดำเนินการในพื้นที่ควบคุมสูงสุด 5) พิจารณาสั่งปิดกิจการ หรือกิจกรรมในพื้นที่รับผิดชอบ 6) หลีกเลี่ยงหรืองดการเดินทางข้ามจังหวัด 7) ให้ทำงานที่บ้าน (Work from home) หรือลดจำนวนผู้ปฏิบัติงาน 8) พิจารณาเสนอผ่อนคลายตามสถานการณ์ และในระลอกที่ 3 มีการแพร่ระบาดในกลุ่มวัยทำงานไปเที่ยวในสถานบันเทิง ผับ บาร์ ในย่านทองหล่อ กรุงเทพ และกระจายไปหลายจังหวัด นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบการระบาดในระลอกใหม่ เริ่มเปลี่ยนแปลงจากการระบาดเป็นกลุ่ม มาเป็นการติดเชื้อภายในครอบครัวหรือผู้สัมผัสใกล้ชิด และมีความรุนแรงขึ้น ส่งผลให้มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 1,102,368 ราย และจำนวนการเสียชีวิต 10,085 ราย และพบว่าผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ร้อยละ 66 และผู้มีโรคเรื้อรัง 7 โรคได้แก่ โรคทางเดินหายใจ

เรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน ร้อยละ 23 (Department of Disease Control, 2021) สาเหตุที่ผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง 7 โรค มีอัตราการตายที่สูงขึ้นมากกว่ากลุ่มอื่นเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจากอายุและการมีโรคร่วม กล่าวคือการเสื่อมถอยของร่างกายทุกระบบประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะในร่างกายเสื่อมลง โดยเฉพาะระบบภูมิคุ้มกันขนาดของต่อมไทมัสมีขนาดลดลงส่งผลให้การทำงานของทีเซลล์ (T-cell: cell- medicated) ลดลง ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโควิด19 อาจเกิดความรุนแรงหรืออันตรายถึงชีวิตได้ (Prasartkul, 2018)

การแพร่ระบาดของเชื้อโรคโควิด 19 นำสู่ครอบครัวและชุมชนส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นและการฟื้นฟูสภาพโดยการใช้กระบวนการพยาบาลซึ่งเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลประชาชน (Human resource for health research and development office, 2020) เป็นบุคลากรในระบบสุขภาพที่อยู่ในพื้นที่และใกล้ชิดกับชาวบ้านและชุมชนมากที่สุด เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนโดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้กลุ่มดังกล่าวให้มีทักษะในการดูแลตนเองแบบวิถีใหม่ รวมถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับวัคซีน บทความวิชาการนี้ผู้เขียนมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมีความรู้เรื่องโรค การคัดกรองโรคโควิด 19 และการส่งต่อสถานพยาบาล และบทบาทในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรังตามวิถีใหม่เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง เป็นการชะลอความรุนแรงของโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน อันจะส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรังในชุมขนมีความปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิต

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อทางระบบทางเดินหายใจเริ่มจากจมูกลงไปถึงถุงลมในปอด เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้มีอาการป่วยคล้ายไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) หรือกลุ่มอาการโรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อในกลุ่มโคโรน่าไวรัส (Coronavirus: CoV) จึงใช้ชื่อย่อเป็นภาษาอังกฤษว่า MERS-CoV และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (Severe Acute Syndrome: SARS) ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อในกลุ่มโคโรน่าไวรัส (Coronavirus: CoV) ใช้ชื่อย่อเป็นภาษาอังกฤษว่า SARS-CoV ลักษณะโรค การดำเนินของโรค อาการ และการวินิจฉัย (Faculty of medicine ramathibodi hospital, mahidol university, 2020; Department of Disease Control, 2021) ดังรายละเอียดดังนี้

แหล่งของเชื้อไวรัสโควิด-19 ที่พบได้แก่

1. ผู้ที่ติดเชื้อ โดยการ 1) ไอ จาม หรือ พูด โดยไม่มีอุปกรณ์ปิดปาก ในระยะใกล้น้อยกว่า 1 เมตร มีผลให้ละอองฝอยเสมหะ น้ำมูก น้ำลาย ที่มีไวรัสอยู่ด้วย ฟุ้งกระจายเป็นฝอยละอองขนาดเล็กที่ลอยในอากาศ ขนาดมากกว่า 5 ไมครอน (Droplet transmission) ซึ่งจะตกลงบนพื้นในระยะ 1-2 เมตร 2) การฟุ้งของไวรัสในอากาศโดยการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อบางชนิดในสถานพยาบาล เช่น การใช้อุปกรณ์พ่นยาเข้าทางเดินหายใจ การใช้สาย ยางดูดเสมหะ การส่องกล้องตรวจภายในหลอดลม การใส่และถอดท่อหายใจให้ การดูดเสมหะด้วยระบบเปิดก่อให้เกิดละอองขนาดเล็กมากน้อยกว่า 5 ไมครอน (Airborne transmission) ไวรัสโคโรนาจะมีชีวิตสั้นมากถ้าอากาศแห้ง แต่อยู่ได้นานหลายชั่วโมงในอากาศเย็นและชื้น และ 3) มือ มือที่มีเชื้อโรคติดอยู่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการเอาฝ่ามือปิดปากเวลาไอ จาม แล้วไม่ล้างมือและใช้มือนั้นสัมผัสกับผู้อื่นหรือสิ่งของ

2. พื้นผิววัตถุ หรือสิ่งของที่ผู้ติดเชื้อนำเชื้อโรคมาทิ้งไว้อาจอยู่ได้หลายชั่วโมง หรือหลายวัน การแพร่เชื้อโควิด 19 และการรับเชื้อ โดยทางละอองฝอย (Droplet) ได้แก่ทางเดินหายใจ ได้แก่ น้ำลาย เสมหะ น้ำมูก ด้วยการไอ จาม และสารคัดหลั่งทางตา การคลุกคลีใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยในระยะน้อยกว่า 1-2 เมตร มือของคนที่มีการปนเปื้อนเชื้อโรค ทางละอองแขวนลอยในอากาศ (Aerosol) คือ ละอองฝอยขนาดเล็กกว่า 5 ไมครอน เช่น การดูดเสมหะโดยใช้เครื่องต่อสายยาง การพ่นยาเป็นละอองเข้าทางเดินหายใจ

พยาธิสภาพ

เชื้อไวรัสโควิด 19 แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ SARS-CoV-2 L type พบประมาณร้อยละ 70 และ S type พบประมาณร้อยละ 30 โดยชนิด L type กลายพันธุ์มาจาก S type ซึ่งก่อให้เกิดความรุนแรง ภายในนิวเคลียสและภายนอกเซลล์ไวรัสมีโปรตีนเป็นส่วนที่สำคัญ คือ 1) S protein ซึ่งเป็นส่วนที่ใช้จับกับ Angiotensin ซึ่งอยู่ในทางเดินหายใจของคน 2) M protein ทำหน้าที่ขนส่งอาหาร สร้างโปรตีนที่เปลือกหุ้มและแบ่งตัวใหม่ของเชื้อไวรัส 3) N protein และ 4) E protein มีบทบาทสำคัญในการขัดขวางการทำหน้าที่ของภูมิคุ้มกันของร่างกาย เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายจะใช้ส่วนของ S-glycoprotein จับกับตัวรับ ACE2 receptor ผ่านเยื่อหุ้มเซลล์เข้าสู่เซลล์ จะมีการปล่อย RNA virus จำนวน 2 สาย ได้แก่ pp1a และ pp1ab ซึ่งไม่มีโปรตีนโครงสร้างห่อหุ้ม จากนั้นจะมีการสำเนารหัสของเชื้อไวรัสในลักษณะเยื่อหุ้มเป็นถุงเป็นสองเท่าอย่างต่อเนื่อง สำหรับการสร้างโปรตีน RNA virus ที่ถูกสร้างขึ้นมาใหม่จะมีการแบ่งตัวหรือแตกหน่อเพื่อแพร่กระจายเชื้อต่อไป เชื้อไวรัสที่ผ่านเข้าสู่ร่างกายจะทำลายเซลล์โดยตัวไวรัส (Cytopathic effect) และระบบภูมิคุ้มกันที่ตอบสนองมากกว่าความเป็นจริง (Cytokine storm) ทำให้เกิดปฏิกิริยาอักเสบ โดยเฉพาะระบบทางเดินหายใจ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการ ปอดอักเสบอย่างรุนแรง การหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ร่างกายพร่องออกซิเจน การแข็งตัวของเลือดเสียไป อวัยวะหลายระบบล้มเหลว โรคจะทวีความรุนแรงมากขึ้นกรณีที่ผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว (Guo et al, 2019)

การดำเนินของโรค

การติดเชื้อไวรัสโควิด-19 เชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายโดย ทาง “ปาก จมูก ตา” โดยที่ไวรัสจะเข้าไปเกาะติดและเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของเยื่อบุทางเดินหายใจ มีระยะฟักตัว (Incubation period, IP) ตั้งแต่รับเชื้อโรคจนถึงเริ่ม มีอาการป่วย ประมาณ 2-14 วัน

อาการ

ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่คือ “ไข้ และไอ”ส่วนใหญ่เริ่มจาก ไอแห้ง ๆ ตามด้วย ไข้ ร้อยละ 98.6 มีอาการอ่อนเพลียผิดปกติ ร้อยละ 69.6 ไอแห้ง ๆ ร้อยละ 59.4 และมีน้ำมูก เจ็บคอ หรือ จาม ร้อยละ 5 (Department of Disease Control, 2021) ความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ สุขภาพ โรคประจำตัว ปฏิกิริยาอิมมูน การปฏิบัติตนเมื่อเริ่มป่วย และการดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อและป่วย ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอาการน้อย และส่วนน้อยที่ไม่มีอาการป่วยเลย ผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวมักจะมีอาการรุนแรงมากกว่าผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง

แนวปฏิบัติในการตรวจคัดกรองโรคโควิด 19 และการส่งต่อสถานพยาบาล

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในระดับปฐมภูมิทำการค้นหากลุ่มเสี่ยง การประสานการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในการจัดตั้งศูนย์พักคอย จัดระบบการดูแลที่บ้าน (Home Isolation : HI) และที่ชุมชน (Community Isolation : CI) คัดกรองในกรณีสัมผัสกับผู้ป่วยด้วยทดสอบโควิด-19 ที่เร่งด่วน (Antigen Test Kit) ด้วยการเก็บตัวอย่าง (Swab) จากสารคัดหลั่งทางจมูก แบ่งตามระดับสี ดังนี้

1. ผู้ป่วยสีเขียว หมายถึง ผู้ป่วยพบเชื้อไม่มีอาการหรืออาการเล็กน้อย ได้แก่ อาการ ไข้ วัดอุณหภูมิได้ตั้งแต่ 37.5 องศาเซลเซียสขึ้นไป ระดับออกซิเจนไม่ต่ำกว่า 96 เปอร์เซ็นต์ มีอาการ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ ไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ตาแดง มีผื่น ถ่ายเหลว และผู้ป่วยที่รักษาตัว ที่โรงพยาบาล มาแล้วอย่างน้อย 7-10 วัน ซึ่งกลุ่มดังกล่าวจะต้องมีคุณสมบัติคือ อายุไม่เกิน 60 ปี พักอาศัยอยู่คนเดียว หรืออยู่ร่วมกับคนอื่นไม่เกิน 1 คน ไม่เป็นโรคที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรง ได้แก่ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน การพิจารณาขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์ ใช้การรักษาและแยกกักตัวด้วยวิธีการดูแลตัวเองที่บ้าน (Home isolation) หรือการกักตัวในชุมชน/หรือโรงพยาบาลสนามในชุมชน (Community isolation)

2. ผู้ป่วยสีเหลือง หมายถึง ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการเสี่ยงต่อการเป็นโรครุนแรง ได้แก่ อาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ค่อยสะดวก หายใจเร็ว หายใจลำบาก ไอแล้วรู้สึกเหนื่อย อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ถ่ายเหลวมากกว่า 3 ครั้ง/วัน ปอดอักเสบ หน้ามืด วิงเวียน ผู้ป่วยกลุ่มสีเหลืองเป็นกลุ่มที่มีอาการปานกลาง ควรเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. ผู้ป่วยสีแดง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ได้แก่หอบเหนื่อย พูดไม่เป็นประโยค แน่นหน้าอก

ตลอดเวลา หายใจแล้วเจ็บหน้าอก ซึม เรียกไม่รู้สึกตัว ตอบสนองช้า ปอดบวมขั้นรุนแรง โดยมีอาการปอดบวมจากภาวะพร่องออกซิเจน (Hypoxia) และค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนขณะพัก (Resting O2 saturation) น้อยกว่า 96 เปอร์เซ็นต์ หรือมีภาวะลดลงของค่าออกซิเจนในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 3 เปอร์เซ็นต์ ของค่าที่วัดได้ครั้งแรกขณะออกแรง (Exerciscinduced – hypoxemia) ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

การวินิจฉัยโรค

การวินิจฉัยโรค โดยการใช้ข้อมูลจากประวัติอาการป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และประวัติสัมผัสโรคโดยการ 1) ส่งสิ่งส่งตรวจ ได้แก่ สารคัดหลั่งในโพรงจมูก คอหอย และการเจาะเลือด 2) วิธีการตรวจ การตรวจโดยใช้ชุดทดสอบโควิด-19 ที่เร่งด่วน (Antigen Test Kit) ด้วยการเก็บตัวอย่าง (Swab) สารคัดหลั่งทางจมูก และการตรวจหาเชื้อไวรัสโดยดูจากสารพันธุกรรม (Ribo Nucleic Acid: RNA) โดยการตรวจซ้ำด้วยเป็นการเก็บตัวอย่างเชื้อบริเวณลำคอ และหลังโพรงจมูก (Real Time Polymerase Chain Reaction: RT-PCR) เป็นการตรวจระดับโมเลกุลของเชื้อโรค และ 3) การตรวจปอดด้วยภาพรังสีหรือการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Chest X-ray, Computerized Tomography Chest)

แนวทางการป้องกันกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

แนวทางการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรค (Department of Disease Control, 2021; Department of disease control, Ministry of public health, 2021; National Health Commission Office, 2020) ในบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในด้านการป้องกันโรคในระยะที่ส่วน viral spike protein ของเชื้อไวรัสยังไม่ได้จับกับตัวรับของ host cell ซึ่งยังไม่เกิดการติดเชื้อในขั้นนี้ พยาบาลต้องส่งเสริมการเรียนรู้แบบวิถีใหม่ให้กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัว โดยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

1. ออกจากบ้านเมื่อจำเป็น ถ้ามีความจำเป็นต้องออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด

2. สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย (Mask wearing) เพื่อลดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย และสวมตลอดเวลาเมื่ออยู่นอกบ้าน

3. ล้างมือบ่อยๆ (Hand washing) ด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจล 70 เปอร์เซ็นต์ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังออกจากห้องน้ำหรือหลังจากไอจาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอน หรือลูกบิดประตู ราวจับ หรือราวบันได และหลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

4. ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี ผู้มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้เลี่ยงการออกนอกบ้าน ถ้าจำ เป็นให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุดใช่ระยะเวลาสั้นที่สุด

5. แยกของใช้ส่วนตัว เลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ควรรับประทานอาหาร แยกสำรับ ถ้ามีความจำเป็นต้องรับประทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว

6. สแกนแอปไทยชนะ (Thai Cha na) ทุกครั้งที่เดินทางไปสถานที่ต่าง ๆ เพื่อทราบความเสี่ยงต่อการติดโรคของตนเอง ถ้ามีการแจ้งเตือนว่ามีประวัติไปที่เสี่ยงจะได้กักตัวหรือตรวจโควิด19 ได้อย่างรวดเร็ว

7. ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย (Testing) สม่ำเสมอก่อนเข้าทำงาน ร้านสะดวกซื้อ ถ้ามีประวัติไปพื้นที่เสี่ยงควรเข้ารับการตรวจโควิด 19

8. หมั่นสังเกตอาการตนเอง เช่น อาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

9. ผู้สูงอายุ เด็ก หญิงตั้งครรภ์ และผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคปอด โรคเบาหวาน มีอาการทางเดินหายใจ ไอ เจ็บคอ หายใจเหนื่อย มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้รีบไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที ถ้าช้าเกิน 48 ชั่วโมง จะมีโอกาสเสียชีวิตได้

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนประกอบด้วยด้านการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ ในบทความนี้ผู้เขียนได้เน้นในบทบาท

ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (Trade policy and strategy office, Ministry of public health, 2017) ดังนั้นพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงใช้บทบาทดังกล่าวโดยเฉพาะการให้บริการในระดับปฐมภูมิ ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 กลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคติดต่อที่อันตรายและร้ายแรง และส่งผลกระทบต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ในระยะก่อนเกิดโรค ระยะเกิดโรค และระยะหลังเกิดโรค พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องอาศัยองค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในเชิงลึก โดยเฉพาะด้านการป้องกันร่วมด้วย ดังรายละเอียดดังนี้

1. การป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่ปกติแข็งแรงดีไม่ให้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อโควิด 2019 โดยการให้ความสำคัญเรื่องโภชนาการโดยเฉพาะการเพิ่มโปรตีนให้เพียงพอกับน้ำหนักตัว การออกกำลังกาย การป้องกันการติดเชื้อ และการให้วัคซีน ดังรายละเอียดดังนี้

1.1 การส่งเสริมพฤติกรรมด้านโภชนาการ อาหารเป็นประเด็นหลักและมีความสำคัญในการป้องกันโรคต่าง ๆ สารอาหารที่ร่างกายได้รับควรสมดุลและเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ได้แก่ 1) อาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตหรือประเภทแป้ง เป็นสารอาหารที่ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรีต่อกรัม ควรได้รับร้อยละ 50-60 ของพลังงานที่ร่างกายต้องการในหนึ่งวันและควรเป็นคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ธัญพืช ไม่ขัดสี ขนมปังโฮลวีท และสารอาหารที่ไม่ควรมองข้าม คือ น้ำตาลซึ่งมาจากเครื่องดื่ม น้ำผลไม้ชนิดต่าง ๆ โดยปกติไม่ควรรับประทานเกิน 6 ช้อนชา หรือ 24 กรัม/วัน และควรเลือกรับประทานน้ำตาลที่มาจากธรรมชาติซึ่งเป็นน้ำตาลฟรุคโตส (Fructose) เช่น ผลไม้ สารที่ให้ความหวานแทนน้ำตาลที่ควรหลีกเลี่ยง ได้แก่ ไซลิทอล (Xylitol) พบได้ในผลิตภัณฑ์พวกหมากฝรั่งหรือยาสีฟัน อิริทริทอล (Erythritol) เป็นน้ำตาลแอลกอฮอล์ แอสปาร์เทม (Aspartame) เป็นสารให้ความหวานแทนน้ำตาล ให้ความหวานประมาณ 160-220 เท่าของน้ำตาลทราย ซูคราโลส (Sucralose) เป็นสารให้ความหวานแทนน้ำตาล ซึ่งมีความหวานสูงเป็น 600 เท่าของน้ำตาลทราย อะเซซัลเฟม-เค (Acesulfame-K) เป็นสารให้ความหวานแทนน้ำตาลที่ให้ความหวานประมาณ 200 เท่าของน้ำตาลทราย น้ำตาลทรายหรือซูโครส (Sucrose) หรือเด็กซ์โตรส (Glucose) เป็นกลุ่มที่มีความหวานมากที่สุด ส่วนกลุ่มสารแทนความหวานที่รับประทานได้คือ หญ้าหวานหรือสเตวิออล ไกลโคไซด์ (Steviol glycol- side) ดังนั้นการบริโภคน้ำตาลในปริมาณที่สูงจะมีผลต่อการกระตุ้นฮอร์โมนอินซูลินให้ออกมาทำงานมากเกินไปและเกิดภาวะดื้ออินซูลิน จะทำให้ระบบความสมดุลแร่ธาตุในร่างกายเสียสมดุลส่งผลต่อระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ทำให้ติดเชื้อง่าย และเกิดการเจ็บป่วยได้ง่าย และยังเป็นหนึ่งของสาเหตุของปัญหาโรคเรื้อรังต่าง ๆ ที่จะตามมา อาทิเช่น โรคเบาหวาน มะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด (Alfredo et al., 2021; Duangina & Panuthal, 2019) 2) อาหารประเภทโปรตีน เป็นสารอาหารที่อาจถูกมองข้าม คนส่วนใหญ่ถ้าหิวจะรับประทานอาหารประเภทแป้งและน้ำตาล สารอาหารโปรตีนมีความสำคัญต่อร่างกายกล่าวคือ โปรตีนช่วยสร้างเซลล์ภูมิคุ้มกันและสารภูมิคุ้มกันต่าง ๆ ซึ่งโปรตีนที่มีคุณภาพดีจะมีกรดอะมิโนจำเป็นที่ครบถ้วน ได้แก่ ไข่ เนื้อ ปลา นม และถั่วต่าง ๆ เป็นสารอาหารที่ให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรีต่อกรัม และควรรับประทานอย่างน้อยวันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม นอกจากนี้ยังเป็นกุญแจสำคัญในการสร้างมวลกล้ามเนื้อ ดังนั้นควรได้รับสารอาหารกลุ่มนี้ให้เพียงพอ เนื่องจากช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันในร่างกายลดการติดเชื้อได้ (World Health Organization, 2021; Paddon-Jones et al., 2015) 3) อาหารประเภทวิตามินและเกลือแร่ ส่วนใหญ่อยู่ในผักและผลไม้ โดยควรรับประทานผัก 4-6 ส่วน (1 ส่วน=ผักต้มสุก 1 ทัพพีหรือผักดิบ 2 ทัพพี) ผลไม้ควรรับประทาน 3-4 ส่วน และควรเป็นผลไม้ที่ผู้สูงอายุเคี้ยวและกลืนได้ง่าย เช่น แตงโม กล้วย 4) น้ำ เป็นสารอาหารหนึ่งที่ร่างกายต้องการ ควรได้รับน้ำประมาณอย่างน้อย 1.6-2 ลิตรต่อวัน ประเด็นด้านโภชนาการจุดเน้นคือการเพิ่มโปรตีนให้เหมาะสมกับน้ำหนักตัวเพราะจะช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกาย ส่งผลให้ร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันที่ดีลดการติดเชื้อได้ (Jayawardena, 2020; Khayyatzadeh, 2020)

1.2 พฤติกรรมการออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที จะกระตุ้นการทำงานของระบบหัวใจหลอดเลือดและปอด

ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายทำงานได้ดี โดยเฉพาะส่งเสริมกิจกรรมที่สร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น ยางยืด ไม้พลอง ไทเก๊ก ลีลาศ เต้นรำบนตารางเก้าช่อง (Purakom, Sukolpuk & Sangcheun, 2020) ในประเด็นนี้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจำเป็นต้องมีองค์ความรู้ด้านการออกกำลังกายแต่ละบุคคลและครอบครัว และมีส่วนร่วมในการออกแบบการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตใหม่

1.3 การส่งเสริมพฤติกรรมด้านการป้องกันการติดเชื้อ

การส่งเสริมพฤติกรรมด้านการป้องกันการติดเชื้อเป็นประเด็นใหม่ บทบาทพยาบาลในส่วนนี้ต้องทำหน้าที่ส่งเสริมการเรียนรู้ เพิ่มทักษะด้านการใช้หน้ากากอนามัย การล้างมือ และการรักษาระยะห่าง รวมถึงการสัมผัสพื้นผิวต่าง ๆ ดังนี้

