

ที่ปรึกษา (Consultants)

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

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ (Editorial Advisors)

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

บรรณาธิการ (Editor)

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

รองบรรณาธิการ (Associate Editor)

รองศาสตราจารย์ ดร.วีระพร สุทธากรณ์ Associate Professor Dr. Weeraporn Suthakorn	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University

กองบรรณาธิการ (Editorial Board)

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

รองศาสตราจารย์ ดร.อัมพรพรรณ ธีรานันทร
Associate Professor Dr. Ampornpan Teeranud
รองศาสตราจารย์ ดร.นัทธมน วุฒานนท์
Associate Professor Dr. Nuttamon Vuttanon
รองศาสตราจารย์ ดร.เพชรสุรีย์ ทังเจริญกุล
Associate Professor Dr. Petsunee Thungjaroenkul
รองศาสตราจารย์ ดร.พิมพาภรณ์ กลั่นกลิ่น
Associate Professor Dr. Pimpaporn Klunklin
รองศาสตราจารย์ ดร.นงค์คราญ วิเศษกุล
Associate Professor Dr. Nongkran Viseskul
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญพนมพร ธรรมไทย
Assistant Professor Dr. Kwaunpanomporn Thummathai
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิยะภรณ์ ประสิทธิ์วัฒนเสรี
Assistant Professor Dr. Piyaporn Prasitwattanaseree
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรินทร์ จรุงโรจน์สกุล
Assistant Professor Dr. Waruntorn Jongrungrotsakul
อาจารย์ ดร.จิตตวดี เจริญทอง
Lecturer Dr. Jittawadee Rhiantong
อาจารย์ ดร.ปริยกมล ไกรกิจราษฎร์
Lecturer Dr. Preeyakamon Krikirat
Doreen C. Harper, PhD, RN, FAAN
Margaret M. Heitkemper, PhD, RN
Lian-Hua Huang, PhD, RN, EMBA
Tonda Hughes, PhD, RN, FAAN

Shake Ketefian, EdD, RN, FAAN
Mari Kondo, PhD
Karry Liu Ming, PhD, RN
Pamela H. Mitchell, PhD, RN, FAHA, FAAN

Alan Pearson, PhD, RN, FRCNA,
FCN, FAAG, FRCN

Gwen Sherwood, PhD, RN, FAAN
Josefina A. Tuazon, DrPH, RN, MF
Lynda Wilson, PhD, RN, FAAN
Nancy Fugate Woods, PhD, RN, FAAN

Hu Yan, PhD, RN

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Faculty of Nursing, Khon Kaen University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Faculty of Nursing, Chiang Mai University
School of Nursing, The University of Alabama at Birmingham, USA
University of Washington Seattle, USA
Department of Nursing, National Taiwan University, Taiwan
Columbia School of Nursing, Columbia University Irving
Medical Center, USA
WMU Bronson School of Nursing, USA
Faculty of Nursing, Toho University, Japan
School of Health Science, Macao Polytechnic Institute, Hong Kong
Biobehavioral Nursing and Health Informatics, School of
Nursing University of Washington, USA
The Joanna Briggs Institute, School of Translational Health
Science Faculty of Health Sciences, The University of
Adelaide, Australia
School of Nursing, The University of North Carolina at Chapel Hill, USA
College of Nursing, University of Philippines Manila, The Philippines
School of Nursing, The University of Alabama at Birmingham, USA
Biobehavioral Nursing and Health Informatics, University of
Washington Seattle, USA
School of Nursing, Fudan University, China

เจ้าหน้าที่กองบรรณาธิการ (Editorial Staff)

นางอัมพิกา สุวรรณบุตร Ampika Suwannabut	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางมาริสา คุปตารักษ์ Marisa Guptarak	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวพรธิดา คำมงคล Pornthida Kummongkol	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นายไพชยนต์ สุโอชมา Phaichayan Suochama	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาวนิตยา มะโนคำ Nittaya Manokam	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ Faculty of Nursing, Chiang Mai University
นางสาววริษา วิกะศิลป์ Warisa Wikasillp	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 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 และผู้สนใจในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทางด้านสุขภาพ 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 จะได้รับการพิจารณาและตรวจสอบความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิ ทางด้านการพยาบาลและสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ท่านต่อ 1 บทความ โดยมีการดำเนินการ ปกปิดแบบ 2 ทาง (Double blinded) ทั้งชื่อของผู้วิจัยและผู้ทรงคุณวุฒิ