1.3.1 การใช้หน้ากากอนามัย การสวมและถอดหน้ากากอนามัยที่ถูกต้องและป้องกันการติดเชื้อมีขั้นตอนได้แก่ 1) ล้างมือก่อนสวมหน้ากาก โดยล้างด้วยน้ำและฟอกสบู่นาน 40-60 วินาที หรือใช้แอลกอฮอล์เจล 70 เปอร์เซ็นต์ ถูมือให้ทั่วนาน 20-30 วินาที หรือฉีดสเปรย์แอลกอฮอล์ 70 เปอร์เซ็นต์ 2) ดูแลให้หน้ากากแนบกับหน้าเสมอ ขอบหน้ากากไม่เลื่อนลงขณะพูดคุย เพราะจะเกิดความเสี่ยงอาจได้รับเชื้อได้ เนื่องจากจะเป็นช่องทางให้เชื้อไวรัสเข้า-ออกได้อย่างอิสระ โดยไม่ถูกกรองผ่านทางหน้ากาก แม้จะสวมหน้ากากแล้ว 3) ไม่ใส่หน้ากากซ้ำ ควรเปลี่ยนทุก 6-8 ชั่วโมงหรือเปลี่ยนทุกวัน และเปลี่ยนทุกครั้งเมื่อหน้ากากเปียกชื้นหรือมีคราบสกปรก เนื่องจากหากมีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ติดอยู่และเชื้อจะมีชีวิตอยู่นานกว่า 1 สัปดาห์ 4) หลีกเลี่ยงการสัมผัสหน้ากากขณะสวม หากจำเป็นขอให้รีบล้างมือฟอกสบู่หรือแอลกอฮอล์เจลทันที 5) ห้ามใช้ร่วมกับผู้อื่น ไม่ว่าจะเป็นผู้ใกล้ชิดในครอบครัวเดียวกัน และ 6) การทิ้งหน้ากากอนามัย ก่อนทิ้งให้พับหน้ากากส่วนที่สัมผัสกับใบหน้าซึ่งเป็นส่วนที่สัมผัสน้ำมูก น้ำลายเข้าด้านในแล้วม้วนใส่ถุง มัดปากถุงปิดให้สนิท ในกรณีที่เป็นผู้ติดเชื้อให้ทิ้งใส่ถุง 2 ชั้น และราดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อและมัดปากถุงให้สนิททุกครั้ง (Department of Disease Control, 2021; Department of disease control, Ministry of public health, 2021)

1.3.2 การล้างมือ การล้างมือถูกวิธีประกอบด้วย 7 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ถูฝ่ามือ 2) ถูหลังมือและซอกนิ้ว 3) ฝ่ามือถูฝ่ามือและถูซอกนิ้ว 4) หลังนิ้วมือถูฝ่ามือ 5) ถูนิ้วหัวแม่มือโดยรอบด้วยฝ่ามือ 6) ปลายนิ้วมือถูขวางฝ่ามือ 7) ถูรอบข้อมือ ควรล้างอย่างน้อย 20 วินาที โดยล้างด้วยสบู่ก้อนหรือสบู่เหลว การล้างมือในกรณีรีบด่วน ไม่สะดวกในการล้างมือด้วยน้ำและมือไม่ปนเปื้อนสิ่งสกปรกหรือสารคัดหลั่ง ให้ทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจล (Department of Disease Control, 2021; Department of disease control, Ministry of public health, 2021)

1.3.3 การรักษาระยะห่าง การรักษาระยะห่างระหว่างตัวเองและผู้อื่น เป็นสิ่งสำคัญที่ควรทำไม่ว่าจะได้สัมผัสเชื้อหรือไม่ ซึ่งรวมถึงการหลีกเลี่ยงการจับมือ เลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกัน ถ้าออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่าง (Distancing) ควรอยู่ห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตร เลี่ยงไปในสถานที่แออัดหรือเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การเว้นระยะห่างทางสังคม จะช่วยชะลอการกระจายของไวรัส

1.4 วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อ วัคซีนส่วนใหญ่จะมีเป้าหมายเพื่อกระตุ้นให้ร่างกายผลิตภูมิต้านทานต่อต้านโปรตีนสไปค์ ซึ่งเป็นไกลโคโปรตีนทำหน้าที่ไปจับกับตัวรับ (Angiotensin-reverting enzyme$_2$: ACE$_2$ receptor) ซึ่งอยู่บนผิวของเซลล์ของระบบทางเดินหายใจ หลอดเลือด และลำไส้ เมื่อส่วนของโปรตีนหนามที่ไวรัสใช้จับ (Receptor Binding Domain: RBD) ไวรัสจะสามารถเข้าเซลล์ทำให้เกิดการติดเชื้อและอาการเจ็บป่วยตามมา ซึ่งพบว่าผู้ป่วยที่หายจากโรคติดเชื้อโควิด 19 จะมีแอนติบอดีต่อโปรตีนสไปค์ โดยเฉพาะในส่วนของโปรตีนหนามที่ไวรัสใช้จับสูง แสดงให้เห็นว่าสามารถใช้สร้างภูมิต้านทานโรคได้ วัคซีนที่ใช้ได้แก่ 1) วัคซีนชนิดสารพันธุกรรม ได้แก่ วัคซีนดีเอ็นเอ (DNA) หรือเอ็มอาร์เอ็นเอ (mRNA) มีหน้าที่กำกับการสร้างโปรตีนสไปค์ของไวรัสซาร์ส-โควี-2 พบว่า สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันขึ้นสูงมาก เช่น ไฟเซอร์ (Pfizer) และโมเดอนา (Moderna) 2) วัคซีนชนิดใช้ไวรัสเป็นพาหะ (Recombinant viral vector vaccine) วัคซีนกลุ่มนี้ใช้ไวรัสที่สามารถตัดแต่งพันธุกรรม เช่น ไวรัสอะดีโน (Adenovirus) เป็นไวรัสพาหะ โดยนำสารพันธุกรรมที่กำกับการสร้างโปรตีนสไปค์ของไวรัสซาร์ส-โควี-2 มาสอดใส่ในไวรัสพาหะ แล้ว

นำมาฉีด เช่น แอสตร้าเซนเนก้า (AstraZeneca) จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน (Johnson and Johnson) 3) วัคซีนที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (Protein subunit vaccine) เป็นวัคซีนที่เลียนแบบสไปรท์โปรตีนหรือหนามแหลมของไวรัส โดยอาศัยสิ่งมีชีวิตอื่นสร้างขึ้นมา เช่น แบคทีเรีย ยีสต์ หรือพืช เช่น โนวาแวค (Novavax) 4) วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine) วัคซีนกลุ่มนี้ผลิตโดยนำเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาเลี้ยงขยายจำนวนมากและนำมาทำให้เชื้อตาย วัคซีนชนิดนี้จะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อไวรัสทุกส่วน เสมือนได้รับเชื้อไวรัสโดยตรงแต่ไม่ทำให้เกิดโรค เช่น วัคซีนซิโนแวค (Sinovac) และวัคซีนซิโนฟาร์ม (Sinopharm) (Department of Disease Control, 2021; Department of disease control, Ministry of public health, 2021)

2. การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Second prevention) เป็นการป้องกันในผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้วไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน (Thai health promotion foundation, 2020) ควรปฏิบัติดังนี้

2.1 การกักตัว ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 และยังไม่มีอาการจึงมีความจำเป็นต้องแยกกักตัวเพื่อสังเกตอาการที่บ้านเป็นเวลา 14 วันนับจากวันสุดท้ายที่สัมผัสโรค เพื่อลดโอกาสการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นซึ่งนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อน ได้แก่

2.1.1 เตรียมที่พักและอุปกรณ์ให้พร้อม 1) แยกห้องนอนและห้องน้ำออกจากผู้อื่น 2) แยกของใช้ส่วนตัวและแยกทำความสะอาด 3) มีอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อ เช่น ปรอท หน้ากากอนามัย สบู่ และเจลสำหรับล้างมือ 4) อุปกรณ์สำหรับทำความสะอาด

2.1.2 การปฏิบัติตัวระหว่างแยกกักตัว 14 วันที่บ้านที่พักเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่คนอื่น ๆ ได้แก่ วัดอุณหภูมิทุกวันต้องไม่เกิน 37 องศาเซลเซียส ให้หยุดอยู่บ้าน ไม่เดินทางออกนอกบ้าน หรือเข้าไปในสถานที่แออัดที่มีคนจำนวนมาก นอนแยกห้องเดี่ยว สวมหน้ากากอนามัยและอยู่ห่างจากคนอื่น ๆ ในบ้านประมาณ 1-2 เมตร หรืออย่างน้อย 2 ช่วงแขน รับประทานอาหารแยกจากผู้อื่น ไม่ใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน ควรใช้ห้องน้ำแยกกันหรือถ้ามีห้องน้ำเพียงห้องเดียว แนะนำให้ใช้ห้องน้ำเป็นคนสุดท้ายและปิดฝาชักโครกทุกครั้งก่อนกดน้ำทิ้ง ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่อย่างน้อย 20 วินาที กรณีไม่มีน้ำและสบู่ สามารถล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลความเข้มข้นอย่างน้อย 70 เปอร์เซ็นต์ การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้ว ให้ใส่ถุงพลาสติกและปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด เมื่อไอจามควรไอใส่ต้นแขน หรือใช้กระดาษทิชชูปิดจมูกและปากถึงคาง แล้วทิ้งในถุงพลาสติกและปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้ง หลังจากนั้นทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือน้ำและสบู่ทันที ทำความสะอาดบริเวณที่พัก ด้วยน้ำยาฟอกขาว 5 เปอร์เซ็นต์ โซเดียม-ไฮโปคลอไรท์ (น้ำยาฟอกขาว 10 ซีซี ต่อน้ำ 1 ลิตร

2.2.3 การปฏิบัติตัวของผู้อยู่อาศัยร่วมบ้านของผู้ที่แยกกักตัว 14 วันและการทำลายเชื้อในสิ่งแวดล้อมในบ้าน ได้แก่ วัดอุณหภูมิทุกวัน ต้องไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส ทุกคนในบ้านควรสวมหน้ากากอนามัย ควรล้างมือทุกครั้งที่สัมผัสพื้นที่ที่ใช้ร่วมกัน หรือมีการปนเปื้อน แยกห้องกับผู้ที่ต้องสังเกตอาการหรือห่างกันอย่างน้อย 1-2 เมตร และเปิดหน้าต่าง ไม่รับประทานอาหารร่วมกัน รวมถึงการใช้ของส่วนตัวร่วมกัน

2.2 เลิกหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงโควิด 19 พฤติกรรมเสี่ยงที่ปฏิบัติเป็นประจำ 10 พฤติกรรมที่ควรเลิกหรือลด ได้แก่ 1) ขยี้ตาแคะจมูก 2) นอนโดยไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที 3) หยิบจับสารพัดแต่ไม่ล้างมือ 4) ไม่พกหน้ากากผ้าและเจลล้างมือ 5) ลืมรักษาระยะห่างจากคนรอบข้าง 1-2 เมตร 6) กอด หอม จับมือคนรัก/ครอบครัว 7) ป่วยแล้วไม่กักตัวเองอยู่บ้าน 8) ใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่น 9) รับประทานอาหารที่ปรุงทิ้งไว้นานแล้วหรืออาหารดิบ และ 10) สังสรรค์กับเพื่อนฝูง

2.3 เสริมอาหารที่มีภูมิคุ้มกันและต้านไวรัส 1) กลุ่มเสริมภูมิคุ้มกัน ได้แก่ พลูคาว สมอไทย และมะขามป้อม 2) กลุ่มที่มีวิตามินซีและสารต้านอนุมูลอิสระสูง ได้แก่ ดอกขี้เหล็ก ยอดมะยม มะขามป้อม ลูกหม่อน ผักและผลไม้หลากสี 3) กลุ่มที่มีสาระสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อโควิด 19 ได้แก่ พลูคาว กระเพรา หอมแดง หอมหัวใหญ่ และเปลือกผลไม้ของพืชตระกูลส้ม (Bureau of nutrition, Department of health, 2020)

2.4 การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่บ้านต้านโควิด 19 โดยการนั่งบนเก้าอี้ 10 ท่า วันละ 30 นาที ประกอบด้วย 1) เตะเท้าไปข้างหน้า 2) ยกแขนตั้งฉาก 3) เอนตัวไปข้างหน้า 4) แยกขาและหุบขา 5) ซอยเท้าถี่

ท่าที่ 1-5 ใช้เวลา 45 วินาที/เซต ทำ 3 เซต 6) ยืนเกาะเก้าอี้เขย่งขึ้นลง 7) ยืนเกาะเก้าอี้แกว่งเท้าออก 8) ยืนเกาะเก้าอี้ย่อเข่าขึ้นลง 9) โยกลำตัว ท่าที่ 6-9 ทำท่าละ 10 ครั้งต่อเซท ทำ 3 เซท 10) ยืนจับเก้าอี้แล้วยืดน่อง ใช้เวลา 20 วินาที/เซต ทำ 2 เซต (Thai health promotion foundation, 2020)

2.5 การให้กำลังใจ เป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาลที่ต้องปฏิบัติเพื่อให้ผู้ที่ติดเชื้อโควิด 19 ให้สามารถต่อสู้กับโรคได้แก่ 1) การสร้างความปลอดภัย โดยการสวมหน้ากากอนามัย ล้างมืออย่างถูกต้อง และการรักษาระยะห่าง 2) สร้างความสงบ โดยการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนที่เพียงพอ ออกกำลังกาย และรับรู้ข่าวสารที่มีความน่าเชื่อถือ และ 3) สร้างความหวัง โดยการอธิบายถึงกลไกการเกิดโรคและการรักษา (Xenaki et al., 2018)

3. การป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันในผู้ที่เป็นโรคแทรกซ้อนแล้วไม่ให้เกิดภาวะทุพพลภาพ พิการ หรือเสียชีวิต การป้องกันในระยะนี้ที่สำคัญคือ การฟื้นฟูสมรรถนภาพปอด และการให้เพิ่มสารอาหารที่บำรุงสุขภาพปอด (Siddiq, Rathore ,Clegg & Rasker 2020; Brugliera et al., 2020) จึงเป็นบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ควรปฏิบัติดังรายละเอียดดังนี้

3.1 การฝึกการหายใจ ประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ 1) การฝึกการหายใจที่เน้นการหดตัวของกล้ามเนื้อกะบังลม (Diaphragmatic breathing exercise) โดยการให้ผู้ป่วยนั่งหรือยืนเริ่มการฝึกโดยวางมือทั้ง 2 ข้างบริเวณท้องใต้ลิ้นปี่ หลังจากนั้นให้สูดลมหายใจเข้าลึกๆ ให้ท้องป่องออกและค้างไว้ประมาณ 2-4 วินาที มือจะยกขึ้นตามจังหวะการหายใจเข้าหลังจากนั้น ให้ผ่อนลมหายใจออกทางจมูกช้า ๆ มือที่วางไว้ที่หน้าท้องจะลดลงตามมา ปฏิบัติ 5-10 ครั้งต่อเซ็ต 2) การหายใจแบบใช้การเป่าริมฝีปาก (Pursed-lip breathing exercise) โดยให้ผู้ป่วยฝึกอาจจะอยู่ในท่านั่งหรือที่ยืนหายใจเข้าทางจมูกนับ 1-2 ในใจหลังจากนั้นให้หายใจออกช้า ๆ ทางปากร่วมกับนับ 1-2-3-4 ในใจ ปฏิบัติท่าละ 5-10 ครั้งต่อเซ็ต (Zhu et al., 2020)

3.2 ท่านอน ท่านอนมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยโควิด 19 เป็นเพิ่มออกซิเจนในปอดทำให้มีการแลกเปลี่ยนออกซิเจนที่ปอดได้มากขึ้น ลดการกดทับของปอด 2 ใน 3 ทำให้ปอดได้รับอากาศมากขึ้น ได้แก่ การนอนคว่ำ (Prone position) โดย 1) นอนคว่ำ 30 นาที-2 ชั่วโมง 2) นอนตะแคงขวา 30 นาที-2 ชั่วโมง 3) กึ่งนั่งกึ่งนอน (60-90 องศา) เป็นเวลา 30 นาที-2 ชั่วโมง และ 4) นอนตะแคงซ้าย 30 นาที-2 ชั่วโมง ทำเช่นนี้อย่างต่อเนื่อง (Zhu et al., 2020)

3.3 การเพิ่มสารอาหาร ควรเพิ่มสารอาหารที่ช่วยเสริมสร้างปอดให้แข็งแรงโดยเฉพาะการรับประทานโปรตีนให้เพียงพอ วันละ 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (Brugliera et al., 2020) และควรเสริมอาหารที่มีวิตามินซีสูง ได้แก่ ขิง พริกหวาน ฝรั่ง แอปเปิ้ล มะเขือเทศ มะขามป้อม (Bureau of nutrition, Department of health, 2020)

สรุป

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นประเด็นใหม่ตัวพยาบาลเองจะต้องจะต้องมีองค์ความรู้เรื่องโรค และมีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคประจำตัวทุกระยะ จะต้องอาศัยความอดทน ความเพียรพยายามอย่างมากเนื่องจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากวิถีเดิมไปสู่วิถีใหม่เป็นเรื่องที่ยาก จะต้องสร้างความเข้าใจ การใช้ทักษะทางปัญญาให้กลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้มีโรคประจำตัวเกิดการยอมรับโดยการให้ความสำคัญเรื่องโรคซึ่งมีความร้ายแรงถึงชีวิต พยาบาลต้องแสดงความเอื้ออาทร การสร้างมั่นใจ โดยการหาแนวทางหรือวิธีการแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวปลอดภัยจากการติดเชื้อ

กรณีตัวอย่าง การส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคติดเชื้อโควิด 19 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง จำนวน 10 ราย พบว่า การป้องกันระยะปฐมภูมิโดยการจัดสิ่งแวดล้อม การรักษาระยะห่าง การล้างมือ การสวมหน้ากากและการให้วัคซีน การป้องกันทุติยภูมิพบว่าจุดเน้นของการป้องกันคือ การกักตัว การพึ่งตนเองโดยการใช้ภูมิปัญญาชาวบ้านด้วยการสูดดมสมุนไพร การรับประทานอาหารเสริมภูมิคุ้มกัน โดยการใช้น้ำกระชายปั่น การใช้ฟ้าทะลายโจร การรับประทานอาหารที่มีวิตามินซีสูง การเสริมสร้างความมั่นใจด้วยการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง การป้องกันระดับตติยภูมิ พบว่าจุดเน้นที่สำคัญคือ การเพิ่มสมรรถนะของปอด ผู้ป่วยที่รอดชีวิต

จากการป่วยด้วยโรคโควิด 19 ครั้งนี้ กล่าวว่า “ขณะที่เจ็บป่วย และต้องกักตัวอยู่เพียงลำพัง จะรู้สึกกลัว ว้าเหว่ จิตใจห่อเหี่ยว ขาดความเชื่อมั่นในตัวเองและเมื่อพยาบาลโทรถามอาการและให้คำแนะนำ มีการซักถามอาการอย่างต่อเนื่อง ทำให้ความวิตกกังวลลดน้อยลง เริ่มมีความหวัง มีกำลังใจและกายมากขึ้น เมื่อพ้นระยะวิกฤติได้มีเวลาทบทวนตนเอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านอาหาร ด้านการป้องกันการติดเชื้อด้วยตนเองโดยไม่ต้องรอให้ใครบอก” หลังจากหายป่วยมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป กล่าวคือ รู้ เข้าใจ รู้จักการแบ่งปัน และมีความเมตตากรุณาผู้อื่น และเกิดการเรียนรู้การดูแลตนเองด้วยภูมิปัญญากลายเป็นสังคมเอื้ออาทรในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง และยอมรับการให้วัคซีนเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันในชุมชน จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องมีจุดเน้นของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแต่ละระยะที่ชัดเจนและเหมาะสมในแต่ละบุคคลและครอบครัวจนกลายเป็นพฤติกรรมชีวิตวิถีใหม่

การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้มีโรคเรื้อรัง คือ การทำให้กลุ่มดังกล่าวมีการปฏิบัติกิจกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตั้งแต่การป้องกันก่อนเกิดโรคหรือการป้องกันระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการคงไว้ซึ่งภาวะปกติ การป้องกันระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันการระบาดของโรคหรือการค้นหาโรคและแหล่งรังโรค และการป้องกันระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) โดยจะต้องให้เน้นการส่งเสริมสุขภาพในเชิงลึกโดยใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ร่วมกับการเรียนรู้กลุ่มผู้ป่วยตามบริบทและวิถีชีวิตใหม่มาใช้เป็นกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจะต้องมีองค์ความรู้ การดูแลผู้ป่วยด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เพื่อให้กลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวมีกำลังใจ และมีความมั่นในการป้องกันโรค และบทความวิชาการนี้ยังเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน กล่าวคือทำให้พยาบาลรู้ เข้าใจ วิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกวิธีในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยในแต่ละระยะ และลดภาวะแทรกซ้อนเมื่อเกิดโรคได้

References

Alfredo, T.M., Caramelo, B., Arbeláez, D., Amaro, A., Barra, C, Silva, D., ... Matafome, P. (2021). Distinct impact of natural sugars from fruit juices and added sugars on caloric intake, body weight, glycaemia, oxidative stress and glycation in diabetic rats. *Nutrients*, *13*(9), 2956.

Brugliera, L., Spina, A., Castellazzi, P., Cimino, P., Arcuri, P., & Negro, A. (2020). Nutritional management of COVID-19 patients in a rehabilitation unit. *European Journal of Clinical Nutrition, 74*(1), 860-863.

Bureau of nutrition, Department of health, Ministry of public health. (2020). *The* center for disease control and prevention. (2021). *Symptoms of COVID-19*. Retrieved from: https://www.cdc.gov.

Department of Disease Control. (2021). *Covid19 situation reports.* Retrieved from https://covid19.ddc.moph.go.th.

Department of disease control, Ministry of public health (2021). *Guidelines for the prevention of coronavirus disease 2019 for the general people and risk groups.* Retrieved from https://ddc.moph.go.th. (in Thai)

Duangina, T., &Panuthal, S. (2019). Nursing intervention for improving nutritional status in older persons. *Nursing Journal*, *47*(3), 469-479. (in Thai)

Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (2020). *COVID-19 disease, illness, care, prevention of infection and infection.* Retrieved from http://phoubon.in.th. (in Thai)

Guo, Y.R., Cao, Q.D., Hong, Z.S., Tan, Y.Y., Chen, S.D., Jin, H.J., ... Yan, Y. (2020). The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak- an update on the status. *Military Medical Research, 13*(1),11

Human Resource for Health Research and Development Office. (2020*). Every Thai family is about to have a personal doctor*, *3 people per family*. (in Thai) Retrieved from https://hrdo.org

Jayawardena, R. (2020). Balanced diet is a major casualty in COVID-19. diabetes & metabolic syndrome: *Clinical Research & Reviews, 14*(5)**,** 1085–1086.

Khayyatzadeh, S. S. (2020)**.** Nutrition and Infection with COVID-19**.** *Journal Nutrition and Food Security, 5*(2), 93-96.

National Health Commission Office. (2020). *Joining forces to awaken citizens, helping the nation fight COVID-19: Guidelines for prevention and surveillance of COVID-19 in the community.* Nonthaburi: 3 D Printing Equipment. (in Thai)

Paddon-Jones, D. , Campbell, W. W., Jacques, P. F., Kritchevsky, S. B., Moore, L. L., Rodriguez, N. R., & Van Loon, L. JC. (2015). Protein and healthy aging. *The American Journal of Clinical Nutrition, 101*(Suppl), 1339S–1345S.

Poovorawan, Y. (2021). *The mutation of COVID-19.* (in Thai) Retrieved from https://www.http.kb.psu.ac.th.

Prasartkul, P. (2018). *Situation of the Thai elderly, 2018.* Bangkok: Printery company. (in Thai)

Prutipinyo, C. (2020). Surveillance, prevention, and control measures of COVID-19 pandemic. *Public Health Policy & Laws Journal, 6*(2), 467-485. (in Thai)

Purakom, A., Sukolpuk, M., & Sangcheun, N. (2020). Physical activity policy for active aging: A systematic review. *Journal of Health Systems Research, 14*(2), 208-224. (in Thai)

Siddiq, A. B., Rathore, F. A., Clegg, D., &Rasker, J. J. (2020). Pulmonary rehabilitation in COVID-19 patients: A scoping review of current practice and its application during the pandemic. *Turkish journal of physical medicine and rehabilitation*, *66*(4),480-494.

Thai Health Promotion Foundation. (2020*). Self-care guide for people lets fight COVID-19*. (in Thai) Retrieved From https://ddc.moph.go.th

Trade Policy and Strategy Office, Ministry of Public Health. (2017). *Drive health promotion and disease prevention strategies to excellence.* Nonthaburi: Ministry of public health.

World Health Organization. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19).* Retrieved from https://www.who.int.

World Health Organization. (2021). *Nutrition advice for adults during the COVID-19 outbreak.* Retrieved from http://www.emro.who.int.

Xenaki, N., Bacopoulou, F., Kokkinos, A., Nicolaides, N. C., Chrousos, G. P., & Darviri, C. (2018). Impact of a stress management program on weight loss, mental health and lifestyle in adults with obesity: A randomized controlled trial. *Journal Molecular Biochemistry*, *7*(2), 78–84.

Zhu, C., Wu, Y., Liu, H., Ban, Y., Ma, X., & Zhang, Z. (2020). Early pulmonary rehabilitation for SARS-CoV-2 pneumonia: Experience from an intensive care unit outside of the Hubei Province in China. *Heart & lung: The Journal of Critical Care, 49*(5), 449–450. doi.org/10.1016/j.hrtlng.2020.04.007

การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคฝีในตับที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง
Nursing and Caring for a Patient with a Liver Abscess and Percutaneous Drainage of a Liver Abscess

พูลทรัพย์	สุเทวี*	Poonsap	Sutewee*
จิตรานันต์	กงวงษ์**	Jittranun	Kongwong**

บทคัดย่อ

ฝีในตับคือโรคที่เกิดจากการติดเชื้อที่ทำให้เป็นหนองในเนื้อตับ มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บที่ตับ การติดเชื้อภายในช่องท้อง และการติดเชื้อภายในช่องท้องที่แพร่กระจายจากหลอดเลือดดำพอร์ทัล อีกทั้งในปัจจุบันสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการอักเสบของฝีในตับ ได้แก่ โรคทางเดินน้ำดี นิ่วในท่อน้ำดี มะเร็ง และความผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อจากการแพร่กระจายของเชื้อเข้าในกระแสเลือดซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ สำหรับแนวทางการรักษาฝีในตับ ประกอบด้วย การให้ยาปฏิชีวนะ การผ่าตัดและการระบายหนองออกด้วยการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังร่วมกับการใช้เครื่องมือตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่องท้องส่วนบน การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อเป็นตัวชี้นำทางในการใส่สายระบาย ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัย จึงเป็นการรักษาที่ถูกเลือกใช้และเป็นที่นิยมในปัจจุบัน แต่หัตถการนี้ หากขาดการเตรียมความพร้อมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนพยาธิสภาพของการเกิดฝีในตับ และเป็นการอธิบายถึงข้อบ่งชี้ แนวทางการพยาบาลในการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการและหลังทำหัตการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่สายระบายทางผิวหนัง รวมถึงการดูแลตนเองหลังใส่สายระบายฝีในตับของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคฝีในตับ การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง ภาวะแทรกซ้อน การพยาบาล การดูแลตนเอง

*ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

e-mail: poonsap.sutewee@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันที่รับบทความ 2 กมภาพันธ์ 2565 วันที่แก้ไขบทความ 14 กมภาพันธ์ 2565 วันที่ตอบรับบทความ 9 มีนาคม 2565

Abstract

A Liver abscesses is defined as a purulent infection in the liver. It is caused by liver injury, intra-abdominal infections and intra-abdominal infections spreading from the portal vein. The main causes of inflammation of the liver abscess include biliary tract disease gallstones, cancer, and congenital abnormalities. Its complications can be fatal from the spreadingof infection to bloodsgtream. Guidelines for the treatment of liver abscess include antibiotics, surgery and percutaneous drainage of a liver abscess. Drainage is done with the use of special examination tools such as ultrasound and CT scan by interting the drain hose in the correct position. It is the treatment of choice and is popular nowadays. However, this procedure, if lacking proper preparation, may cause complications.

The purpose of this paper is to review the pathology of liver abscess, the indications and nursing guidelines for percutaneous drainage, as well as preparation of the patient before, during and after the procedure. Follwed by the prevention of complications after percutaneous drainage, including self-care after intubation.

Keywords: Liver abscess, Percutaneous drainage, Complication, Nursing care, Self-care

* Corresponding Author: Registered Nurse, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital; e-mail: poonsap.sutewee@gmail.com

** Registered Nurse, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

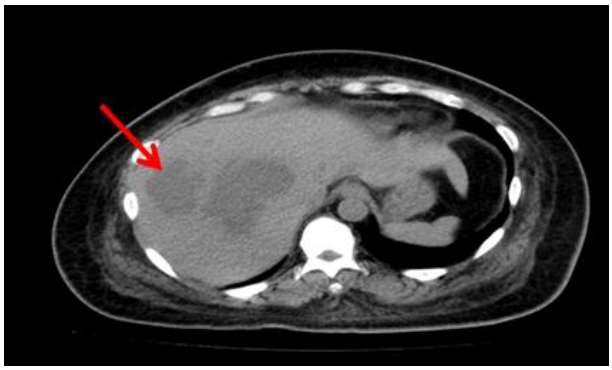
Received 2 February 2022; Revised 14 February 2022; Accepted 9 March 2022

บทนำ

โรคฝีในตับ (Liver abscess) คือการติดเชื้อและเกิดโพรงหนองขังในตับ สาเหตุอาจเกิดจากการบาดเจ็บที่ตับหรือจากการติดเชื้อภายในช่องท้อง และจากการติดเชื้อภายในช่องท้องที่แพร่กระจายจากหลอดเลือดดำพอร์ทัล (Portal vein) (Mischnik et al., 2017) อวัยวะข้างเคียงที่มีการติดเชื้อ ทะลุเข้าสู่ตับโดยตรง หรือ ไม่ทราบสาเหตุ โดยปัจจัยเสี่ยงของการเป็นฝีในตับคือ โรคเบาหวาน ตับแข็ง อายุมาก เพศชาย ภูมิต้านทานบกพร่อง การใช้ยาลดกรด ผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Mavilia, Molina, & Wu, 2016) ในปัจจุบันสาเหตุ โรคทางเดินน้ำดี นิ่วในท่อน้ำดี มะเร็ง และความผิดปกติแต่กำเนิดเป็นสาเหตุหลักของฝีในตับที่ทำให้เกิดการอักเสบ ความรุนแรงของฝีในตับหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและอาจนำไปสู่ภาวะติดเชื้อจากการแพร่กระจายของเชื้อเข้าในกระแสเลือด (Fujii et al., 2020) มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาหรือหากไม่ได้รักษาที่ถูกต้อง (Czerwonko et al., 2016) อุบัติการณ์ของฝีในตับต่อปีอยู่ที่ประมาณ 2.3 รายต่อ 100,000 มีการรายงานอัตราที่สูงขึ้นอย่างมากในไต้หวัน (17.6 รายต่อ 100,000) (Davis & Mcdonald, 2020) ประเทศไทยภาวะฝีในตับ โรคติดเชื้อที่คุกคามชีวิตที่มีอัตราการเสียชีวิต 2–12% (Suthichaimongkol, 2021) อุบัติการณ์การเกิดฝีในตับแบ่งตามเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค ที่พบบ่อยคือเชื้อแบคทีเรีย (Pyogenic liver abscess) และเชื้ออะมีบา (Amoebic liver abscess) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นฝีในตับที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียมากถึงร้อยละ 95 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 52 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 66 เมื่อแยกตามภูมิภาคพบว่าฝีในตับที่เกิดจากการติดเชื้ออะมีบาพบมากในภาคใต้และภาคตะวันตก ในขณะที่ฝีในตับที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียพบได้ทั่วประเทศ แต่พบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 40 (Suthichaimongkol, 2021) จากการศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคฝีในตับที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างปีพ.ศ. 2551-2556 จากฐานข้อมูลประเทศไทย พบผู้ป่วยทั้งหมด 8,423 ราย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 2.8 (Poovorawan et al., 2016; Mavilia et al., 2016)

ชนิดของฝีในตับแบ่งตามเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคได้ ดังนี้ เชื้อแบคทีเรีย Pyogenic (Pyogenic liver abscess) มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง หนองที่เกิดขึ้นในตับเนื่องจากติดเชื้อแบคทีเรีย ลักษณะหนองจะเป็นของเหลวที่ประกอบด้วยเซลล์เม็ดเลือดขาวและเซลล์ที่ตายแล้วซึ่งมักจะเกิดขึ้นเมื่อร่างกายต่อสู้กับการติดเชื้อ ในกรณีของ ฝีในตับจากเชื้อ Pyogenic แทนที่จะระบายออกจากบริเวณที่ติดเชื้อ แต่หนองจะสะสมอยู่ภายในตับ ทำให้เกิดการอักเสบ ฝีมักจะมาพร้อมกับอาการบวมและอักเสบในบริเวณโดยรอบ อาจทำให้เกิดอาการปวดและบวมในช่องท้องได้ สาเหตุส่วนใหญ่ของ ฝีในตับจากเชื้อ Pyogenic คือโรคทางเดินน้ำดี ที่มีผลต่อตับ ตับอ่อน และถุงน้ำดี ตามรายงานของ Johns Hopkins Medicine ท่อน้ำดีที่ติดเชื้อและอักเสบนั้นสัมพันธ์กับฝีในตับมากถึง 50% (Stacy Sampson, 2018)

เชื้ออะมีบา (Amoebic liver abscess) ฝีในตับจากอะมีบาเป็นกลุ่มของหนองในตับที่ตอบสนองต่อปรสิตในลำไส้ที่เรียกว่าเอนทามีบา ฮิสโตไลติกา ฝีในตับเกิดจากเชื้อ Entamoeba histolytica ปรสิตตัวนี้ทำให้เกิด Amebiasis ซึ่งเป็นการติดเชื้อในลำไส้ที่เรียกว่าโรคบิดอะมีบา หลังจากเกิดการติดเชื้อ ปรสิตอาจถูกกระแสเลือดนำพาจากลำไส้ไปยังตับ การติดเชื้อเกิดขึ้นทั่วโลก พบได้บ่อยในพื้นที่เขตร้อนที่มีสภาพความเป็นอยู่แออัดและสุขาภิบาลไม่ดีได้แก่ อินเดีย แอฟริกา เม็กซิโก อเมริกากลางและใต้ ผู้ป่วยประมาณ 80% (Anesi & Gluckman, 2015) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญจากโรคนี้ (Pithawa, 2007)



รูปที่1 ภาพฝีในตับ(Liver abscess) ผู้ชายอายุ 73 ปี ซึ่งมีขนาด 10.9 x 10.6 x 13.1 cm.
(แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)

การประเมินทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคฝีในตับ

1. การซักประวัติ: เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ควรซักประวัติอาการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ระยะเวลาของการเกิดอาการ โรคประจำตัวที่เป็น ประวัติการดื่มสุรา

2. การตรวจร่างกาย: อาการของผู้ป่วยโรคฝีในตับระยะแรก ปวดที่ชายโครงขวา ตับโต กดเจ็บบริเวณตับ ในบางกรณีที่ฝีขนาดใหญ่มากจะโป่งออกมาบริเวณชายโครงขวาให้เห็นชัดเจน และมีไข้ อาจมีหนาวสั่นหรือไม่ก็ได้ อาการตัวเหลืองตาเหลืองพบได้ แต่ไม่บ่อย มักพบในรายที่มีไข้สูงหรือในกรณีที่มีฝีขนาดใหญ่ เกิดจากฝีไปกดบริเวณท่อน้ำดีขนาดใหญ่ เกิดการอุดตันหรือทะลุเข้าไปในท่อทางเดินน้ำดีเกิดท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) บางทีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องเหมือนปวดบิด (colicky pain) ซึ่งเป็นอาการของฝีที่เบ่งมากจนแตกแล้ว บางรายมีอาการ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ถ่ายเหลว ร่วมด้วย ทั้งนี้การแยกวินิจฉัยโรคฝีในตับกับโรคในช่องท้องอื่นๆ ต้องตรวจทางรังสีวิทยาเป็นสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคมากที่สุด (Poovorawan et al., 2016; Stacy Sampson, 2018)

3.การตรวจห้องปฏิบัติการ: การวินิจฉัยโรคฝีในตับเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ใช้อาการ อาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการมักพบเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น เลือดจาง ค่าการทำงานของตับผิดปกติ ได้แก่อัลบูมินต่ำ โกลบูลินสูง ค่าเอนไซม์ตับ ALT AST และ ALP สูงขึ้นได้ การเพาะเชื้อในกระแสเลือดอาจพบเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคประมาณร้อยละ 50

4..การตรวจพิเศษต่างๆ การตรวจทางรังสีวิทยาเป็นสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคมากที่สุด เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่องท้องส่วนบน (Ultrasound) หรือการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan) เป็นต้น (Poovorawan et al., 2016; Mavilia et al., 2016)

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญของฝีในตับ มักเกิดจากโพรงฝีแตกทะลุเข้าไปในอวัยวะข้างเคียงทำให้เกิดอาการของระบบอวัยวะต่างๆ ได้มากมายซึ่งล้วนแต่มีอันตรายและอัตราตายสูง ฝีแบคทีเรียในตับก็อาจรั่วทะลุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคล้ายคลึงกันได้ นอกจากนั้นยังอาจทำให้เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia shock) อาจมีความดันโลหิตต่ำ หรือ บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนคือมีน้ำในเยื่อหุ้มปอดด้านขวา ทำให้มีอาการหายใจลำบากหรือเจ็บชายปอดขวาเวลาหายใจเข้าลึก ๆ ได้ หรือไตวายได้ ในบางรายอาจมีการกระจายของเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้ออะมีบาไปตามกระแสเลือด ทำให้เกิดการติดเชื้อหรือโพรงหนองที่อวัยวะต่าง ๆ ได้ เช่น โพรงฝีในสมองหรือในปอด

การรักษาโรคฝีในตับ

การรักษาด้วยยา การให้ยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะขึ้นกับขนาดของฝี ในช่วงแรกจะเป็นการให้ยาทางหลอดเลือดดำ 10-14 วัน หากอาการดีขึ้นก็เปลี่ยนเป็นยาชนิดรับประทานต่อ รวมการรักษาด้วยการ

ให้ยาปฏิชีวนะ ประมาณ 4-6 สัปดาห์ (Abbas, Khan, & Elzouki, 2014)

การรักษาโดยการผ่าตัด การผ่าตัดเป็นข้อบ่งชี้ลดลงอย่างมากเนื่องจากมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่เสี่ยงต่ออัตราทุพพลภาพสูง ใช้ระยะเวลาพักฟื้นนาน เสียค่าใช้จ่ายสูง จึงคงเหลือความจำเป็นผ่าตัดเฉพาะในกรณีเมื่อฝีแตกรั่วเข้าช่องท้อง เยื่อบุช่องท้องอักเสบ (Haider, Tarulli, McNulty, & Hoffer, 2017) หรือรั่วเข้าเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจ ฝีก้อนใหญ่ ให้ยา เจาะ หรือใส่ PCD ไม่ได้ผล ฝีหลายก้อนใน lope ข้างใดข้างหนึ่งให้ยาไม่ได้ผล ทำ hepatic resection ได้ มีโรคร่วมที่ต้องรักษาด้วย เช่น gallstone, CBD stone หรือ intraperitoneal infection อื่น (Pornthep, 2016)

การรักษาโดยการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) เป็นวิธีการใส่สายระบายผ่านเข้าไปในตำแหน่งฝีในตับเพื่อระบายหนองออกมา ข้อดีของการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัด ใช้เวลาน้อยในการทำหัตถการ ประมาณ 20-30 นาที แผลมีขนาดเล็ก ระยะการพักฟื้นนอนโรงพยาบาลน้อย ประมาณ1-3 วันหลังใส่สายระบายทางผิดหนัง และยังพบว่า อัตราการล้มเหลวของการใส่สายระบายฝีที่ตับผ่านทางผิวหนัง อยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 - 30% โดยมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 0–13.4% (Lo et al., 2015) ซึ่งบทความนี้จะขอกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยโรคฝีในตับที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง เท่านั้น

การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง

การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) เป็นการนำของเสียที่อยู่ในร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นน้ำเหลือง น้ำหนอง น้ำปัสสาวะ หรือน้ำดี น้ำหนองที่เกิดจากการอักเสบหรือติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ เช่นฝีในตับ (Liver abscess) หรือมีการอุดตันของท่อระบายปกติของร่างกาย ด้วยวิธีใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังร่วมกับการใช้เครื่องมือ ตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่องท้องส่วนบน (Ultrasound) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan) เป็นตัวชี้นำทาง ทำให้ใส่สายระบายได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัย เมื่อได้ตำแหน่งของฝีที่เป็นน้ำหนอง น้ำเหลืองแล้ว จะดูดหนองโดยใช้เข็ม แทงผ่านผิวหนังเหนือฝี จากนั้นสอดท่อพลาสติก ที่เรียกว่าสายสวนระบายนำเข้าไป สายสวนช่วยให้หนองไหลออกมาในถุงนอกตัวผู้ป่วย (National health service, 2019) หลังจากนั้นเอาหนองบางส่วนส่งวินิจฉัยทางจุลชีววิทยาเพื่อหาเชื้อก่อโรค ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะได้ดีขึ้นและสามารถลดระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะลง (Prueksapanich, 2019)

ข้อบ่งชี้ในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง

ข้อบ่งชี้ในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง ประกอบด้วย 1) มีฝีในตับหลายตำแหน่ง (Mendez-Pastor & Garcia-Henriquez, 2020) ในกรณีฝีในตับจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่มีฝีหลายตำแหน่งจะเลือกเจาะฝีที่มีขนาดใหญ่ที่สุดและฝีที่มีโอกาสแตกมากที่สุดก่อน 2) ฝีมีขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร (Dzib Calan, Larracilla Salazar, & Morales Pérez, 2019) การใส่สายระบายมีสองเทคนิคที่ใช้กันทั่วไป การเลือกเทคนิคขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของฝี เทคนิค Seldinger ใช้สำหรับฝีขนาดเล็ก ลึก มีความเสี่ยงสูงและเข้าถึงได้ยาก ในขณะที่เทคนิค Trocar ใช้สำหรับฝีขนาดใหญ่ (Harclerode, & Gnugnoli, 2021) และ 3) การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะแล้วอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยยังมีไข้ และยังมีอาการปวดท้องมากขึ้น หรือมีฝีขนาดใหญ่ขึ้น

ข้อห้ามในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง

การใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเลือดออกอวัยวะรอบ ๆ ตับได้รับบาดเจ็บ ดั้งนั้นเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ข้อห้ามในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการห้ามเลือด หรือ การแข็งตัวของเลือดอย่างรุนแรง ได้แก่ มีเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง (coagulopathy) เนื่องจากอาจทำให้เกิดปัญหาสูญเสียเลือดหลังทำหัตถการ จนนำไปสู่ภาวะช็อค (shock) ได้

2. ฝีมีขนาดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร เพราะมีขนาดพื้นที่เล็กเกินไปที่จะใส่สายระบายผ่าทางผิวหนังอาจทำให้บริเวณเนื้อตับรอบ ๆ ฝีได้รับบาดเจ็บได้เพิ่มขึ้น

3. ตำแหน่งของฝีในตับ อยู่ตำแหน่งที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้อวัยวะรอบ ๆ ได้รับบาดเจ็บเช่น มีลำไส้มากั้นขวางระหว่างตำแหน่งที่จะเจาะฝีในตับ เป็นต้น (Harclerode & Gnugnoli, 2021)

การเตรียมตัวผู้ป่วยและอุปกรณ์ก่อนใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังในผู้ป่วยโรคฝีในตับ

1.1 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะต้องมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลล่วงหน้า 1 วันเพื่อเตรียมความพร้อม โดยอาจจะมีการตรวจเลือด เช่น การนับเม็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด (complete blood count: CBC) เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดและเลือดหยุดยากขณะทำหัตถการ โดยค่าที่ยอมรับได้ ประกอบด้วย

1) จำนวนเกล็ดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 50,000/ไมโครลิตร

2) ค่าอัตราส่วนมาตรฐานสากลการแข็งตัวของเลือด (international normalized ratio: INR) มากกว่า 1.5

3) ค่าฮีโมโกลบินในเลือดมากกว่า 9.0 g/dL

1.2 ผู้ป่วยควรงดยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) เช่น warfarin อย่างน้อย 1 สัปดาห์

1.3 ผู้ป่วยควรงดน้ำ–งดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เนื่องจากขณะทำหัตถการผู้ป่วยอาจแพ้ยาชาแบบรุนแรงขึ้นมา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำหัตถการ จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงในการสำลักอาหารลงปอดทำให้เกิดปอดอักเสบ ซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้ระบบหายใจล้มเหลวและถึงแก่ชีวิตได้ ถ้าไม่ได้งดน้ำงดอาหาร

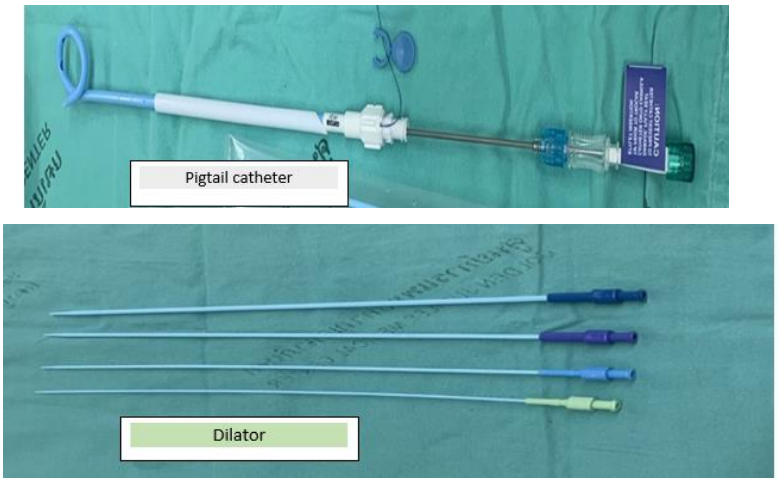
1.4 การตรวจผู้ป่วยต้องลงชื่อในใบยินยอมรับการตรวจรักษา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถลงชื่อได้เอง ต้องให้ผู้ที่มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยหรือผู้ปกครองที่มีสิทธิอันชอบธรรมลงชื่อแทน

2. อุปกรณ์

2.1 สายระบาย (รูปที่2)

การเลือกขนาดสายระบาย

การผ่าตัดใส่สายระบายหนองที่ตับผ่านทางผิวหนัง มีสิ่งสำคัญที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความสำเร็จคือการเลือกสายระบายซึ่งมักจะขึ้นอยู่กับขนาด รูปร่างของฝี และลักษณะความเหนียว ข้นของน้ำหนอง ผู้ป่วยที่มีฝีขนาดใหญ่ จำเป็นต้องปรับสายระบายให้ใหญ่ขึ้น (Haider et al., 2017) เพื่อการระบายน้ำหนองได้ดี สามารถระบายได้ต่อเนื่องและฝียุบได้เร็วกว่า (Singh et al., 2019; Singh et al., 2013) ถ้ารูปร่าง ขนาดของฝีที่มีขนาดเล็ก หนองไม่เหนียวข้น สามารถ ใส่สายสวนขนาดเล็ก 8 ถึง 10 F ได้



รูปที่ 2 ตัวอย่างของเข็มถ่างขยายนำตัวสายระบาย (Dilator) และ ตัวอย่างท่อระบายหนอง (Pigtail) ที่มีแกนเข็มอยู่ด้านในสามารถสอดเข้าไปฝีในตับได้ภายในครั้งเดียว การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับขนาด รูปร่างของฝี และลักษณะความเหนียวข้นของน้ำหนอง (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพแอง)

2.2 ถุงสำหรับรองรับน้ำหนองที่ระบายออกมา
2.3 เซทปราศจากเชื้อสำหรับทำหัตการ
2.4 ยาชาเฉพาะที่
2.5 0.9% NSS Irrigation
2.6 น้ำยาฆ่าเชื้อ Chlorhexidine
2.7 ถุงมือปราศจากเชื้อ
2.8 เครื่องตรวจสัญญานชีพ และ ออกซิเจน

การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายระบายฝีในตับ

การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายระบายฝีในตับ มีดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. จัดผู้ป่วยขึ้นนอนราบบนเตียง หรือนอนในท่าที่เหมาะสม ตามดุลยพินิจของแพทย์พิจารณา

2. แพทย์ใส่สายระบายทำได้ภายใต้อัลตรา-ซาวนต์หรือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อดูตำแหน่งที่จะใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังไปยังฝีในตับ

3. เมื่อได้ตำแหน่ง พยาบาลทำความสะอาดผิวผู้ป่วยบริเวณตำแหน่งที่จะเจาะด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อ Chlorhexidine คลุมผ้าสะอาดปราศจากเชื้อและผ้าช่องเจาะกลาง หุ้ม Ultrasound Probe ด้วยถุงพลาสติกปราศจากเชื้อ

4. แพทย์ฉีดยาชาเฉพาะที่ Under Ultrasound Guidance บริเวณที่จะใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังไปยังฝีในตับ

5. ขณะทำหัตถการพยาบาลต้องสังเกตุอาการและคอยสอบถาม พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล

6 บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีระหว่างทำหัตถการ

7. แพทย์ทำการใส่สายระบายขนาดเล็ก โดยใช้เครื่องอัลตราซาวต์, เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในการดูตำแหน่งที่เหมาะสม การใส่สายระบายคาไว้สามารถใช้เทคนิค Modified Seldinger โดยใส่ลวดตัวนำผ่านเข็มเจาะหรือเทคนิคการใช้ Trocar แทงเข้าโพรงฝี โดยตรงเพื่อวางท่อระบายชนิด Pigtail Catheter ขนาด 8-10 Fr ต่อ ลงถุงเพื่อระบายหนองออก อย่างไรก็ตาม หากหนองข้นมากควรเลือก ใช้ท่อระบายขนาดใหญ่ขึ้นคือ 10-12 Fr และพิจารณาใช้น้ำเกลือปลอดเชื้อฉีดเข้าไปล้างและดูดออกจะช่วยล้างโพรงหนองและลดความข้นของหนองลงได้ (Prueksapanich, 2019)

8. ภายหลังได้ตำแหน่งที่เหมาะสม แพทย์ทำการดูดเอาหนองออกเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ หลังจากนั้นต่อสายระบายลงถุงซึ่งอยู่นอกตัวผู้ป่วย และสายระบายจะถูกเย็บติดกับผิวหนังผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

9. หลังใส่สายระบายฝีที่ตับเสร็จทำ CT scan ซ้ำเพื่อดูตำแหน่งซ้ำ

10. บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีระหว่างเริ่มทำหัตถการจนสิ้นสุดการทำหัตถการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการใส่สายระบายฝีในตับ

ผู้ป่วยหลังได้รับการใส่สายระบายฝีตับผ่านทางผิวหนังเสร็จ จะส่งกลับตึกผู้ป่วยใน พยาบาลควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ที่สำคัญ ดังนี้ (Teach, 2014)

1. ภาวะเลือดออกในช่องท้อง ตกเลือด ประเมินโดยบันทึกสัญญานชีพ โดยวัด ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิร่างกายทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรก 30 นาที ในสองชั่วโมงถัดมา และ ทุก 1 ชั่วโมง ใน 4 ชั่วโมงถัดมา ถ้าพบผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ตัวเย็น ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือด ควรรีบรายงานแพทย์

2. เยื่อบุช่องท้องอักเสบ ประเมินโดยสังเกตุอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมักจะมีไข้อาการปวด และกดเจ็บบริเวณหน้าท้อง แผลผ่าตัด บวม แดง ร้อน ท้องอืด ถ้าพบอาการควรรีบรายงานแพทย์ทันที

3. ปวดแผล ประเมินอาการปวดแผลถ้าผู้ป่วยปวดมาก รายงานแพทย์เพื่อสั่งยาแก้ปวดตามความเหมาะสมเพื่อลดอาการปวด

4. การทำแผลบริเวณที่ใส่สายระบาย ควรทำแผลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อลดการติดเชื้อผิวหนังบริเวณรอบของสายระบาย ขณะทำแผลควรสังเกตุสายระบายว่ามีการเลื่อนหลุด หรือหักพับงอหรือไม่

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนังเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ระยะเวลาของการคาสายระบายฝีที่ตับผ่านทางผิวหนังอย่างน้อยประมาณ 28 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของฝีที่ตับ (Haider et al., 2017) แต่ในระยะนี้แพทย์ต้องนัดติดตามการรักษาโดยให้ผู้ป่วยมาอัลตราซาวต์หรือ

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ดูขนาด และปริมาณของน้ำหนองในฝีลดลงหรือไม่เป็นระยะ ระหว่างนี้ผู้ป่วยอาจต้องกลับบ้านโดยมีสายระบาย ซึ่งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. แนะนำใส่ถุงระบายหนอง ในถุงผ้า หรือกระเป๋าสะพายข้าง ในขณะทำกิจวัตรประจำวัน โดยจัดถุงให้อยู่ระดับต่ำกว่าแผล เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าสู่ร่างกายอาจทำให้มีการติดเชื้อได้ (รูปที่3)

2. ผู้ป่วยหรือญาติ บันทึกปริมาณ ลักษณะ และสีของน้ำหนอง ที่ออกในแต่ละวัน โดยแนะนำให้บันทึกเวลาเดิมของแต่ละวัน เพื่อดูว่าปริมาณน้ำหนองที่ออกมาน้อยกว่าปกติ สีน้ำหนองมีเลือดสดปนออกมา ควรสังเกตุว่าสายมีการเลื่อนหลุดหรือไม่

3. สามารถทำกิจวัตรประจำวัน หรือออกกำลังกายเบาๆได้ ไม่ควรวิ่ง ยกของหนัก หรือบิดตัวอย่างรวดเร็วเพราะจะทำให้สายเลื่อนหลุดได้

4. รับประทานอาหารตามข้อกำหนดของโรคประจำตัวของผู้ป่วย ร่วมกับลดอาหารประเภทไขมันลง

5. ผู้ป่วยสามารถเช็ดตัว หรืออาบน้ำได้ เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค โดยก่อนอาบน้ำ ควรวางถุงพลาสติกคลุมแผล และใช้พลาสเตอร์กันน้ำปิดรอบแผ่นพลาสติก เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลโดนน้ำ

6. หากแผลโดนน้ำ ควรทำความสะอาดบริเวณแผลให้แห้ง เพื่อลดการติดเชื้อ ทำให้แผลอักเสบได้



รูปที่3 การนำถุงผ้าใส่ถุงระบายหนอง โดยจัดถุงให้อยู่ระดับต่ำกว่าแผล เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าสู่ร่างกาย (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายเอง)

ขั้นตอนการทำแผล

ควรทำแผลอย่างน้อย1ครั้ง หรือเมื่อแผลเปียกน้ำ มีสารคัดหลั่งซึมออกมาชุ่มผ้าก็อส ซึ่งญาติหรือผู้ป่วยสามารถทำแผลเองได้ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. ล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาดและเช็ดมือให้แห้งก่อนทำแผล

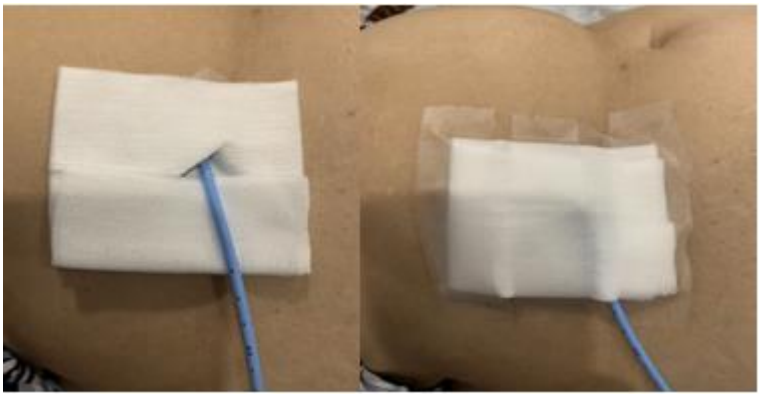
2. เปิดผ้าปิดแผลอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันไม่ให้สายเลื่อนหลุดออกขณะทำแผล

3. ใช้สำลีชุบน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น โพวิดีน หรือน้ำยาแอลกอฮอล์ เช็ดผิวหนังรอบๆ แผล โดยเริ่มเช็ดจากด้านที่ติดแผลวนออกด้านนอก และเช็ดท่อระบายที่ติดกับผิวหนัง

4. ใช้ผ้าปิดแผลพับครึ่งรองสายเพื่อไม่ให้สายพับแล้วใช้ผ้าปิดแผลปิดแผลด้านบนอีกครั้ง

5. ปิดแผลด้วยพลาสเตอร์หรือแผ่นพลาสเตอร์เทปเหนียว

6. ใช้ผ้าปิดแผลพันรอบข้อต่อของสายกับถุงและพันพลาสเตอร์เหนียวรอบข้อต่อ



รูปที่ 4 การปิดแผล ใช้ผ้าปิดแผลพับครึ่งรองสายเพื่อไม่ให้สายพับ แล้วใช้ผ้าปิดแผลปิดแผลด้านบนอีกครั้ง (แหล่งที่มาภาพ ผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)

7. ติดพลาสเตอร์ให้ท่อระบายยึดติดกับผิวหนังหน้าท้องเพื่อป้องกันสายระบาย งอ หัก พับ ดึงรั้ง หรือเลื่อนหลุด

8. ในขณะทำแผล ควรตรวจสอบไหมเย็บ และตำแหน่งสายระบายว่ามีการเลื่อนหลุดหรือไม่

การดูแลสายระบายและถุงระบาย

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติควรดูแลสายระบายและถุงระบาย ดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. ห้ามใช้มือรีดสายระบายเนื่องจากอาจทำให้สายชำรุด หรือฉีกขาดได้

2. ระวังอย่าให้สายระบาย งอ พับ หรือ หัก เพื่อป้องกันการอุดตัน หรือการเลื่อนหลุดของสาย

3. ก่อนการเทน้ำหนอง ออกจากถุง ล้างมือให้สะอาด ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อเช่นโพวิดีน หรือ น้ำยาแอลกอฮอล์เช็คบริเวณปลายถุง แล้วจึงปิดจุก และบันทึกปริมาณหนอง ที่ออกมาแต่ละวัน

อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีไข้สูง หนาวสั่น มีอาการบริเวณรอบแผลปวด บวม แดง ร้อน มีหนองซึมออกมามีการเลอะซึมออกมารอบ ๆ สาย จนเปื้อนผ้าปิดแผล หรือน้ำหนองไม่ไหลเลย 24 ชั่วโมง สีของน้ำหนองมีปนเลือดแดงสด ท่อระบายหลุด หรือเลื่อน ควรรีบมาพบแพทย์

บทสรุป

ปัจจุบันโรคฝีในตับสามารถรักษาได้ด้วยการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง เป็นวิธีการที่ค่อนข้างปลอดภัยซึ่งขั้นตอนการทำหัตถการได้แก่อัลตราซาวนด์หรือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อเพิ่มความแม่นยำของตำแหน่ง แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความเข้าใจถึงข้อบ่งชี้ ขั้นตอนของการใส่สายระบาย การพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการขณะทำ และหลังการใส่สายระบายฝีในตับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง รวมถึงการแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ก็จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

Anesi, J. A., & Gluckman, S. (2015). Amebic liver abscess. *Clinical liver disease, 6*(2), 41–43. https://doi.org/10.1002/cld.488

Abbas, M. T., Khan, F. Y., Muhsin, S. A., Al-Dehwe, B., Abukamar, M., & Elzouki, A. N. (2014). Epidemiology, clinical features and outcome of liver abscess: A single reference center experience in Qatar. *Oman Medical Journal, 29*(4), 260-263. doi:10.5001/omj.2014.69

Czerwonko, M. E., Huespe, P., Bertone, S., Pellegrini, P., Mazza, O., Pekolj, J., Santibañes, E., ... Santibañes, M. (2016). Pyogenic liver abscess: Current status and predictive factors for recurrence and mortality of first episodes. *The Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association, 18*(12), 1023-1030. doi:10.1016/j.hpb.2016.09.001

Davis, J., Mcdonald, M. (2020). *Pyogenic liver abscess. Uptodate.* Retrieve form https://www.uptodate.com/contents/pyogenic-liver-abscess

Dzib Calan, E., Larracilla Salazar, I., & Morales Pérez, J. I. (2019). A giant liver abscess due to fasciola hepatica infection. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas, 111*(10), 815-816. doi:10.17235/reed.2019.6136/2018

Fujii, M., Shirakawa, T., Shime, N., & Kawabata, Y. (2020). Successful treatment of extensive spinal epidural abscess with fluoroscopy-guided percutaneous drainage: A case report. *Journal of Anesthesia Clinical Reports, 6*(1), 4. doi:10.1186/s40981-020-0309-z

Haider, S. J., Tarulli, M., McNulty, N. J., & Hoffer, E. K. (2017). Liver abscesses: Factors that influence outcome of percutaneous drainage. *American Journal of Roentgenology, 209*(1), 205-213. doi:10.2214/ajr.16.17713

Harclerode, T. P., & Gnugnoli, D. M. (2021). *Percutaneous abscess drainage*. Treasure island, FL: Statpearls.

Lo, J. Z., Leow, J. J., Ng, P. L., Lee, H. Q., Mohd Noor, N. A., Low, J. K., ... Woon, W. W. L. (2015). Predictors of therapy failure in a series of 741 adult pyogenic liver abscesses. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, *22*(2), 156-165. doi:10.1002/jhbp.174

Mavilia, M. G., Molina, M., & Wu, G. Y. (2016). The evolving nature of hepatic abscess: A review. *Journal of Clinical and Translational Hepatology, 4*(2), 158-168. doi:10.14218/jcth.2016.00004

Mendez-Pastor, A., & Garcia-Henriquez, N. (2020). Complicated diverticulitis. *Diseases of the Colon & Rectum, 63*(1), 26-28.

Mischnik, A., Kern, W. V., & Thimme, R. (2017). Pyogenic liver abscess: Changes of organisms and consequences for diagnosis and therapy. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *142*(14), 1067-1074. doi:10.1055/s-0043-100540

National Health Service. (2019). *Percutaneous drainage.* National Health Service. Retrieve form https://www.nhs.uk/conditions/abscess/treatment/(wPCD4(1)

Pithawa, A. K. (2007). Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management. *Medical Journal, Armed Forces India, 63*(2), 205-205. doi:10.1016/S0377-1237(07)80085-2

Prueksapanich. P, (2019). Ultrasound-guided liver biopsy and drainage. *Thai Journal Hepatology*, *2*(1), 18-26.

Poovorawan, K., Pan-Ngum, W., Soonthornworasiri, N., Kulrat, C., Kittitrakul, C., Wilairatana, P., ... Phaosawasdi, K. (2016). Burden of liver abscess and survival risk score in Thailand: A population-based study. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(3), 683-688. doi:10.4269/ajtmh.16-0228

Pornthep, S. (2016). *Liver abscess. Medicnote*. Retrieve form https://sites.google.com/site/medicnote/infection/liver-abscess

Shavrina, N. V., Ermolov, A. S., Yartsev, P. A., Kirsanov, I. I., Khamidova, L. T., Oleynik, M. G., & Tarasov, S. A. (2019). Ultrasound in the diagnosis and treatment of abdominal abscesses. *Journal Khirurgiia Mosk*, 2019(11), 29-36. doi:10.17116/hirurgia201911129

Singh, P., Tapasvi, C. Kaur, R., Aggarwal, S., Nagpal, N., & Kaur, R. (2019). Prospective randomized comparison of ultrasound guided percutaneous catheter drainage and percutaneous needle aspiration for the treatment of liver abscess. *Journal of Medical Sciences*, *39*(2), 67-73. doi: 10.4103/jmedsci.jmedsci_74_18

Singh, S., Chaudhary, P., Saxena, N., Khandelwal, S., Poddar, D. D., & Biswal, U. C. (2013). Treatment of liver abscess: Prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Annals of Gastroenterology, 26*(4), 332-339.

Stacy Sampson, D. O. (2018). *Pyogenic liver abscess, health line*. Retrieve form https://www.healthline.com/health/pyogenic-liver-abscess

Stan-Ilie, M., Plotogea, O. M., Rinja, E., Sandru, V., Butuc, A., Gheorghe, G., ... Constantinescu, G. (2021). Ultrasound-guided percutaneous drainage of abdominal collections an analysis over 5 years. *Gastroenterol Insights*, *12*, 366–375. doi: org/10.3390/ gastroent12030035

Suthichaimongkol, T. (2021) *Liver abscess caused by a bacterial infection.* Thai Association for the Study of the Liver. Retrieve form https://thasl.org/liver-abscess/

Teach, R., (2014). *Percutaneous drainage of liver abscess, medical imaging guided minimal invasive procedures.* Retrieve form http://drrattawachteach.blogspot.com/2014/08/ percutaneous-drainage-of-liver-abscess.html

การพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยโรคฝีในตับที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง
Nursing and Caring for a Patient with a Liver Abscess and Percutaneous Drainage of a Liver Abscess

พูลทรัพย์	สุเทวี*	Poonsap	Sutewee*
จิตรานันต์	กงวงษ์**	Jittranun	Kongwong**

บทคัดย่อ

ฝีในตับคือโรคที่เกิดจากการติดเชื้อที่ทำให้เป็นหนองในเนื้อตับ มีสาเหตุมาจากการบาดเจ็บที่ตับ การติดเชื้อภายในช่องท้อง และการติดเชื้อภายในช่องท้องที่แพร่กระจายจากหลอดเลือดดำพอร์ทัล อีกทั้งในปัจจุบันสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดการอักเสบของฝีในตับ ได้แก่ โรคทางเดินน้ำดี นิ่วในท่อน้ำดี มะเร็ง และความผิดปกติแต่กำเนิด ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทำให้เกิดภาวะติดเชื้อจากการแพร่กระจายของเชื้อเข้าในกระแสเลือดซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ สำหรับแนวทางการรักษาฝีในตับ ประกอบด้วย การให้ยาปฏิชีวนะ การผ่าตัดและการระบายหนองออกด้วยการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังร่วมกับการใช้เครื่องมือตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่องท้องส่วนบน การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อเป็นตัวชี้นำทางในการใส่สายระบาย ในตำแหน่งที่ถูกต้อง ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ปลอดภัย จึงเป็นการรักษาที่ถูกเลือกใช้และเป็นที่นิยมในปัจจุบัน แต่หัตถการนี้ หากขาดการเตรียมความพร้อมอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนพยาธิสภาพของการเกิดฝีในตับ และเป็นการอธิบายถึงข้อบ่งชี้ แนวทางการพยาบาลในการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง การเตรียมตัวผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ ขณะทำหัตถการและหลังทำหัตการ และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่สายระบายทางผิวหนัง รวมถึงการดูแลตนเองหลังใส่สายระบายฝีในตับของผู้ป่วย

คำสำคัญ: โรคฝีในตับ การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง ภาวะแทรกซ้อน การพยาบาล การดูแลตนเอง

*ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

e-mail: poonsap.sutewee@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วันที่รับบทความ 2 กมภาพันธ์ 2565 วันที่แก้ไขบทความ 14 กมภาพันธ์ 2565 วันที่ตอบรับบทความ 9 มีนาคม 2565

Abstract

A Liver abscesses is defined as a purulent infection in the liver. It is caused by liver injury, intra-abdominal infections and intra-abdominal infections spreading from the portal vein. The main causes of inflammation of the liver abscess include biliary tract disease gallstones, cancer, and congenital abnormalities. Its complications can be fatal from the spreadingof infection to bloodsgtream. Guidelines for the treatment of liver abscess include antibiotics, surgery and percutaneous drainage of a liver abscess. Drainage is done with the use of special examination tools such as ultrasound and CT scan by interting the drain hose in the correct position. It is the treatment of choice and is popular nowadays. However, this procedure, if lacking proper preparation, may cause complications.

The purpose of this paper is to review the pathology of liver abscess, the indications and nursing guidelines for percutaneous drainage, as well as preparation of the patient before, during and after the procedure. Follwed by the prevention of complications after percutaneous drainage, including self-care after intubation.

Keywords: Liver abscess, Percutaneous drainage, Complication, Nursing care, Self-care

* Corresponding Author: Registered Nurse, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital; e-mail: poonsap.sutewee@gmail.com

** Registered Nurse, Golden Jubilee Medical Center, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital

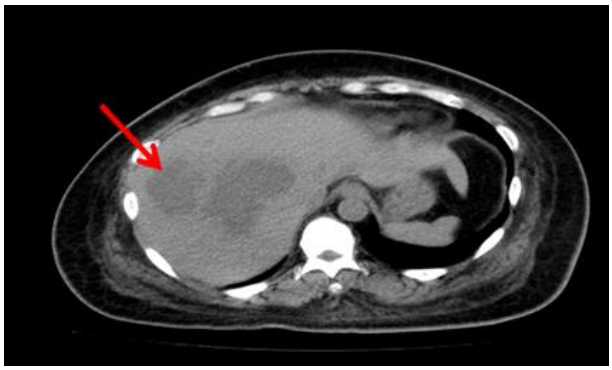
Received 2 February 2022; Revised 14 February 2022; Accepted 9 March 2022

บทนำ

โรคฝีในตับ (Liver abscess) คือการติดเชื้อและเกิดโพรงหนองขังในตับ สาเหตุอาจเกิดจากการบาดเจ็บที่ตับหรือจากการติดเชื้อภายในช่องท้อง และจากการติดเชื้อภายในช่องท้องที่แพร่กระจายจากหลอดเลือดดำพอร์ทัล (Portal vein) (Mischnik et al., 2017) อวัยวะข้างเคียงที่มีการติดเชื้อ ทะลุเข้าสู่ตับโดยตรง หรือ ไม่ทราบสาเหตุ โดยปัจจัยเสี่ยงของการเป็นฝีในตับคือ โรคเบาหวาน ตับแข็ง อายุมาก เพศชาย ภูมิต้านทานบกพร่อง การใช้ยาลดกรด ผ่าตัดเปลี่ยนตับ (Mavilia, Molina, & Wu, 2016) ในปัจจุบันสาเหตุ โรคทางเดินน้ำดี นิ่วในท่อน้ำดี มะเร็ง และความผิดปกติแต่กำเนิดเป็นสาเหตุหลักของฝีในตับที่ทำให้เกิดการอักเสบ ความรุนแรงของฝีในตับหากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและอาจนำไปสู่ภาวะติดเชื้อจากการแพร่กระจายของเชื้อเข้าในกระแสเลือด (Fujii et al., 2020) มีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตในผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาหรือหากไม่ได้รักษาที่ถูกต้อง (Czerwonko et al., 2016) อุบัติการณ์ของฝีในตับต่อปีอยู่ที่ประมาณ 2.3 รายต่อ 100,000 มีการรายงานอัตราที่สูงขึ้นอย่างมากในไต้หวัน (17.6 รายต่อ 100,000) (Davis & Mcdonald, 2020) ประเทศไทยภาวะฝีในตับ โรคติดเชื้อที่คุกคามชีวิตที่มีอัตราการเสียชีวิต 2–12% (Suthichaimongkol, 2021) อุบัติการณ์การเกิดฝีในตับแบ่งตามเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรค ที่พบบ่อยคือเชื้อแบคทีเรีย (Pyogenic liver abscess) และเชื้ออะมีบา (Amoebic liver abscess) โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นฝีในตับที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียมากถึงร้อยละ 95 อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย 52 ปี เป็นเพศชายร้อยละ 66 เมื่อแยกตามภูมิภาคพบว่าฝีในตับที่เกิดจากการติดเชื้ออะมีบาพบมากในภาคใต้และภาคตะวันตก ในขณะที่ฝีในตับที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียพบได้ทั่วประเทศ แต่พบมากที่สุดที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 40 (Suthichaimongkol, 2021) จากการศึกษารวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโรคฝีในตับที่มานอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างปีพ.ศ. 2551-2556 จากฐานข้อมูลประเทศไทย พบผู้ป่วยทั้งหมด 8,423 ราย อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาลร้อยละ 2.8 (Poovorawan et al., 2016; Mavilia et al., 2016)

ชนิดของฝีในตับแบ่งตามเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคได้ ดังนี้ เชื้อแบคทีเรีย Pyogenic (Pyogenic liver abscess) มักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง หนองที่เกิดขึ้นในตับเนื่องจากติดเชื้อแบคทีเรีย ลักษณะหนองจะเป็นของเหลวที่ประกอบด้วยเซลล์เม็ดเลือดขาวและเซลล์ที่ตายแล้วซึ่งมักจะเกิดขึ้นเมื่อร่างกายต่อสู้กับการติดเชื้อ ในกรณีของ ฝีในตับจากเชื้อ Pyogenic แทนที่จะระบายออกจากบริเวณที่ติดเชื้อ แต่หนองจะสะสมอยู่ภายในตับ ทำให้เกิดการอักเสบ ฝีมักจะมาพร้อมกับอาการบวมและอักเสบในบริเวณโดยรอบ อาจทำให้เกิดอาการปวดและบวมในช่องท้องได้ สาเหตุส่วนใหญ่ของ ฝีในตับจากเชื้อ Pyogenic คือโรคทางเดินน้ำดี ที่มีผลต่อตับ ตับอ่อน และถุงน้ำดี ตามรายงานของ Johns Hopkins Medicine ท่อน้ำดีที่ติดเชื้อและอักเสบนั้นสัมพันธ์กับฝีในตับมากถึง 50% (Stacy Sampson, 2018)

เชื้ออะมีบา (Amoebic liver abscess) ฝีในตับจากอะมีบาเป็นกลุ่มของหนองในตับที่ตอบสนองต่อปรสิตในลำไส้ที่เรียกว่าเอนทามีบา ฮิสโตไลติกา ฝีในตับเกิดจากเชื้อ Entamoeba histolytica ปรสิตตัวนี้ทำให้เกิด Amebiasis ซึ่งเป็นการติดเชื้อในลำไส้ที่เรียกว่าโรคบิดอะมีบา หลังจากเกิดการติดเชื้อ ปรสิตอาจถูกกระแสเลือดนำพาจากลำไส้ไปยังตับ การติดเชื้อเกิดขึ้นทั่วโลก พบได้บ่อยในพื้นที่เขตร้อนที่มีสภาพความเป็นอยู่แออัดและสุขาภิบาลไม่ดีได้แก่ อินเดีย แอฟริกา เม็กซิโก อเมริกากลางและใต้ ผู้ป่วยประมาณ 80% (Anesi & Gluckman, 2015) เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญจากโรคนี้ (Pithawa, 2007)



รูปที่1 ภาพฝีในตับ(Liver abscess) ผู้ชายอายุ 73 ปี ซึ่งมีขนาด 10.9 x 10.6 x 13.1 cm.
(แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)

การประเมินทางการพยาบาลในผู้ป่วยโรคฝีในตับ

1. การซักประวัติ: เมื่อผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาล ควรซักประวัติอาการที่ผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ระยะเวลาของการเกิดอาการ โรคประจำตัวที่เป็น ประวัติการดื่มสุรา

2. การตรวจร่างกาย: อาการของผู้ป่วยโรคฝีในตับระยะแรก ปวดที่ชายโครงขวา ตับโต กดเจ็บบริเวณตับ ในบางกรณีที่ฝีขนาดใหญ่มากจะโป่งออกมาบริเวณชายโครงขวาให้เห็นชัดเจน และมีไข้ อาจมีหนาวสั่นหรือไม่ก็ได้ อาการตัวเหลืองตาเหลืองพบได้ แต่ไม่บ่อย มักพบในรายที่มีไข้สูงหรือในกรณีที่มีฝีขนาดใหญ่ เกิดจากฝีไปกดบริเวณท่อน้ำดีขนาดใหญ่ เกิดการอุดตันหรือทะลุเข้าไปในท่อทางเดินน้ำดีเกิดท่อน้ำดีอักเสบ (Cholangitis) บางทีผู้ป่วยมาโรงพยาบาลด้วยอาการปวดท้องเหมือนปวดบิด (colicky pain) ซึ่งเป็นอาการของฝีที่เบ่งมากจนแตกแล้ว บางรายมีอาการ อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ถ่ายเหลว ร่วมด้วย ทั้งนี้การแยกวินิจฉัยโรคฝีในตับกับโรคในช่องท้องอื่นๆ ต้องตรวจทางรังสีวิทยาเป็นสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคมากที่สุด (Poovorawan et al., 2016; Stacy Sampson, 2018)

3.การตรวจห้องปฏิบัติการ: การวินิจฉัยโรคฝีในตับเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ใช้อาการ อาการแสดง การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เมื่อตรวจทางห้องปฏิบัติการมักพบเม็ดเลือดขาวสูงขึ้น เลือดจาง ค่าการทำงานของตับผิดปกติ ได้แก่อัลบูมินต่ำ โกลบูลินสูง ค่าเอนไซม์ตับ ALT AST และ ALP สูงขึ้นได้ การเพาะเชื้อในกระแสเลือดอาจพบเชื้อที่เป็นสาเหตุของโรคประมาณร้อยละ 50

4..การตรวจพิเศษต่างๆ การตรวจทางรังสีวิทยาเป็นสิ่งที่ช่วยในการวินิจฉัยโรคมากที่สุด เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่องท้องส่วนบน (Ultrasound) หรือการตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan) เป็นต้น (Poovorawan et al., 2016; Mavilia et al., 2016)

ภาวะแทรกซ้อนสำคัญของฝีในตับ มักเกิดจากโพรงฝีแตกทะลุเข้าไปในอวัยวะข้างเคียงทำให้เกิดอาการของระบบอวัยวะต่างๆ ได้มากมายซึ่งล้วนแต่มีอันตรายและอัตราตายสูง ฝีแบคทีเรียในตับก็อาจรั่วทะลุทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนคล้ายคลึงกันได้ นอกจากนั้นยังอาจทำให้เกิดภาวะช็อคจากการติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia shock) อาจมีความดันโลหิตต่ำ หรือ บางรายอาจมีภาวะแทรกซ้อนคือมีน้ำในเยื่อหุ้มปอดด้านขวา ทำให้มีอาการหายใจลำบากหรือเจ็บชายปอดขวาเวลาหายใจเข้าลึก ๆ ได้ หรือไตวายได้ ในบางรายอาจมีการกระจายของเชื้อแบคทีเรีย หรือเชื้ออะมีบาไปตามกระแสเลือด ทำให้เกิดการติดเชื้อหรือโพรงหนองที่อวัยวะต่าง ๆ ได้ เช่น โพรงฝีในสมองหรือในปอด

การรักษาโรคฝีในตับ

การรักษาด้วยยา การให้ยาปฏิชีวนะ ระยะเวลาการให้ยาปฏิชีวนะขึ้นกับขนาดของฝี ในช่วงแรกจะเป็นการให้ยาทางหลอดเลือดดำ 10-14 วัน หากอาการดีขึ้นก็เปลี่ยนเป็นยาชนิดรับประทานต่อ รวมการรักษาด้วยการ

ให้ยาปฏิชีวนะ ประมาณ 4-6 สัปดาห์ (Abbas, Khan, & Elzouki, 2014)

การรักษาโดยการผ่าตัด การผ่าตัดเป็นข้อบ่งชี้ลดลงอย่างมากเนื่องจากมีแผลผ่าตัดขนาดใหญ่เสี่ยงต่ออัตราทุพพลภาพสูง ใช้ระยะเวลาพักฟื้นนาน เสียค่าใช้จ่ายสูง จึงคงเหลือความจำเป็นผ่าตัดเฉพาะในกรณีเมื่อฝีแตกรั่วเข้าช่องท้อง เยื่อบุช่องท้องอักเสบ (Haider, Tarulli, McNulty, & Hoffer, 2017) หรือรั่วเข้าเยื่อหุ้มปอดและเยื่อหุ้มหัวใจ ฝีก้อนใหญ่ ให้ยา เจาะ หรือใส่ PCD ไม่ได้ผล ฝีหลายก้อนใน lope ข้างใดข้างหนึ่งให้ยาไม่ได้ผล ทำ hepatic resection ได้ มีโรคร่วมที่ต้องรักษาด้วย เช่น gallstone, CBD stone หรือ intraperitoneal infection อื่น (Pornthep, 2016)

การรักษาโดยการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) เป็นวิธีการใส่สายระบายผ่านเข้าไปในตำแหน่งฝีในตับเพื่อระบายหนองออกมา ข้อดีของการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง เพื่อหลีกเลี่ยงการผ่าตัด ใช้เวลาน้อยในการทำหัตถการ ประมาณ 20-30 นาที แผลมีขนาดเล็ก ระยะการพักฟื้นนอนโรงพยาบาลน้อย ประมาณ1-3 วันหลังใส่สายระบายทางผิดหนัง และยังพบว่า อัตราการล้มเหลวของการใส่สายระบายฝีที่ตับผ่านทางผิวหนัง อยู่ในช่วงตั้งแต่ 0 - 30% โดยมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อ 0–13.4% (Lo et al., 2015) ซึ่งบทความนี้จะขอกล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยโรคฝีในตับที่ได้รับการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง เท่านั้น

การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง

การใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง (Percutaneous drainage) เป็นการนำของเสียที่อยู่ในร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นน้ำเหลือง น้ำหนอง น้ำปัสสาวะ หรือน้ำดี น้ำหนองที่เกิดจากการอักเสบหรือติดเชื้อของอวัยวะต่าง ๆ เช่นฝีในตับ (Liver abscess) หรือมีการอุดตันของท่อระบายปกติของร่างกาย ด้วยวิธีใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังร่วมกับการใช้เครื่องมือ ตรวจพิเศษ เช่น การตรวจคลื่นเสียงความถี่สูงช่องท้องส่วนบน (Ultrasound) การตรวจด้วยเครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (Computed tomography scan) เป็นตัวชี้นำทาง ทำให้ใส่สายระบายได้อย่างถูกต้อง แม่นยำ และปลอดภัย เมื่อได้ตำแหน่งของฝีที่เป็นน้ำหนอง น้ำเหลืองแล้ว จะดูดหนองโดยใช้เข็ม แทงผ่านผิวหนังเหนือฝี จากนั้นสอดท่อพลาสติก ที่เรียกว่าสายสวนระบายนำเข้าไป สายสวนช่วยให้หนองไหลออกมาในถุงนอกตัวผู้ป่วย (National health service, 2019) หลังจากนั้นเอาหนองบางส่วนส่งวินิจฉัยทางจุลชีววิทยาเพื่อหาเชื้อก่อโรค ผู้ป่วยตอบสนองต่อยาปฏิชีวนะได้ดีขึ้นและสามารถลดระยะเวลาของการให้ยาปฏิชีวนะลง (Prueksapanich, 2019)

ข้อบ่งชี้ในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง

ข้อบ่งชี้ในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง ประกอบด้วย 1) มีฝีในตับหลายตำแหน่ง (Mendez-Pastor & Garcia-Henriquez, 2020) ในกรณีฝีในตับจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่มีฝีหลายตำแหน่งจะเลือกเจาะฝีที่มีขนาดใหญ่ที่สุดและฝีที่มีโอกาสแตกมากที่สุดก่อน 2) ฝีมีขนาดมากกว่า 3 เซนติเมตร (Dzib Calan, Larracilla Salazar, & Morales Pérez, 2019) การใส่สายระบายมีสองเทคนิคที่ใช้กันทั่วไป การเลือกเทคนิคขึ้นอยู่กับขนาดและตำแหน่งของฝี เทคนิค Seldinger ใช้สำหรับฝีขนาดเล็ก ลึก มีความเสี่ยงสูงและเข้าถึงได้ยาก ในขณะที่เทคนิค Trocar ใช้สำหรับฝีขนาดใหญ่ (Harclerode, & Gnugnoli, 2021) และ 3) การรักษาโดยการให้ยาปฏิชีวนะแล้วอาการไม่ดีขึ้น ผู้ป่วยยังมีไข้ และยังมีอาการปวดท้องมากขึ้น หรือมีฝีขนาดใหญ่ขึ้น

ข้อห้ามในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง

การใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะเลือดออกอวัยวะรอบ ๆ ตับได้รับบาดเจ็บ ดั้งนั้นเพื่อเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ข้อห้ามในการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง ได้แก่

1. ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการห้ามเลือด หรือ การแข็งตัวของเลือดอย่างรุนแรง ได้แก่ มีเกล็ดเลือดต่ำ (thrombocytopenia) ปัจจัยการแข็งตัวของเลือดลดลง (coagulopathy) เนื่องจากอาจทำให้เกิดปัญหาสูญเสียเลือดหลังทำหัตถการ จนนำไปสู่ภาวะช็อค (shock) ได้

2. ฝีมีขนาดน้อยกว่า 3 เซนติเมตร เพราะมีขนาดพื้นที่เล็กเกินไปที่จะใส่สายระบายผ่าทางผิวหนังอาจทำให้บริเวณเนื้อตับรอบ ๆ ฝีได้รับบาดเจ็บได้เพิ่มขึ้น

3. ตำแหน่งของฝีในตับ อยู่ตำแหน่งที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้อวัยวะรอบ ๆ ได้รับบาดเจ็บเช่น มีลำไส้มากั้นขวางระหว่างตำแหน่งที่จะเจาะฝีในตับ เป็นต้น (Harclerode & Gnugnoli, 2021)

การเตรียมตัวผู้ป่วยและอุปกรณ์ก่อนใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง

1. การพยาบาลผู้ป่วยก่อนการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังในผู้ป่วยโรคฝีในตับ

1.1 แจ้งให้ผู้ป่วยทราบว่า จะต้องมาพักรักษาตัวในโรงพยาบาลล่วงหน้า 1 วันเพื่อเตรียมความพร้อม โดยอาจจะมีการตรวจเลือด เช่น การนับเม็ดเลือดและการแข็งตัวของเลือด (complete blood count: CBC) เพื่อป้องกันการสูญเสียเลือดและเลือดหยุดยากขณะทำหัตถการ โดยค่าที่ยอมรับได้ ประกอบด้วย

1) จำนวนเกล็ดเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 50,000/ไมโครลิตร

2) ค่าอัตราส่วนมาตรฐานสากลการแข็งตัวของเลือด (international normalized ratio: INR) มากกว่า 1.5

3) ค่าฮีโมโกลบินในเลือดมากกว่า 9.0 g/dL

1.2 ผู้ป่วยควรงดยาต้านการแข็งตัวของเลือด (anticoagulant drug) เช่น warfarin อย่างน้อย 1 สัปดาห์

1.3 ผู้ป่วยควรงดน้ำ–งดอาหารอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง เนื่องจากขณะทำหัตถการผู้ป่วยอาจแพ้ยาชาแบบรุนแรงขึ้นมา หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะทำหัตถการ จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงในการสำลักอาหารลงปอดทำให้เกิดปอดอักเสบ ซึ่งอาจรุนแรงจนทำให้ระบบหายใจล้มเหลวและถึงแก่ชีวิตได้ ถ้าไม่ได้งดน้ำงดอาหาร

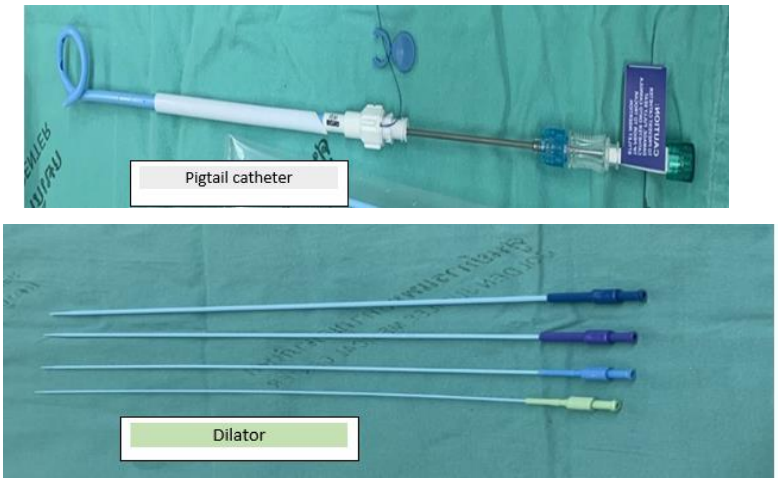
1.4 การตรวจผู้ป่วยต้องลงชื่อในใบยินยอมรับการตรวจรักษา ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถลงชื่อได้เอง ต้องให้ผู้ที่มีอำนาจกระทำแทนผู้ป่วยหรือผู้ปกครองที่มีสิทธิอันชอบธรรมลงชื่อแทน

2. อุปกรณ์

2.1 สายระบาย (รูปที่2)

การเลือกขนาดสายระบาย

การผ่าตัดใส่สายระบายหนองที่ตับผ่านทางผิวหนัง มีสิ่งสำคัญที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความสำเร็จคือการเลือกสายระบายซึ่งมักจะขึ้นอยู่กับขนาด รูปร่างของฝี และลักษณะความเหนียว ข้นของน้ำหนอง ผู้ป่วยที่มีฝีขนาดใหญ่ จำเป็นต้องปรับสายระบายให้ใหญ่ขึ้น (Haider et al., 2017) เพื่อการระบายน้ำหนองได้ดี สามารถระบายได้ต่อเนื่องและฝียุบได้เร็วกว่า (Singh et al., 2019; Singh et al., 2013) ถ้ารูปร่าง ขนาดของฝีที่มีขนาดเล็ก หนองไม่เหนียวข้น สามารถ ใส่สายสวนขนาดเล็ก 8 ถึง 10 F ได้



รูปที่ 2 ตัวอย่างของเข็มถ่างขยายนำตัวสายระบาย (Dilator) และ ตัวอย่างท่อระบายหนอง (Pigtail) ที่มีแกนเข็มอยู่ด้านในสามารถสอดเข้าไปฝีในตับได้ภายในครั้งเดียว การเลือกใช้ขึ้นอยู่กับขนาด รูปร่างของฝี และลักษณะความเหนียวข้นของน้ำหนอง (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายภาพแอง)

2.2 ถุงสำหรับรองรับน้ำหนองที่ระบายออกมา
2.3 เซทปราศจากเชื้อสำหรับทำหัตการ
2.4 ยาชาเฉพาะที่
2.5 0.9% NSS Irrigation
2.6 น้ำยาฆ่าเชื้อ Chlorhexidine
2.7 ถุงมือปราศจากเชื้อ
2.8 เครื่องตรวจสัญญานชีพ และ ออกซิเจน

การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายระบายฝีในตับ

การพยาบาลผู้ป่วยขณะใส่สายระบายฝีในตับ มีดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. จัดผู้ป่วยขึ้นนอนราบบนเตียง หรือนอนในท่าที่เหมาะสม ตามดุลยพินิจของแพทย์พิจารณา

2. แพทย์ใส่สายระบายทำได้ภายใต้อัลตรา-ซาวนต์หรือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อดูตำแหน่งที่จะใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังไปยังฝีในตับ

3. เมื่อได้ตำแหน่ง พยาบาลทำความสะอาดผิวผู้ป่วยบริเวณตำแหน่งที่จะเจาะด้วย น้ำยาฆ่าเชื้อ Chlorhexidine คลุมผ้าสะอาดปราศจากเชื้อและผ้าช่องเจาะกลาง หุ้ม Ultrasound Probe ด้วยถุงพลาสติกปราศจากเชื้อ

4. แพทย์ฉีดยาชาเฉพาะที่ Under Ultrasound Guidance บริเวณที่จะใส่สายระบายผ่านทางผิวหนังไปยังฝีในตับ

5. ขณะทำหัตถการพยาบาลต้องสังเกตุอาการและคอยสอบถาม พูดคุยกับผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อลดความวิตกกังวล

6 บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีระหว่างทำหัตถการ

7. แพทย์ทำการใส่สายระบายขนาดเล็ก โดยใช้เครื่องอัลตราซาวต์, เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ในการดูตำแหน่งที่เหมาะสม การใส่สายระบายคาไว้สามารถใช้เทคนิค Modified Seldinger โดยใส่ลวดตัวนำผ่านเข็มเจาะหรือเทคนิคการใช้ Trocar แทงเข้าโพรงฝี โดยตรงเพื่อวางท่อระบายชนิด Pigtail Catheter ขนาด 8-10 Fr ต่อ ลงถุงเพื่อระบายหนองออก อย่างไรก็ตาม หากหนองข้นมากควรเลือก ใช้ท่อระบายขนาดใหญ่ขึ้นคือ 10-12 Fr และพิจารณาใช้น้ำเกลือปลอดเชื้อฉีดเข้าไปล้างและดูดออกจะช่วยล้างโพรงหนองและลดความข้นของหนองลงได้ (Prueksapanich, 2019)

8. ภายหลังได้ตำแหน่งที่เหมาะสม แพทย์ทำการดูดเอาหนองออกเพื่อส่งตรวจเพาะเชื้อ หลังจากนั้นต่อสายระบายลงถุงซึ่งอยู่นอกตัวผู้ป่วย และสายระบายจะถูกเย็บติดกับผิวหนังผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด

9. หลังใส่สายระบายฝีที่ตับเสร็จทำ CT scan ซ้ำเพื่อดูตำแหน่งซ้ำ

10. บันทึกสัญญาณชีพทุก 5 นาทีระหว่างเริ่มทำหัตถการจนสิ้นสุดการทำหัตถการ

การพยาบาลผู้ป่วยหลังได้รับการใส่สายระบายฝีในตับ

ผู้ป่วยหลังได้รับการใส่สายระบายฝีตับผ่านทางผิวหนังเสร็จ จะส่งกลับตึกผู้ป่วยใน พยาบาลควรเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ที่สำคัญ ดังนี้ (Teach, 2014)

1. ภาวะเลือดออกในช่องท้อง ตกเลือด ประเมินโดยบันทึกสัญญานชีพ โดยวัด ความดันโลหิต ชีพจร อุณหภูมิร่างกายทุก 15 นาที ในชั่วโมงแรก 30 นาที ในสองชั่วโมงถัดมา และ ทุก 1 ชั่วโมง ใน 4 ชั่วโมงถัดมา ถ้าพบผู้ป่วยมีความดันโลหิตต่ำ ชีพจรเต้นเร็ว ตัวเย็น ผู้ป่วยอาจเกิดภาวะ Hypovolemic shock จากการเสียเลือด ควรรีบรายงานแพทย์

2. เยื่อบุช่องท้องอักเสบ ประเมินโดยสังเกตุอาการและอาการแสดง ผู้ป่วยมักจะมีไข้อาการปวด และกดเจ็บบริเวณหน้าท้อง แผลผ่าตัด บวม แดง ร้อน ท้องอืด ถ้าพบอาการควรรีบรายงานแพทย์ทันที

3. ปวดแผล ประเมินอาการปวดแผลถ้าผู้ป่วยปวดมาก รายงานแพทย์เพื่อสั่งยาแก้ปวดตามความเหมาะสมเพื่อลดอาการปวด

4. การทำแผลบริเวณที่ใส่สายระบาย ควรทำแผลอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง เพื่อลดการติดเชื้อผิวหนังบริเวณรอบของสายระบาย ขณะทำแผลควรสังเกตุสายระบายว่ามีการเลื่อนหลุด หรือหักพับงอหรือไม่

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยภายหลังใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนังเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

ระยะเวลาของการคาสายระบายฝีที่ตับผ่านทางผิวหนังอย่างน้อยประมาณ 28 วัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับขนาดของฝีที่ตับ (Haider et al., 2017) แต่ในระยะนี้แพทย์ต้องนัดติดตามการรักษาโดยให้ผู้ป่วยมาอัลตราซาวต์หรือ

เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ดูขนาด และปริมาณของน้ำหนองในฝีลดลงหรือไม่เป็นระยะ ระหว่างนี้ผู้ป่วยอาจต้องกลับบ้านโดยมีสายระบาย ซึ่งการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. แนะนำใส่ถุงระบายหนอง ในถุงผ้า หรือกระเป๋าสะพายข้าง ในขณะทำกิจวัตรประจำวัน โดยจัดถุงให้อยู่ระดับต่ำกว่าแผล เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าสู่ร่างกายอาจทำให้มีการติดเชื้อได้ (รูปที่3)

2. ผู้ป่วยหรือญาติ บันทึกปริมาณ ลักษณะ และสีของน้ำหนอง ที่ออกในแต่ละวัน โดยแนะนำให้บันทึกเวลาเดิมของแต่ละวัน เพื่อดูว่าปริมาณน้ำหนองที่ออกมาน้อยกว่าปกติ สีน้ำหนองมีเลือดสดปนออกมา ควรสังเกตุว่าสายมีการเลื่อนหลุดหรือไม่

3. สามารถทำกิจวัตรประจำวัน หรือออกกำลังกายเบาๆได้ ไม่ควรวิ่ง ยกของหนัก หรือบิดตัวอย่างรวดเร็วเพราะจะทำให้สายเลื่อนหลุดได้

4. รับประทานอาหารตามข้อกำหนดของโรคประจำตัวของผู้ป่วย ร่วมกับลดอาหารประเภทไขมันลง

5. ผู้ป่วยสามารถเช็ดตัว หรืออาบน้ำได้ เพื่อลดการหมักหมมของเชื้อโรค โดยก่อนอาบน้ำ ควรวางถุงพลาสติกคลุมแผล และใช้พลาสเตอร์กันน้ำปิดรอบแผ่นพลาสติก เพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้แผลโดนน้ำ

6. หากแผลโดนน้ำ ควรทำความสะอาดบริเวณแผลให้แห้ง เพื่อลดการติดเชื้อ ทำให้แผลอักเสบได้



รูปที่3 การนำถุงผ้าใส่ถุงระบายหนอง โดยจัดถุงให้อยู่ระดับต่ำกว่าแผล เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับเข้าสู่ร่างกาย (แหล่งที่มารูปภาพผู้นิพนธ์ถ่ายเอง)

ขั้นตอนการทำแผล

ควรทำแผลอย่างน้อย1ครั้ง หรือเมื่อแผลเปียกน้ำ มีสารคัดหลั่งซึมออกมาชุ่มผ้าก็อส ซึ่งญาติหรือผู้ป่วยสามารถทำแผลเองได้ โดยมีขั้นตอน ดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. ล้างมือฟอกสบู่ให้สะอาดและเช็ดมือให้แห้งก่อนทำแผล

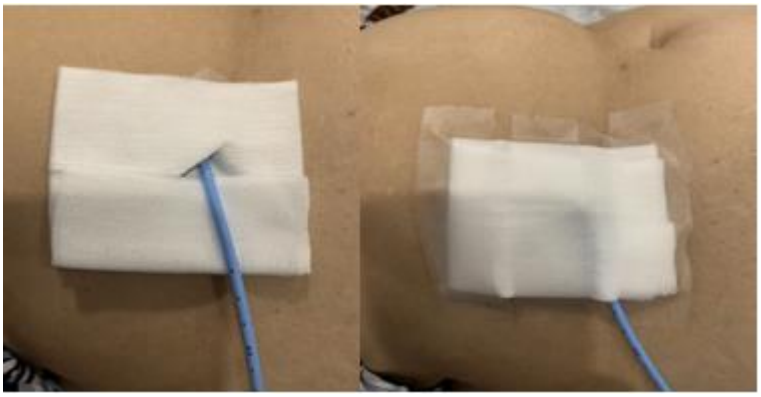
2. เปิดผ้าปิดแผลอย่างระมัดระวังเพื่อป้องกันไม่ให้สายเลื่อนหลุดออกขณะทำแผล

3. ใช้สำลีชุบน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น โพวิดีน หรือน้ำยาแอลกอฮอล์ เช็ดผิวหนังรอบๆ แผล โดยเริ่มเช็ดจากด้านที่ติดแผลวนออกด้านนอก และเช็ดท่อระบายที่ติดกับผิวหนัง

4. ใช้ผ้าปิดแผลพับครึ่งรองสายเพื่อไม่ให้สายพับแล้วใช้ผ้าปิดแผลปิดแผลด้านบนอีกครั้ง

5. ปิดแผลด้วยพลาสเตอร์หรือแผ่นพลาสเตอร์เทปเหนียว

6. ใช้ผ้าปิดแผลพันรอบข้อต่อของสายกับถุงและพันพลาสเตอร์เหนียวรอบข้อต่อ



รูปที่ 4 การปิดแผล ใช้ผ้าปิดแผลพับครึ่งรองสายเพื่อไม่ให้สายพับ แล้วใช้ผ้าปิดแผลปิดแผลด้านบนอีกครั้ง (แหล่งที่มาภาพ ผู้นิพนธ์ถ่ายภาพเอง)

7. ติดพลาสเตอร์ให้ท่อระบายยึดติดกับผิวหนังหน้าท้องเพื่อป้องกันสายระบาย งอ หัก พับ ดึงรั้ง หรือเลื่อนหลุด

8. ในขณะทำแผล ควรตรวจสอบไหมเย็บ และตำแหน่งสายระบายว่ามีการเลื่อนหลุดหรือไม่

การดูแลสายระบายและถุงระบาย

เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยหรือญาติควรดูแลสายระบายและถุงระบาย ดังนี้ (Prueksapanich, 2019)

1. ห้ามใช้มือรีดสายระบายเนื่องจากอาจทำให้สายชำรุด หรือฉีกขาดได้

2. ระวังอย่าให้สายระบาย งอ พับ หรือ หัก เพื่อป้องกันการอุดตัน หรือการเลื่อนหลุดของสาย

3. ก่อนการเทน้ำหนอง ออกจากถุง ล้างมือให้สะอาด ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อเช่นโพวิดีน หรือ น้ำยาแอลกอฮอล์เช็คบริเวณปลายถุง แล้วจึงปิดจุก และบันทึกปริมาณหนอง ที่ออกมาแต่ละวัน

อาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ได้แก่ มีไข้สูง หนาวสั่น มีอาการบริเวณรอบแผลปวด บวม แดง ร้อน มีหนองซึมออกมามีการเลอะซึมออกมารอบ ๆ สาย จนเปื้อนผ้าปิดแผล หรือน้ำหนองไม่ไหลเลย 24 ชั่วโมง สีของน้ำหนองมีปนเลือดแดงสด ท่อระบายหลุด หรือเลื่อน ควรรีบมาพบแพทย์

บทสรุป

ปัจจุบันโรคฝีในตับสามารถรักษาได้ด้วยการใส่สายระบายผ่านทางผิวหนัง เป็นวิธีการที่ค่อนข้างปลอดภัยซึ่งขั้นตอนการทำหัตถการได้แก่อัลตราซาวนด์หรือการตรวจเอกซเรย์คอมพิวเตอร์เพื่อเพิ่มความแม่นยำของตำแหน่ง แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรทางการแพทย์ควรมีความเข้าใจถึงข้อบ่งชี้ ขั้นตอนของการใส่สายระบาย การพยาบาลในการเตรียมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการขณะทำ และหลังการใส่สายระบายฝีในตับเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุดหรือไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน การเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนหลังการใส่สายระบายฝีในตับผ่านทางผิวหนัง รวมถึงการแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง ก็จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

References

Anesi, J. A., & Gluckman, S. (2015). Amebic liver abscess. *Clinical liver disease, 6*(2), 41–43. https://doi.org/10.1002/cld.488

Abbas, M. T., Khan, F. Y., Muhsin, S. A., Al-Dehwe, B., Abukamar, M., & Elzouki, A. N. (2014). Epidemiology, clinical features and outcome of liver abscess: A single reference center experience in Qatar. *Oman Medical Journal, 29*(4), 260-263. doi:10.5001/omj.2014.69

Czerwonko, M. E., Huespe, P., Bertone, S., Pellegrini, P., Mazza, O., Pekolj, J., Santibañes, E., ... Santibañes, M. (2016). Pyogenic liver abscess: Current status and predictive factors for recurrence and mortality of first episodes. *The Official Journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association, 18*(12), 1023-1030. doi:10.1016/j.hpb.2016.09.001

Davis, J., Mcdonald, M. (2020). *Pyogenic liver abscess. Uptodate.* Retrieve form https://www.uptodate.com/contents/pyogenic-liver-abscess

Dzib Calan, E., Larracilla Salazar, I., & Morales Pérez, J. I. (2019). A giant liver abscess due to fasciola hepatica infection. *Revista Espanola de Enfermedades Digestivas, 111*(10), 815-816. doi:10.17235/reed.2019.6136/2018

Fujii, M., Shirakawa, T., Shime, N., & Kawabata, Y. (2020). Successful treatment of extensive spinal epidural abscess with fluoroscopy-guided percutaneous drainage: A case report. *Journal of Anesthesia Clinical Reports, 6*(1), 4. doi:10.1186/s40981-020-0309-z

Haider, S. J., Tarulli, M., McNulty, N. J., & Hoffer, E. K. (2017). Liver abscesses: Factors that influence outcome of percutaneous drainage. *American Journal of Roentgenology, 209*(1), 205-213. doi:10.2214/ajr.16.17713

Harclerode, T. P., & Gnugnoli, D. M. (2021). *Percutaneous abscess drainage*. Treasure island, FL: Statpearls.

Lo, J. Z., Leow, J. J., Ng, P. L., Lee, H. Q., Mohd Noor, N. A., Low, J. K., ... Woon, W. W. L. (2015). Predictors of therapy failure in a series of 741 adult pyogenic liver abscesses. *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*, *22*(2), 156-165. doi:10.1002/jhbp.174

Mavilia, M. G., Molina, M., & Wu, G. Y. (2016). The evolving nature of hepatic abscess: A review. *Journal of Clinical and Translational Hepatology, 4*(2), 158-168. doi:10.14218/jcth.2016.00004

Mendez-Pastor, A., & Garcia-Henriquez, N. (2020). Complicated diverticulitis. *Diseases of the Colon & Rectum, 63*(1), 26-28.

Mischnik, A., Kern, W. V., & Thimme, R. (2017). Pyogenic liver abscess: Changes of organisms and consequences for diagnosis and therapy. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, *142*(14), 1067-1074. doi:10.1055/s-0043-100540

National Health Service. (2019). *Percutaneous drainage.* National Health Service. Retrieve form https://www.nhs.uk/conditions/abscess/treatment/(wPCD4(1)

Pithawa, A. K. (2007). Sleisenger and Fordtran's gastrointestinal and liver disease: Pathophysiology, diagnosis, management. *Medical Journal, Armed Forces India, 63*(2), 205-205. doi:10.1016/S0377-1237(07)80085-2

Prueksapanich. P, (2019). Ultrasound-guided liver biopsy and drainage. *Thai Journal Hepatology*, *2*(1), 18-26.

Poovorawan, K., Pan-Ngum, W., Soonthornworasiri, N., Kulrat, C., Kittitrakul, C., Wilairatana, P., ... Phaosawasdi, K. (2016). Burden of liver abscess and survival risk score in Thailand: A population-based study. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 95(3), 683-688. doi:10.4269/ajtmh.16-0228

Pornthep, S. (2016). *Liver abscess. Medicnote*. Retrieve form https://sites.google.com/site/medicnote/infection/liver-abscess

Shavrina, N. V., Ermolov, A. S., Yartsev, P. A., Kirsanov, I. I., Khamidova, L. T., Oleynik, M. G., & Tarasov, S. A. (2019). Ultrasound in the diagnosis and treatment of abdominal abscesses. *Journal Khirurgiia Mosk*, 2019(11), 29-36. doi:10.17116/hirurgia201911129

Singh, P., Tapasvi, C. Kaur, R., Aggarwal, S., Nagpal, N., & Kaur, R. (2019). Prospective randomized comparison of ultrasound guided percutaneous catheter drainage and percutaneous needle aspiration for the treatment of liver abscess. *Journal of Medical Sciences*, *39*(2), 67-73. doi: 10.4103/jmedsci.jmedsci_74_18

Singh, S., Chaudhary, P., Saxena, N., Khandelwal, S., Poddar, D. D., & Biswal, U. C. (2013). Treatment of liver abscess: Prospective randomized comparison of catheter drainage and needle aspiration. *Annals of Gastroenterology, 26*(4), 332-339.

Stacy Sampson, D. O. (2018). *Pyogenic liver abscess, health line*. Retrieve form https://www.healthline.com/health/pyogenic-liver-abscess

Stan-Ilie, M., Plotogea, O. M., Rinja, E., Sandru, V., Butuc, A., Gheorghe, G., ... Constantinescu, G. (2021). Ultrasound-guided percutaneous drainage of abdominal collections an analysis over 5 years. *Gastroenterol Insights*, *12*, 366–375. doi: org/10.3390/ gastroent12030035

Suthichaimongkol, T. (2021) *Liver abscess caused by a bacterial infection.* Thai Association for the Study of the Liver. Retrieve form https://thasl.org/liver-abscess/

Teach, R., (2014). *Percutaneous drainage of liver abscess, medical imaging guided minimal invasive procedures.* Retrieve form http://drrattawachteach.blogspot.com/2014/08/ percutaneous-drainage-of-liver-abscess.html

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต
Psychiatric Nurses' Roles in Using Digital Technology in Mental Health Promotion and Psychiatric Illness Prevention

สรัญญา วรรณชัยกุล* Saranya Wannachaiyakul*

บทคัดย่อ

บทความนี้นำเสนอเกี่ยวกับแนวทางการใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิตัลในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตสำหรับพยาบาลจิตเวช ซึ่งปัจจุบันหน่วยงานที่ให้การดูแลสุขภาพจิตของประชาชนได้มีการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น เว็บไซต์และแอพพลิเคชั่น (websites and apps) โดยเฉพาะสื่อเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลตนเอง (self-help digital interventions) เพื่อพัฒนาทักษะการดูแลทางด้านจิตใจของบุคคลในหลายรูปแบบ ได้แก่ เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตที่เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต เทคโนโลยีดิจิทัลในการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตที่มุ่งเน้นการประเมินสุขภาพจิตและให้แนวทางในการดูแลจิตใจด้วยตนเอง และเทคโนโลยีดิจิทัลที่ให้การบำบัดทางจิตใจเพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรง โดยให้การช่วยเหลือผ่านระบบออนไลน์ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทในการให้บริการด้านสุขภาพจิตจึงต้องปรับตัวให้พร้อมกับการใช้เทคโนโลยีผสมผสานในงานบริการทางการพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิต โดยการสนับสนุนการใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต เพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลด้านจิตใจด้วยตนเองของบุคคล รวมทั้งนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้รับบริการและวิชาชีพ อย่างไรก็ตามในการนำเทคโนโลยีดิจิตัลมาใช้ควรต้องตระหนักถึงคุณภาพและความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยี และต้องคงไว้ซึ่งมาตรฐานในการให้บริการทางการพยาบาลจิตเวช

คำสำคัญ: การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต บทบาทพยาบาล พยาบาลจิตเวช

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ email: saranya.wan@cmu.ac.th

วันที่รับบทความ 12 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 17 ธันวาคม 2564 วันที่ตอบรับบทความ 24 มกราคม 2565

Abstract

This article presents guidelines for using digital technology to promote mental health and prevent mental illness for psychiatric nurses. Currently, the institute of mental health care has developed digital technology such as websites and apps, especially self-help digital interventions, for enhancing the mental health care skills of people, including digital technology in mental health promotion that focuses on providing information about mental health promotion; digital technology in mental illness prevention that focuses on mental health assessment and self-care guidance; and digital technology that provides online therapy for severe mental illness prevention. Therefore, psychiatric nurses who play a role in mental health services have to integrate digital technology into their services to promote mental health and prevent mental illness by supporting the use of digital media to develop personal skills in mental health promotion and prevention for people. They can also enhance the potential of their work and professional development by using digital technology in nursing services. However, the use of digital technology should include awareness of the quality of digital technology, the suitability of target groups, as well as ethics. Psychiatric nurses have to keep up the standard of psychiatric nursing services, especially with the use of technology.

Keywords: Mental health promotion, Mental illness prevention, Nurse role, Psychiatric nurses

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

Received 12 November 2021; Revised 17 December 2021; Accepted 24 January 2022

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี จากสถิติของกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2563 มีผู้ขอรับการปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตทางสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ของกรมสุขภาพจิตจำนวน 110,033 ราย เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2562 จำนวน 87,605 ราย โดยปัญหาที่พบมากที่สุดคือ อารมณ์เครียดหรือวิตกกังวลร้อยละ 43.32 รองลงมาเป็นอารมณ์เศร้าร้อยละ 23.42 นอกจากนี้จำนวนผู้รับบริการแผนกผู้ป่วยนอกในสถานบริการสังกัดกรมสุขภาพจิต ด้วยภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้าและคิดอยากฆ่าตัวตาย จำนวน 983,252 ราย เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 78,130 ราย (Department of mental health, 2020) ซึ่งจำนวนที่รายงานเป็นเพียงผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ต้องการรับการรักษาและสามารถเข้าถึงแหล่งช่วยเหลือ แต่ยังมีบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ยังไม่รุนแรง หรือมีแนวโน้มต่อการเกิดปัญหาแต่ไม่ได้รับการตรวจวินิจฉัยและไม่เข้าถึงระบบบริการอีก ร้อยละ 93 ในกลุ่มอายุ 15-59 ปี และร้อยละ 95 ในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (Srivanichakorn, 2021) โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดของโรคระบาดโควิด-19 ตลอด 2 ปีที่ผ่านมา พบว่าในช่วงเดือนมกราคม 2564 ประชาชนทั่วไปมีความเครียดสูงคิดเป็นร้อยละ 8.5 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.6 ในช่วงที่มีการเพิ่มขึ้นของผู้ติดเชื้อโควิด-19 (Phothichak, 2021) ซึ่งบุคคลเหล่านี้ควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันก่อนที่จะเจ็บป่วยทางจิต อย่างไรก็ตามปัญหาการเข้าถึงบริการส่วนหนึ่งมาจากจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ไม่เพียงพอ (Department of mental health, 2016) การให้บริการยังเป็นการตั้งรับ และการเกิดความรู้สึกตีตราเมื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (Hollis et al. 2017)

จากช่องว่างของการให้บริการดังกล่าว รวมทั้งนโยบายการพัฒนาประเทศที่เน้นการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรม ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพ ทำให้ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีในการดูแลทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น โดยเฉพาะเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตที่บุคคลทั่วไปและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่รุนแรงสามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองและประเมินระดับความต้องการการช่วยเหลือตนเองเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพจิตได้อย่างรวดเร็ว บทความนี้ต้องการนำเสนอบทบาทของพยาบาลจิตเวชการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในบริการพยาบาลในมิติของการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในทุกระดับ รูปแบบและตัวอย่างเทคโนโลยีดิจิทัลในงานบริการด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย และข้อเสนอแนะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเหมาะสม

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของสุขภาพจิตว่าเป็นสภาวะของความอยู่ดีมีสุขของบุคคลตระหนักถึงความสามารถของตนเอง รับมือกับความเครียดตามปกติของชีวิต ทำงานอย่างมีประสิทธิผลและช่วยเหลือชุมชนของตนได้ (World Health Organization, 2018) การส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นกระบวนการส่งเสริมให้บุคคลดูแลหรือได้รับการดูแลทางด้านจิตใจเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เสริมสร้างศักยภาพของบุคคลรวมไปถึงครอบครัวและชุมชน ให้มีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง สามารถปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมและดำเนินชีวิตด้วยสุขภาพจิตที่ดีในทุกช่วงวัย (World Health Organization, 2018) แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตจึงเป็นการจัดกิจกรรมที่จะช่วยเพิ่มหรือสนับสนุนปัจจัยปกป้องและลดปัจจัยเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น การให้ความรู้ ข้อมูลหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่บุคคลครอบครัว และชุมชน การฝึกทักษะในการดำรงชีวิตเช่น ทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การปรับตัว การแก้ไขปัญหา เป็นต้น

สำหรับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ระบุว่าเป็นการป้องกันการเกิดโรคจิตเวช ลดสภาวะเสี่ยงอุบัติการณ์ และความชุกต่อการเจ็บป่วย เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช โดยแนวคิดในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตมี 3 ระดับ คือ การป้องกันระดับปฐมภูมิซึ่งเป็นการป้องกันระดับต้นในบุคคลทั่วไปด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค และเพิ่มปัจจัยป้องกันโรค ส่วนการป้องกันระดับทุติยภูมิจะทำในกลุ่มเสี่ยงโดยการให้ความรู้ เช่น จัดกิจกรรมการดูแลด้านจิตใจกับผู้ประสบภัยพิบัติ การให้ความรู้เรื่องการจัดการกับความเครียดในผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง การดูแล

ทางจิตใจในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการเฝ้าระวังค้นหาและคัดกรอง เป็นต้น ในขณะที่การป้องกันระดับตติยภูมิจะกระทำในกลุ่มที่มีปัญหาสุขภาพจิตเพื่อลดระยะเวลาการป่วย และชะลอการป่วยซ้ำ รวมถึงลดผลกระทบของการเจ็บป่วยต่อบุคคล ครอบครัวและสังคม ทำได้โดยการจัดกิจกรรมฟื้นฟูต่าง ๆ

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในประเทศไทยดำเนินการโดยหลายหน่วยงาน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางสุขภาพ เช่น หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หน่วยงานในสังกัดกรมสุขภาพจิต หน่วยงานในสังกัดกรมการแพทย์ เป็นต้น การดำเนินการหลัก ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ด้วยเครื่องมือหรือแบบประเมินทางสุขภาพจิต การให้ความรู้สุขภาพจิตทั้งโดยตรงจากผู้บริการและผ่านสื่อต่างๆ การให้การปรึกษา เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อตอบสนองเป้าประสงค์หลักในการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 ในการให้คนไทยมีสุขภาพกายและใจที่ดี มีความเจริญงอกงามทางจิตวิญญาณ (Office of the National Economic and Social Development Board Office of the Prime Minister Bangkok, Thailand. (n.d.). ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่สำคัญในระบบบริการด้านสุขภาพจิตจึงควรมุ่งเน้นการบริการในมิติของการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตมากขึ้น โดยบทบาทของพยาบาลจิตเวชในมิตินี้จะเป็นการนำความรู้ทางด้านการพยาบาลจิตเวชมาใช้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในทุกช่วงวัย (American Psychiatric Nurses Association [APNA], 2019) ได้แก่

1. การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยมีความรู้ความเข้าใจ มีทักษะในการดูแลจิตใจตนเอง สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีขึ้น และดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตที่ดี (Health Promotion Foundation, 2017; Ministry of Public Health, 2016) ซึ่งพยาบาลจิตเวชสามารถจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตได้ทั้งระดับบุคคล โดยการให้ความรู้และข้อมูล เช่น การดูแลจิตใจของตนเอง การเสริมทักษะชีวิต ได้แก่ ทักษะการผ่อนคลายความเครียด ทักษะการแก้ไขปัญหาและการตัดสินใจ ทักษะการสื่อสารและเสริมสร้างความสัมพันธ์ในครอบครัว เป็นต้น ในระดับชุมชน เช่น การส่งเสริมการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพจิตในชุมชน ได้แก่ สถานที่ทำงาน โรงเรียน และในระดับสังคม เช่น การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต การส่งเสริมให้มีเครือข่ายการดูแลด้านจิตใจที่จะนำไปสู่การมีสุขจิตที่ดีทั้งส่วนบุคคล ชุมชน และสังคม ซึ่งการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตมักเป็นการจัดกิจกรรมแบบสาธารณะหรือในภาพรวม เนื่องจากเป้าหมายเป็นบุคคลทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจง

2. การจัดกิจกรรมป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งเป็นการเฝ้าระวัง ค้นหาและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง รวมถึงการจัดกิจกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิต และการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มปัจจัยปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตให้กับกลุ่มเสี่ยง โดยการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต แบ่งเป็น 3 ระดับตามกลุ่มเป้าหมาย (Ministry of Public Health, 2016) ได้แก่

2.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) ก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวช ป้องกันการเกิดผู้ป่วยรายใหม่ เช่น การให้ความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการตามวัย การให้ความรู้เกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศในวัยรุ่น การให้การปรึกษาก่อนแต่งงาน การจัดกิจกรรมเตรียมความพร้อมก่อนการเกษียณ รวมทั้งการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้กับกลุ่มที่มีแนวโน้มในการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น การลดความเครียดในผู้ที่กักตัวอยู่ในสถานที่กักกันของรัฐ (state quarantine) การเสริมสร้างกำลังใจในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง การดูแลจิตใจในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นต้น

2.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการป้องกันเพื่อลดความรุนแรงในผู้ที่มีปัญหาในระยะเริ่มแรก ได้แก่ การค้นหา คัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว ป้องกันอาการรุนแรง เช่น การประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย รวมทั้งการให้บริการปรึกษาปัญหาทางด้านจิตใจ การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายกลุ่ม และครอบครัวบำบัด การให้ความรู้ผู้ปกครองและครูในการ

คัดกรองปัญหาพัฒนาการและปัญหาพฤติกรรมในเด็ก เป็นต้น

2.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการดูแลรักษาผู้ที่เจ็บป่วยแล้วให้อาการทุเลาลง ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ความเสื่อมสภาพและความพิการ สามารถช่วยเหลือตนเองในการดำรงชีวิตและไม่เป็นภาระต่อสังคม ซึ่งการป้องกันในระดับนี้ต้องการความร่วมมือของบุคลากรในทีมสุขภาพจิต ครอบครัว และหน่วยงานหรือองค์กรในชุมชน ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การบำบัดทางจิตให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา การบำบัดการติดสารเสพติด การเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองก่อนผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาล รวมทั้งติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านเป็นต้น

กล่าวโดยสรุปการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตแม้มีความแตกต่างกัน แต่ก็มีเป้าหมายที่ทับซ้อนกันอยู่ โดยขอบเขตและประชากรเป้าหมายของการส่งเสริมสุขภาพจิตอยู่ที่บุคคลทั่วไป ซึ่งกว้างกว่าการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตที่เน้นที่กลุ่มเสี่ยง รวมทั้งผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเป็นส่วนใหญ่ ในการบริการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตจึงมักจะดำเนินการร่วมกัน (Ministry of Public Health, 2016) ดังนั้นในบทบาทของพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นผู้จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ต้องคำนึงถึงความครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายในทุกช่วงวัย ทั้งกลุ่มที่ยังไม่เจ็บป่วย กลุ่มเสี่ยงจนถึงกลุ่มที่ป่วยแล้ว รวมทั้งการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายด้วย เพราะหากกิจกรรมดีแต่ผู้รับบริการไม่สามารถเขาถึงได้ก็จะไม่เกิดประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในงานบริการด้านสุขภาพจิต

จากการศึกษาแสดงหลักฐานอย่างชัดเจนว่าการได้รับการดูแลด้านสุขภาพจิตโดยบุคลากรผู้เชี่ยวชาญสามารถป้องกันและรักษาปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ (James, Reardon, Soler, James,& Creswell, 2018) แต่ข้อมูลกลับพบว่าผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลด้านจิตใจกลับไม่สามารถเข้าถึงการบริการและไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกต้องเหมาะสม (Muhorakeye & Biracyaza, 2021) ด้วยหลายสาเหตุ เช่น ขาดความรู้และความตระหนักในดูแลสุขภาพจิตของตนเอง กลัวถูกตีตรา มีปัญหาด้านการเงิน และการอยู่ห่างไกลแหล่งบริการที่มีผู้เชี่ยวชาญ จากข้อจำกัดดังกล่าวจึงนำไปสู่การพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพจิต (e-mental health) เพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการสนับสนุนและพัฒนาบริการสุขภาพจิต (Hollis et al. 2017) ปัจจุบันจึงพบว่ามีแพลตฟอร์มเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพจิตเกิดขึ้นอย่างมากบนโลกออนไลน์ เนื่องจากสามารถเชื่อมต่อกับบุคคลได้ง่ายและเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว แม้ในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำ เช่นแอฟริกาใต้ก็พบว่ามีการเข้าถึงการใช้งานออนไลน์ถึงร้อยละ 68 (World Bank, 2019) สำหรับประเทศไทยจากการสำรวจประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไปจำนวน 63.9 ล้านคน ในไตรมาสที่ 2 ของปี พ.ศ. 2564 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่ามีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ต เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.9 ในปีพ.ศ 2560 เป็นร้อยละ 81.8 ในปี พ.ศ. 2564 ทำให้ปัจจุบันมีผู้ใช้งานอินเทอร์เน็ตมากถึง 52.3 ล้านคน (National Statistical Office, 2021) โดยเป็นการใช้งานจากโทรศัพท์มือถือร้อยละ 94.8 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้โซเชียลมีเดียเช่น เฟซบุ๊ค (Facebook) ไลน์ (Line) วอชแอป (Whatsapp) และทวิสเตอร์ (Twitter) (Datareportal, 2021) จากการเพิ่มขึ้นอย่างมากของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสื่อโซเชียลมีเดีย จึงเป็นทางเลือกสำหรับพยาบาลจิตเวชในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพจิต (e-mental health) มาใช้เพื่อเอื้อให้เกิดการเข้าถึงการดูแลด้านสุขภาพจิตได้มากขึ้น โดยเฉพาะการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

รูปแบบเทคโนโลยีดิจิทัลในงานบริการด้านสุขภาพจิต

การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลทางสุขภาพจิต หมายถึงการใช้อินเทอร์เน็ตและเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องเพื่อการสื่อสาร การส่งข้อมูล และให้บริการด้านสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริม ป้องกัน และบำบัดดูแลสุขภาพจิตผ่านช่องทางออนไลน์ (online) รวมถึงการใช้แหล่งข้อมูลออนไลน์ (online resources) โซเชียลมีเดีย (social media) และแอปพลิเคชันบนสมาร์ทโฟน (smartphone applications) (The National Institute of Mental Health,

2019) ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต เอื้อให้บุคคลดูแลและจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับจิตใจได้ด้วยตนเอง และสามารถประเมินความต้องการการดูแลทางด้านจิตใจ เพื่อเข้าสู่การรับบริการทางด้านสุขภาพจิตได้ก่อนเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง ปัจจุบันมีการพัฒนาสื่อเทคโนโลยีดิจิทัลที่ใช้การบำบัดดูแลด้านสุขภาพจิตด้วยตนเอง (self-help digital interventions) เช่น เว็บไซต์และแอพพลิเคชั่น (websites and apps) ต่างๆ ซึ่งผู้เขียนรวบรวมและสรุปรูปแบบของการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นกลุ่มตามวัตถุประสงค์ในการให้บริการด้านสุขภาพจิต ดังนี้

1. เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต โดยรูปแบบของเทคโนโลยีนี้จะเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยคลิปวิดีโอ ภาพนิ่ง ภาพยนตร์เรื่องสั้น การ์ตูนหรือเกมส์ รวมทั้งแอปพลิเคชั่น (application) เวปไซด์ (websites) หรือพอดแคสต์ (podcasts) ที่ให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตและการดูแลสุขภาพจิตตนเอง เช่น การคลายเครียดด้วยวิธีต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตด้วยตนเองในรูปแบบบทเรียนในระบบออนไลน์แบบเปิดที่จัดโดยสถานศึกษาสำหรับบุคคลทั่วไปอีกด้วย

2. เทคโนโลยีดิจิทัลในการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในระดับทุติยภูมิโดยการค้นหา คัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว เช่น การประเมินสุขภาพจิตทางออนไลน์ผ่านเวปไซด์ (online symptom checkers) การประเมินสภาพอารมณ์ (mood check) ประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า หรือความเสี่ยงในการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย นอกจากนี้ยังมีเทคโนโลยีการบริการให้คำแนะนำสุขภาพจิตเป็นข้อความผ่านแชทบอท (chatbots) ที่จะให้ข้อแนะนำในการดูแลตนเอง หรือให้ข้อมูลแหล่งช่วยเหลือเมื่อประเมินแล้วพบว่ามีแนวโน้มในการมีปัญหาสุขภาพจิต

3. เทคโนโลยีดิจิทัลในการบำบัดช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในระดับตติยภูมิ โดยการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้อาการทุเลาลง ซึ่งเป็นการให้บริการช่วยเหลือหรือให้การบำบัดทางจิตใจผ่านระบบออนไลน์ เช่น การให้การปรึกษาออนไลน์ รวมทั้งการให้บริการปรึกษาทางโทรศัพท์ (phone counseling) การบำบัดรักษาทางไกลโดยการใช้วิดีโอคอล (video call) ที่มีรายงานการศึกษาสนับสนุนว่าการให้การบำบัดทางออนไลน์มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกับการบำบัดแบบตัวต่อตัว (face-to-face therapy) (Chipise, Wassenaar,& Wilkinson, 2019) และผลการศึกษายังพบว่าช่องทางการให้บริการทางด้านจิตใจผ่านทางออนไลน์ช่วยลดช่องว่างในการเข้ารับบำบัดรักษาด้านจิตใจและทำให้มีการเข้าถึงบุคลากรทางสุขภาพจิตมากขึ้น (Kenny et al., 2016; Sobowale et al., 2016)

เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในประเทศไทย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการพัฒนางานสุขภาพจิตของประเทศไทย มีภารกิจในการพัฒนาวิชาการ ถ่ายทอดองค์ความรู้ ผลิตเทคโนโลยีในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านจิตใจของประชาชน ซึ่งที่ผ่านมากรมสุขภาพจิตได้พัฒนาสื่อเทคโนโลยีดิจิทัล เพื่อตอบสนองบริการด้านสุขภาพจิตในเชิงรุกที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงใหม่ (new normal) ในรูปแบบที่หลากหลายทั้งโปรแกรมประเมินสุขภาพจิตออนไลน์ สื่อดิจิทัลส่งเสริมการดูแลจิตใจด้วยตนเอง รวมทั้งแอปพลิเคชันต่างๆ ที่ประชาชนสามารถดาวน์โหลดไปใช้งานได้จากเวปไซด์กรมสุขภาพจิต https://www.dmh.go.th/apps/ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใด ๆ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพจิต เช่น โรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่พัฒนาสื่อเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้บริการดูแลด้านสุขภาพจิตด้วยตนเองสำหรับบุคคลทั่วไปทั้งที่สามารถใช้ได้ฟรีและมีค่าใช้จ่าย สำหรับพยาบาลจิตเวชที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตก็สามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลเหล่านี้มาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตได้ ทั้งการนำใช้ในกับผู้รับบริการโดยตรงและการเผยแพร่และให้คำแนะนำการใช้งานสื่อเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วยตนเอง ตัวอย่างของเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิต

และป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต Department of mental health, 2016) สามารถแบ่งตามกลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต โดยรูปแบบของเทคโนโลยีนี้จะเน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต ตัวอย่างเช่น

1. 1 Line DMH Connect



เป็น LINE official account ที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงความรู้สุขภาพจิตและประเมินสุขภาพจิตด้วยตนเองง่ายๆ เพียงค้นหาจาก Line ID: DMH Connect ใน Application Line และเพิ่มเป็นเพื่อนก็สามารถเข้าถึงบริการต่างๆได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

ข้อดี: ใช้งานง่ายโดยสแกนคิวอาโคท (QR code) สามารถประเมินสุขภาพจิตได้ด้วยตนเอง มีข่าวสารประชาสัมพันธ์จากกรมสุขภาพจิต มีห้องสมุดอิเลก-ทรอนิค (E-Library) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและมีบทเรียนอิเลกทรอนิคในการเรียนรู้สุขภาพจิตด้วยตนเอง (E-Learning)

ข้อจำกัด: เป็นการให้ความรู้ที่เป็นการสื่อสารทางเดียว

1.2 Smile Connect



เป็น LINE official account ที่พัฒนาโดยสำนักเทคโนโลยีสารสนเทศ กรมสุขภาพจิต เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตแก่ประชาชน มีคลังความรู้สุขภาพจิต สื่อวิดีโอเกี่ยวกับสุขภาพจิต รวมทั้งรายงานต่างๆ ด้านสุขภาพจิต ห้องสมุดอิเลกทรอนิค (E-Library) ฐานข้อมูลวิจัยฯ รวมทั้งให้บริการจองคิวเพื่อรับบริการต่างๆ ของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

ข้อดี: ใช้งานง่ายผ่านคิวอาโคท (QR code) หรือค้นหาใน Application Line และเพิ่มเป็นเพื่อนก็สามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ที่หลากหลายได้

ข้อจำกัด: เป็นการให้ความรู้ที่เป็นการสื่อสารทางเดียว

2. กลุ่มเทคโนโลยีดิจิทัลในการประเมินปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในระดับทุติยภูมิโดยการค้นหา คัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือโดยเร็ว ตัวอย่างเช่น

2. 1 Smile Hub



Smile Hub เป็นอีกหนึ่งแอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ที่ได้รวบรวมข้อมูลความรู้ แบบประเมินสุขภาพจิตที่สามารถประเมินผลออนไลน์ได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งมีคำแนะนำจากบุคลากรที่มีความรู้ทางสุขภาพจิตในการดูแลสุขภาพจิต พัฒนาด้านอารมณ์และความคิดที่สามารถนำไปใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อดี: ข้อมูลความรู้ทางสุขภาพจิตเข้าใจได้ง่าย แบบประเมินประมวลผลได้ทันที มีความแม่นยำและเฉพาะเจาะจงเนื่องจากแบ่งการประเมินออกเป็น 4 กลุ่มตามกลุ่มวัยตั้งแต่แรกเกิด วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ พร้อมกับมีโปรแกรมให้คำแนะนำที่ตรงจุด นอกจากนี้ยังมีลูกเล่นเช็คดวงความสุข โดยการเขย่า สมาร์ทโฟน หรือแท็บเล็ต เพื่อรับคำทำนาย และมีข้อคิดส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต ที่สามารถแชร์ในสื่อโซเชียลได้ มีข่าวสารที่น่าสนใจให้ติดตาม และมีปุ่มไอคอน (icon)

ที่สามารถกดโทรปรึกษาปัญหาสุขภาพจิตจากเมนูสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ได้ทันทีเมื่อต้องการ ปัจจุบันแอป Smile Hub ได้รับการปรับปรุงโดยเพิ่มเสียงพูดอีกด้วย สามารถดาวน์โหลดไปใช้งานได้ฟรีทั้งบนระบบ Android และ iOS

ข้อจำกัด: พบข้อจำกัดน้อย แต่แอปพลิเคชันมีเสียงประกอบขณะใช้งาน อาจรู้สึกรบกวนในผู้ที่ชอบใช้งานแบบไม่มีเสียง

2.2 Mental Health Check Up



Mental Health Check Up เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิต ร่วมกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อใช้ในการประเมินและคัดกรองความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเบื้องต้นได้ด้วยตัวเอง ได้แก่ ภาวะเครียด ซึมเศร้า ติดสุรา สมองเสื่อม ติดเกม ภาวะหมดไฟในการทำงาน ความฉลาดทางอารมณ์ (EQ :Emotional) พลังสุขภาพจิต (RQ: Resilience Quotient) และดัชนีวัดความสุข โดยหลังจากประเมินจะมีคำแนะนำการดูแลสุขภาพจิตให้ด้วย หากระดับความเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ก็จะแนะนำให้ไปพบจิตแพทย์ หรือโทรหาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ได้ทันที สามารถดาวน์โหลดไปใช้งานได้ฟรีบนระบบ Android

ข้อดี: ใช้งานง่าย ออกแบบสวยงามน่าใช้ แบบประเมินเข้าใจง่าย สามารถเก็บข้อมูล เพศ ละช่วงอายุได้

ข้อจำกัด: มีแบบประเมินค่อนข้างน้อย ไม่มีสื่อมัลติมีเดีย เช่น เสียง วิดิโอ ภาพประกอบ อาจทำให้ไม่น่าสนใจ ไม่มีข้อมูลในการติดต่อสื่อสาร ไม่สามารถบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ไม่สามารถดูข้อมูลการทำแบบประเมินย้อนหลังได้ และไม่มีคู่มือการใช้งาน

2.3 Mindfit



Mindfit เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยศูนย์เชี่ยวชาญด้านการป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคซึมเศร้า โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อป้องกันโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยใช้แบบประเมินพลังใจ 9 ข้อ ที่ประเมินอาการซึมเศร้าด้วยตัวเอง ในช่วง 2-3 สัปดาห์ที่ผ่านมาพร้อมประมวลผล และมีกิจกรรมปรับความคิด ปรับพฤติกรรมการจัดการกับปัญหา ฝึกคิดบวก การแสดงความรู้สึกและการปรับเป้าหมายของชีวิต หากประเมินผลพบว่ามีอาการซึมเศร้ามากพลังใจน้อย แอปพลิเคชั่นจะส่งกิจกรรมต่างๆ เพื่อเพิ่มพลังใจให้ผู้ใช้ได้ปฏิบัติตลอด 1 เดือน และส่งการเตือนให้ทำกิจกรรมที่กำหนดทุกวัน พร้อมให้กำลังใจและให้รางวัล ตัวอย่าง เช่น ผู้ใช้ถูกแอปพลิเคชั่นกำหนดให้พักผ่อนให้เพียงพอ หากผู้ใช้บริการหยิบโทรศัพท์ขึ้นมาเล่นในช่วงเวลานั้น แอปพลิเคชั่นจะส่งสัญญาณเตือนให้พักผ่อน เป็นต้น สามารถดาวน์โหลดไปใช้งานได้ฟรีทั้งระบบ Android และ iOS

ข้อดี: ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยาก ออกแบบสวยงามน่าใช้ มีกิจกรรมเสริมสร้างการรับรู้ มีสื่อมัลติมีเดียเช่น เสียง วิดิโอ ภาพประกอบ และมีคู่มือแนะนำการใช้งาน

ข้อจำกัด: ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนายังไม่สมบูรณ์ ทำให้การใช้งานอาจจะไม่เสถียร

2.4 Mental Health Check In



Mental Health Check In เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยกรมสุขภาพจิตในช่วงสถานการณ์ COVID-19 เพื่อเป็นเครื่องมือให้บุคลากรสาธารณสุข เช่น อสม. และจิตอาสา ใช้ประเมินสุขภาพจิตของประชาชน เพื่อค้นหากลุ่มเสี่ยงและให้การดูแลสุขภาพจิต แต่ประชาชนทั่วไปและผู้มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิตสามารถใช้ประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้นของตนเองเพื่อเข้าถึงบริการได้อย่างรวดเร็วหากจำเป็น การประเมินประกอบไปด้วยความเครียด (stress) ภาวะหมดไฟ (burnout) ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (suicide) และภาวะซึมเศร้า (depression)โดยทราบผลการประเมินทันที และมีคำแนะนำในการปฏิบัติตัว พร้อมมีช่องทางการขอรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทางออนไลน์ สามารถดาวน์โหลดไปใช้งานได้ฟรีบนระบบ Android

ข้อดี: แบบประเมินแยกหมวดหมู่ให้เลือกชัดเจนว่า ผู้ใช้เป็นกลุ่มใด ได้แก่ แบบประเมินตนเองสำหรับบุคคลทั่วไป ประเมินตนเองสำหรับผู้ที่ติดเชื้อโควิด-19 ที่อยู่ในสถานรักษาของรัฐ หรืออยู่ในสถานกักตัวที่รัฐจัดให้ หรือผู้ติดเชื้อรักษาตัวที่บ้าน นอกจากนี้ยังสามารถประเมินตรวจเช็คสุขภาพใจให้กับผู้อื่นได้อีกด้วย ผลการประเมินจะทราบในทันทีพร้อมคำแนะนำและมีช่องทางการขอรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญทางออนไลน์ พร้อมทั้งมีคู่มือการใช้งาน และยังสามารถใช้งานได้บนเครื่องคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะได้อีกด้วย

ข้อจำกัด: แบบประเมินสุขภาพจิตไม่หลากหลาย มีการประเมินเพียง 4 อย่าง ได้แก่ ความเครียด ภาวะหมดไฟ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และภาวะซึมเศร้า

3. เทคโนโลยีดิจิทัลในการบำบัดช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตในระดับตติยภูมิ เพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้อาการทุเลาลง หรือให้การบำบัดทางจิตใจผ่านระบบออนไลน์ ตัวอย่างเช่น

3.1 Sabaijai

sabaijai

Sabaijai เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อประเมินและช่วยเหลือบุคคลที่เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง ในแอปพลิเคชันมีหลายเมนู ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุการฆ่าตัวตาย สัญญาณเตือน การป้องกันการฆ่าตัวตาย คำคมและบทความให้กำลังใจ แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง (9 ข้อ) และมีเมนูสำหรับบันทึกชื่อและเบอร์โทรศัพท์บุคคลที่อยากคุยเพื่อโทรหาเวลาไม่สบายใจได้ทันที หรือจะกดโทรหาสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ซึ่งจะมีผู้ให้การปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง มีเสียงดนตรีธรรมชาติประกอบเพื่อการผ่อนคลายระหว่างที่ใช้แอปด้วย สามารถดาวน์โหลดไปใช้งานได้ฟรีทั้งบนระบบ Android และ iOS

ข้อดี: วิธีการใช้งานง่ายไม่ยุ่งยาก ข้อมูลครบถ้วน เนื้อหาเข้าใจง่าย ออกแบบสวยงามน่าใช้ มีสื่อมัลติมีเดีย เช่น เสียง วิดิโอ และภาพประกอบ มีเมนูสำหรับบันทึกชื่อและเบอร์โทรศัพท์บุคคลที่ต้องการโทรหาเวลาไม่สบายใจและสามารถติดต่อสายด่วนสุขภาพจิต 1323 ได้ตลอดเวลา

ข้อจำกัด: ไม่สามารถบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลการทำแบบประเมินย้อนหลังได้ เสียงดนตรีประกอบระหว่างที่ใช้งานแอปพลิเคชันอาจรบกวนผู้ใช้งานกรณีผู้ใช้งานไม่ชอบเสียงดนตรี

3.2 Khuikun



Khuikun (คุยกัน) เป็นแอปพลิเคชั่นที่ให้บริการบนแอปพลิเคชั่นไลน์ พัฒนาโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ซึ่งเป็นการให้บริการเชิงรุกเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย โดยให้บริการปรึกษาเบื้องต้นสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ด้วยการใช้แชทบอท (chat bot) หรือผู้ช่วยอัจฉริยะในตอบคำถามที่ถูกรวบรวมมาจากคำถามคำตอบที่มักถามบ่อยๆ แบบทันที (real time) ตั้งแต่ช่วงเวลาหลังเที่ยงคืนเป็น

ต้นไป และให้บริการโดยเจ้าหน้าที่ในเวลา 8.00-24.00น. ซึ่งจะช่วยลดความกดดัน ความกังวลใจ ให้กับผู้ที่กำลังคิดฆ่าตัวตาย ทำให้รู้สึกโล่งใจ คลายความเครียดเมื่อได้พูดถึงความคิดฆ่าตัวตาย

ข้อดี: ผู้ใช้บริการสามารถคุยกับเจ้าหน้าที่ได้ตลอดตั้งแต่เวลา 08.00-24.00 น. ทำให้ได้รับการช่วยเหลือเพื่อบรรเทาปัญหาได้อย่างทันที หลังเที่ยงคืนจึงจะเป็นการสนทนากับบอท (bot) จึงเป็นการให้บริการเชิงรุกในการให้การช่วยเหลือที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน

ข้อจำกัด: เนื่องจากการใช้แชทบอท (chat bot) เป็นการคุยกับข้อมูล ที่รวบรวมคำตอบจากคำถามที่มักถามบ่อยๆในผู้ที่มีปัญหาที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ทำให้มีข้อจำกัดหากผู้ใช้บริการถามคำถามที่ไม่ตรงคำตอบที่มีอยู่ การสนทนาก็จะจบลง

3.3 APPEER



APPEER เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาจากความร่วมมือของสมาคมสายใยครอบครัว ร่วมกับโรงพยาบาลศรีธัญญา และมูลนิธิไฟเซอร์ประเทศไทย เพื่อให้การปรึกษาสุขภาพจิตหรือคำปรึกษาแก่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต โดยสามารถขอรับการปรึกษาและแลกเปลี่ยนประเด็นทางสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญได้โดยตรงผ่านโปรแกรมนัดพบแบบไม่มีค่าใช้จ่าย มีแบบประเมินตนเองเบื้องต้น ซึ่งระบบจะประเมินผลให้โดยอัตโนมัติ รวมทั้งมีสื่อเรื่องราวสุขภาพจิตที่น่าสนใจ มีบทความและข่าวสาร กิจกรรมความเคลื่อนไหวต่างๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยจิตเวชอีกด้วย สามารถดาวน์โหลดไปใช้งานได้ฟรีบนระบบ Android และ iOS

ข้อดี: เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาเพื่อให้บริการด้านสุขภาพจิต ที่มุ่งเน้นข้อมูลความรู้ด้านการคืนสู่สุขภาวะทางใจ สำหรับผู้ที่อยู่กับปัญหาทางด้านจิตใจ ในขณะเดียวกันก็เป็นเครื่องมือในการช่วยรณรงค์เผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตให้กับประชาชนทั่วไปด้วย

ข้อจำกัด: เน้นการให้ความรู้และข้อมูล ไม่ระบุแนวทางในการช่วยเหลือหรือแก้ไขปัญหาทางด้านจิตใจเบื้องต้นด้วยตนเอง หากมีปัญหาต้องเข้าระบบนัดเพื่อขอรับการปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ไม่ได้รับการช่วยเหลือในทันที

3.4 Hero



Hero เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญและนักจิตวิทยาเด็กจากศูนย์การศึกษาพิเศษเขต 8 จังหวัดเชียงใหม่เพื่อช่วยเหลือครู ผู้ปกครอง และบุคลากรทางการแพทย์ในการคัดกรองเด็กที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตด้วยแบบทดสอบทางจิตเวช และยังให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาโรคจิตเวชเด็กในเบื้องต้น โดยครูและผู้ปกครองที่ได้รับการอบรมด้านสุขภาพจิตเด็กกับผู้เชี่ยวชาญ จะสามารถล็อกอินเข้าไปเพื่อทำแบบทดสอบคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตในเด็ก ทำให้ครูและผู้ปกครองสามารถสังเกตปัญหาพฤติกรรมและการเรียนของเด็กที่มีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพเบื้องต้นได้เองแม้อยู่ในพื้นที่ห่างไกลไม่สามารถเข้าถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้ สามารถดาวน์โหลดไปใช้งานได้ฟรีทั้งระบบ Android และ iOS

ข้อดี: ประวัติของเด็กและผลการทดสอบต่างๆ จะถูกเก็บไว้อย่างปลอดภัยในระบบคลาวน์ (cloud) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญให้การปรึกษาแก่ครูและผู้ปกครอง นอกจากนี้ครูผู้ดูแลยังสามารถส่งต่อข้อมูลนี้ให้ครูท่านอื่นดูแลต่อเนื่องได้

ข้อจำกัด: เนื่องจากวัตถุประสงค์ในการพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อคัดกรองเด็กที่อาจมีปัญหาสุขภาพจิตด้วยแบบทดสอบทางจิตเวช การใช้งานจึงมีความจำกัดเฉพาะผู้ที่ผ่านการอบรมเท่านั้น สำหรับบุคคลทั่วไปก็

สามารถดาวน์โหลดแอปพลิเคชันมาใช้เพื่อเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กและโรคจิตเวชในเด็ก แต่จะไม่สามารถทำแบบคัดกรองได้เนื่องจากแบบคัดกรองจะต้องทำโดยผู้ที่ผ่านการอบรมเท่านั้น

3.5 CAMHS-Aid



เป็นแอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยผู้เชี่ยวชาญจากโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ ออกแบบมาเพื่อช่วยบุคลากรในสถานพยาบาลที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลหรือขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญในการวินิจฉัยอาการทางจิตเวชในเด็กและวัยรุ่น ซึ่งครอบคลุมประเด็นปัญหาพัฒนาการล่าช้า การเรียนช้า ไม่ไปโรงเรียน ปัญหาพฤติกรรมวัยรุ่น ตั้งครรภ์วัยรุ่น อุปทานหมู่ การทารุณกรรมในเด็ก และอีก 3 โรค คือ สมาธิสั้น สติปัญญาบกพร่อง และออทิสติก ทำให้การวินิจฉัยเป็นไปอย่างถูกต้องรวดเร็ว เด็กได้รับการดูแลเร็วขึ้น ป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรง และยังเพิ่มการเข้าถึงบริการของกลุ่มเสี่ยงด้วย สามารถดาวน์โหลดไปใช้งานได้ฟรีทั้งระบบ Android และ iOS

ข้อดี: วิธีการใช้งานง่าย ออกแบบสวยงาม เนื้อหามีภาพประกอบทำให้เข้าใจง่าย บุคลากรสามารถดูประวัติคนไข้ได้โดยการใส่พินโค้ด (pin code)

ข้อจำกัด: แอปพลิเคชันนี้สร้างมาเพื่อการใช้งานโดยบุคลากรทางสุขภาพ ไม่ได้รองรับให้ผู้รับบริการใช้งานด้วยตนเอง มีแบบประเมินไม่มาก ไม่มีสื่อมัลติมีเดีย เช่น เสียงหรือวิดีโอประกอบ ไม่มีข้อมูลที่ให้ช่องทางในการติดต่อสื่อสาร และไม่มีคู่มือการใช้งาน

จากตัวอย่างแอปพลิเคชันที่นำเสนอมาข้างต้นเป็นเพียงส่วนหนึ่งของเทคโนโลยีดิจิทัลที่ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิต ที่เน้นเฉพาะแอปพลิเคชันที่พัฒนาโดยหน่วยงานภาครัฐและสามารถใช้งานได้โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ช่วยให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตง่ายขึ้น ลดขั้นตอนและค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ อย่างไรก็ตามแต่ละแอปพลิเคชันมีวัตถุประสงค์ในการใช้งาน และมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ผู้ใช้งานจึงจำเป็นต้องมีความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับแอปพลิเคชันรวมทั้งวิธีการใช้งานที่ถูกต้อง เพื่อเลือกใช้แอปพลิเคชันได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีหน้าที่ในการให้บริการด้านสุขภาพจิตจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ เพื่อสามารถส่งเสริมการใช้งานในแอปพลิเคชันด้านสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการในทุกกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งสามารถนำแอปพลิเคชันมาประยุกต์ในการให้บริการทางด้านสุขภาพจิตได้ด้วย

บทบาทพยาบาลจิตเวชในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

จากการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างมาก เพื่อรองรับการให้บริการด้านสุขภาพจิตโดยเฉพาะในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้พยาบาลจิตเวชซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ต้องปรับตัวต่อการผสมผสานเทคโนโลยีกับงานบริการทางการพยาบาลจิตเวชในการให้การดูแลผู้รับบริการเพื่อพัฒนาคุณภาพ บริการทางการพยาบาลจิตเวช รวมทั้งนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาตนเองและวิชาชีพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดทั้งต่อผู้รับบริการ โดยบทบาทพยาบาลจิตเวชในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้งาน มีดังนี้

1. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตในผู้รับบริการโดยตรง

การส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลจิตใจตนเอง และสามารถปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ สำหรับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตเป็นการเฝ้าระวัง ค้นหาและคัดกรองเบื้องต้น ลดปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดปัญหาสุขภาพจิตหรือป้องกันอาการรุนแรงในผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต ดังนั้นเป้าหมายหลักในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตจึงเป็นการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Ministry of Public Health, 2016) ดังนั้นบทบาทพยาบาลจิตเวชในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตจึงเป็นการส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาทักษะการดูแลจิตใจตนเอง โดยการให้ความรู้หรือคำแนะนำในการเลือกใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแล

ตนเองอย่างเหมาะสม แนะนำการใช้งาน รวมทั้งข้อดีและข้อจำกัดในการใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัลบางชนิดเช่น ต้องผ่านการอบรม ใช้งานได้เฉพาะบุคลากร หรือผู้เชี่ยวชาญ หรือใช้ได้ด้วยตนเอง เป็นต้น ตัวอย่างเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตที่พัฒนาโดยหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพจิต และสามารถเข้าถึงได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งพยาบาลจิตเวชสามารถแนะนำให้บุคคลทั่วไปและผู้รับบริการใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเอง เช่น แอปพลิเคชั่น Line DMH Connect และ Smile Connect ที่เน้นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต

สำหรับการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต มีแอปพลิเคชั่นคัดกรองและประเมินปัญหาสุขภาพจิตเบื้องต้นด้วยตนเอง เช่น ประเมินภาวะซึมเศร้าหรือประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึ่งมีแนวทางช่วยเหลือตนเองเบื้องต้น และมีข้อมูลแหล่งช่วยเหลือเมื่อต้องการเข้าถึงบริการ เช่น Smile Hub Mental Health Check Up Mindfit และ Mental Health Check In และในกรณีที่ต้องการความช่วยเหลือ ก็มีแอปพลิเคชั่นเพื่อดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้อาการทุเลาลง หรือให้การบำบัดทางจิตใจผ่านระบบออนไลน์ เช่น Sabaijai Khuikun APPEER Hero และ CAMHS-Aid เป็นต้น นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชยังสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลดังกล่าวมาจัดระบบการบริการ โดยนำมาใช้ประเมิน คัดกรอง สุขภาพจิตและจัดกลุ่มผู้รับบริการ เพื่อกำหนดแนวทางช่วยเหลือที่เฉพาะเจาะจง เช่น กลุ่มที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพจิตหรือกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองเบื้องต้นได้และไม่จำเป็นต้องเข้ารับบริการกับผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งจะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ได้มีโอกาสได้รับการบำบัดรักษามากขึ้น ลดความเสี่ยงและป้องกันการเกิดความรุนแรงของปัญหาทางสุขภาพจิต สำหรับแอปพลิเคชั่นอื่นๆ ที่สามารถนำมาใช้ในงานบริการพยาบาลได้ เช่น การนัดหมาย ติดตามและประเมินผลการบำบัดรักษาโดยใช้แอปพลิเคชั่นไลน์ (Line) หรือให้บริการบำบัดรักษาโดยตรง เช่น การให้การปรึกษาผ่านวิดีโอคอล (video call) หรือ เฟสบุ๊ค (Facebook) เป็นต้น

2. บทบาทพยาบาลจิตเวชในการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการพัฒนาตนเองในการทำงานและในเชิงวิชาชีพ

พยาบาลจิตเวชสามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาเสริมสร้างศักยภาพในการทำงานของตนเองและปรับปรุงคุณภาพการดูแลด้านจิตใจของผู้รับบริการ เช่น ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลประเมินและรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้รับบริการเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลวินิจฉัยปัญหาและวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการใช้เทคโนโลยีสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการตัดสินใจเลือกหรือปรับเปลี่ยนแนวปฏิบัติทางการพยาบาล นอกจากนี้เทคโนโลยีดิจิทัลหรือสื่อสังคมออนไลน์ยังสามารถใช้ในการพัฒนาศักยภาพเชิงวิชาชีพ เพื่อแบ่งปันความรู้ประสบการณ์และมุมมองในการแก้ไขปัญหาที่หลากหลาย รวมทั้งผลงานวิจัยให้แก่ผู้ร่วมวิชาชีพเดียวกันหรือวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง สร้างเครือข่ายวิชาชีพที่เข้มแข็ง ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ที่นำไปพัฒนาทั้งศักยภาพของตนเองและคุณภาพการบริการ รวมทั้งพัฒนาวิชาชีพ ตัวอย่างเทคโนโลยีดิจิทัลที่นำมาใช้ในการสร้างเครือข่ายวิชาชีพได้ เช่น เฟสบุ๊ค (Facebook) ทวิตเตอร์ (Twitter) ลิงค์อิน (LinkedIn) และมายสเปซ (My Space) เป็นต้น

โดยสรุปจะเห็นว่าพยาบาลจิตเวชสามารถนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการกับผู้รับบริการโดยตรง และใช้จัดระบบในการให้บริการพยาบาล รวมทั้งการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างหลากหลาย ซึ่งในอนาคตมีแนวโน้มที่จะนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในบริการทางการพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้น ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีสมรรถนะดิจิทัลในการประยุกต์เทคโนโลยีดิจิทัลในงานทางการพยาบาลเพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้รับบริการมากที่สุด

ข้อเสนอแนะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

การใช้เทคโนโลยีมีประโยชน์ทั้งการดูแลด้านจิตใจผู้รับบริการ ระบบบริการสุขภาพ และบุคลากรผู้ให้บริการ แต่เทคโนโลยีดิจิทัลที่ถูกพัฒนาขึ้นมักถูก

ผลักดันออกมาใช้งานอย่างรวดเร็ว โดยอาจไม่ได้รับการตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลตามหลักเกณฑ์ก่อนนำมาใช้ ดังนั้นก่อนที่พยาบาลจิตเวชจะเลือกเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ จึงควรตรวจสอบคุณภาพโดยการประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงประสิทธิภาพในการใช้งาน การทดสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการใช้งานและการวัดผลลัพธ์ได้ นอกจากนี้การเพิ่มการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลในกลุ่มเป้าหมายก็เป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งจากสถิติแม้พบว่าคนไทยใช้งานอินเทอร์เน็ตมากกว่าร้อยละ 80 แต่การใช้งานส่วนใหญ่เป็นไปเพื่อการสื่อสารในเชิงสังคม และไม่ได้เข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพ (National Statistical Office, 2021) ดังนั้นควรประเมินความพร้อมและส่งเสริมการใช้งาน โดยอาจมีช่องทางในการให้ข้อมูลและสนับสนุนการใช้สื่อเทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต เช่น อบรมการใช้งาน จัดบริการให้ความช่วยเหลือในการใช้งาน รวมทั้งคำนึงถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบของเทคโนโลยีดิจิทัล และความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ที่จะนำมาใช้ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย

นอกจากนี้พยาบาลจิตเวชต้องคำนึงถึงหลักจริยธรรมในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในบริการพยาบาล เนื่องจากอาจมีการบันทึกข้อมูลของผู้รับบริการ โดยเฉพาะเทคโนโลยีในการประเมินและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิต และเทคโนโลยีในการบำบัดช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาสุขภาพจิต ที่จะให้ระบุข้อมูลส่วนบุคคลและผลการประเมินปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งแสดงข้อความต่างๆ เช่น ข้อความจากแชทบอทในการให้การปรึกษากับผู้ที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย หรือข้อมูลปัญหาสุขภาพจิตที่เก็บไว้บนคลาวน์ เป็นต้น ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ต้องได้รับการปกป้อง ไม่ส่งหรือระบุข้อมูลส่วนบุคคลที่สามารถระบุตัวตนของผู้รับบริการทั้งทางออนไลน์หรือออฟไลน์ แม้จะเห็นว่าข้อมูลนั้นอาจมีประโยชน์ต่อบุคคลอื่นและไม่เกิดความเสียหายต่อเจ้าของข้อมูล เพราะเป็นการละเมิดสิทธิของผู้รับบริการที่ผิดกฎหมายตามพระราชบัญญัติคอมพิวเตอร์และผิดจริยธรรมวิชาชีพอีกด้วย ดังนั้นจึงต้องมีหลักเกณฑ์ที่เป็นมาตรฐานในการจัดเก็บและการเข้าถึงข้อมูล ป้องกันการละเมิดข้อมูลและอาจถูกนำไปใช้เพื่อวัตถุประสงค์อื่น ท้ายสุดพยาบาลจิตเวชต้องตระหนักว่า การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลแม้จะยกระดับคุณภาพการดูแลและสนับสนุนการจัดการตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้รับบริการได้ แต่พยาบาลจิตเวชก็ต้องคงไว้ซึ่งมาตรฐานในการให้บริการเช่นเดียวกับการให้บริการดูแลจิตใจแบบตัวต่อตัว ดังนั้นต้องปฏิบัติตามหลักจริยธรรมและแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical guideline) ที่เกี่ยวข้อง โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นหัวใจสำคัญในการเลือกใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อบริการด้านการดูแลสุขภาพจิต

บทสรุป

จากแนวโน้มเพิ่มขึ้นของปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยและปัญหาการเข้าถึงบริการ ทำให้ปัจจุบันมีการพัฒนาเทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลทางด้านสุขภาพจิตมากขึ้น โดยเฉพาะเทคโนโลยีในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตสำหรับบุคคลทั่วไปและผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่รุนแรงสามารถนำมาใช้ในการดูแลตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชต้องปรับตัวให้พร้อมกับนำเทคโนโลยีมาผสมผสานในงานบริการทางการพยาบาลจิตเวชเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตด้วยการส่งเสริมให้บุคคลทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงสามารถใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการพัฒนาทักษะการดูแลจิตใจตนเอง โดยการให้ความรู้หรือคำแนะนำในการเลือกใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม รวมทั้งนำเทคโนโลยีมาสนับสนุนและพัฒนาระบบบริการให้มีคุณภาพ ซึ่งการทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าว พยาบาลจิตเวชจำเป็นต้องมีสมรรถนะด้านดิจิทัลเพื่อสามารถประยุกต์เทคโนโลยีในการบริการได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามก่อนนำเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาทางจิตมาใช้ ควรมีการตรวจสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อความแม่นยำและความน่าเชื่อถือ รวมทั้งการใช้งานเทคโนโลยีก็ต้องอยู่ในขอบเขตตามกฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ นอกจากนี้ควรตระหนักถึงความสมดุลระหว่างการให้การดูแลผู้รับบริการโดยตรงกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตที่ยังต้องการการดูแลแบบตัวต่อตัว และพยาบาลจิตเวชก็เป็นองค์ประกอบสำคัญในการปฏิสัมพันธ์ในการสนับสนุนด้านจิตใจของผู้ป่วยที่ไม่สามารถทดแทนได้ด้วย

เทคโนโลยี การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลจึงเป็นสิ่งที่ช่วยในการสนับสนุนหรือเอื้อต่อการบริการเท่านั้น ไม่สามารถนำมาเป็นตัวนำในการให้บริการทางการพยาบาลจิตเวช

References

American Psychiatric Nurses Association (APNA). (2019). *Standards of psychiatric nursing practice 2019.* Retrieved from https://crpnm.mb.ca/wp-content/uploads/2019/10/Standards-of-Psychiatric-Nursing-Practice-FINAL-October-2019.pdf

Chipise, E., Wassenaar, D., & Wilkinson, A. (2019). Towards new ethics guidelines: The ethics of online therapy in south Africa. *South African Journal of Psychology, 49*(3): 337–352.

Datareportal. (2021). *Digital 2021: Thailand*. Retrieved from https://datareportal.com/reports/digital-2021-Thailand (in Thai)

Department of Mental Health. (2016). *Strategic plan*, *Department of Mental Health, Vol.12 (2017-2021).* (in Thai) Retrieved from https://www.dmh.go.th /report/opdnew/

Department of Mental Health. (2020). *New psychiatric outpatients case report. Office of information technology, Department of Mental Health.* (in Thai) Retrieved from https://www.dmh.go.th/report/opdnew/

Health Promotion Foundation. (2017). *Promotion mental health: Concepts-emerging evidence practice summary report*. Chiang Mai: Wanidakarnpim. (in Thai)

Hollis, C., Falconer, C. J., Martin, J. L., Whittington, C., Stockton, S., Glazebrook, C., & Davies, E. B. (2017). Annual research review: Digital health interventions for children and young people with mental health problems - A systematic and meta-review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 58*(4), 474–503. doi.org/10.1111/jcpp.12663

James, A. C., Reardon, T., Soler, A., James, G., & Creswell, C. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Database of Systematic Reviews, 2018*(10), CD013162. doi.org/10.1002/14651858.CD013162

Kenny, R., Dooley, B., & Fitzgerald, A. (2016). Developing mental health mobile apps: Exploring adolescents' perspectives. *Health Informatics Journal*, *22*(2), 265–275. doi.org/10.1177/1460458214555041

Ministry of Public Health. (2016). *The standards of mental health promotion and mental health problem prevention for community hospital (revise).* Nonthaburi, Bureau of Mental Health Promotion and Development. Ministry of Public Health. (in Thai)

Muhorakeye, O. & Biracyaza. E. (2021). Exploring barriers to mental health services utilization at Kabutare District Hospital of Rwanda: Perspectives from patients. *Frontiers Psychology.* doi.org/10.3389/fpsyg.2021.638377

National Statistical Office. (2021). *The 2021(Quarter 2) Household survey on the use of information and communication technology*. (in Thai) Retrieved from https://shorturl.asia/pJD85

Office of the National Economic and Social Development Board Office of the Prime Minister Bangkok, Thailand. (n.d.). *Summary of the twelfth national economic and social development plan (2017-2021).* (in Thai) Retrieved from https://www.nesdc.go.th/ewt_news.php?nid=7240

Phothichak, S. (2021). *The varying of stress with outbreaks*. (in Thai) Retrieved from https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2412

Sobowale, K., Nguyen, M., Weiss, B., Van, T., & Trung, L. T. (2016). Acceptability of internet interventions for youth mental health in Vietnam. *Global mental health (Cambridge, England)*, 3, e22. doi.org/10.1017/gmh.2016.18

Srivanichakorn, S. (2021). *Mental health and primary care / family medicine. PCFM,4,1. pp 4-7.* (in Thai) Retrieved from https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/251344/168607

The National Institute of Mental Health (NIMH). (2019). *Technology and the future of mental health treatment*. (in Thai) Retrieved from https://bit.ly/3l0WwLQ

World Bank. (2019). *Individuals using the Internet (% of population).* Retrieved from https://data.worldbank.org/indicator/IT.NET.USER.ZS

World Health Organization. (2017). *Promotion mental health: Concepts emerging evidence practice summary report.* Chiang Mai, Wanida karnpim. (in Thai)

World Health Organization. (2018). *Mental health: Strengthening our response.* Retrieved from https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response