ขั้นตอนการพิจารณาประเมินบทความ

การดำเนินการพิจารณาประเมินบทความทั้งหมด จะดำเนินการผ่านทางระบบวารสาร อิเล็กทรอนิกส์ ระบบเว็บไซต์ Thai Journal Online (ThaiJO) เพื่อให้การทำงานของพยาบาลสาร มหวิทยาลัย เชียงใหม่ เป็นไปตามมาตรฐานสากล โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้เขียนส่งไฟล์บทความไปยังระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์ของพยาบาลสาร มหวิทยาลัย เชียงใหม่ ในเว็บไซต์ Thai Journals Online (ThaiJO) URL: <https://www.tci-thaijo.org>

2. กองบรรณาธิการแจ้งให้ผู้วิจัยทราบว่าได้รับไฟล์บทความเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

3. กองบรรณาธิการดำเนินการตรวจสอบเนื้อหาของบทความ รูปแบบการจัดพิมพ์ รูปแบบการ อ้างอิง ประเด็นทางจริยธรรม การคัดลอกบทความ (Plagiarism) ความเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของ วารสาร รวมทั้งประโยชน์ในเชิงทฤษฎีและเชิงปฏิบัติ

4. เมื่อกองบรรณาธิการพิจารณาเห็นสมควรรับบทความเพื่อตีพิมพ์ จะดำเนินการส่งให้ ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องตรวจสอบคุณภาพของบทความ แบบปกปิดสองทาง (Double blind review) โดยไม่เปิดเผยชื่อผู้เขียนบทความให้ผู้ทรงคุณวุฒิทราบ และไม่เปิดเผยชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้ ผู้เขียนทราบ และกองบรรณาธิการไม่เปิดเผยทั้งชื่อผู้วิจัยและชื่อผู้ทรงคุณวุฒิให้บุคคลอื่นทราบเช่นกัน

5. เมื่อบทความได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว กองบรรณาธิการจะดำเนินการ ตามความเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

5.1 กรณีมีความเห็นให้ตอบรับการตีพิมพ์ (Accept Submission)

กองบรรณาธิการจะแจ้งผู้เขียนให้ทราบ และดำเนินการส่งไฟล์บทความเข้าสู่ขั้นตอน การปรับแก้ไขต้นฉบับ การพิสูจน์อักษร และการจัดรูปแบบเอกสารตามต้นฉบับบทความของวารสาร ก่อนนำไปเผยแพร่

5.2 กรณีมีความเห็นให้ผู้วิจัยแก้ไขบทความ (Revision Require)

กองบรรณาธิการจะส่งข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้ผู้เขียน เพื่อเป็นแนวทางใน การแก้ไขบทความ ทั้งนี้ขอให้ผู้เขียนจัดทำตารางสรุปผลการแก้ไข ตามแบบฟอร์มตารางแสดง การแก้ไข โดยระบุข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิท่านที่ 1, 2 และ 3 ในทุกหัวข้อ และส่งกลับมายัง กองบรรณาธิการ ภายใน 2 สัปดาห์ โดยรายละเอียดการแก้ไขบทความมีดังต่อไปนี้

5.2.1 ให้ปรับปรุงแก้ไขเพียงเล็กน้อย (Minor Revision)

เมื่อผู้เขียนแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ให้ส่งบทความกลับคืน มายังบรรณาธิการ 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

ตัวอย่างตารางการแก้ไขบทความตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

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. บทความต้องไม่ถูกส่งเพื่อพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่พร้อมกันกับส่งที่วารสารอื่น
3. หากมีการนำผลงานหรือข้อความอ้างอิงผลงานของผู้อื่นในเนื้อหา ต้องจัดทำรายการเอกสารอ้างอิงไว้ท้ายบทความเสมอ
4. ตรวจสอบการเขียนบทความให้ถูกต้องตามรูปแบบข้อกำหนดของวารสาร ดังคำแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ
5. รายชื่อของผู้วิจัยทั้งหมดที่ปรากฏในบทความวิจัย ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย
6. หากผลงานวิจัยมีการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจะต้องแนบหนังสือรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยระบุหมายเลขหรือรหัสการรับรองลงในเนื้อหาในส่วนของ “การพิจารณาด้านจริยธรรม”

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 หรือบทความวิชาการในพยาบาลสารมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 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 และไม่ใช่คำย่อที่ไม่เป็นมาตรฐาน

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 ในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 1 คนให้เรียงชื่อตามลำดับของการมีส่วนร่วม พร้อมทั้งแสดงสังกัดหน่วยงานของผู้เขียนทุกคน สำหรับ e-mail ระบุเฉพาะผู้รับผิดชอบหลักของบทความ (Corresponding Author) นอกจากนี้ให้ใส่เครื่องหมายดอกจัน (*) 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 การใช้ภาษาให้เหมาะสมเป็นประโยชน์ สมบูรณ์ และสื่อความหมายได้ชัดเจนอย่างกระชับ

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

บทความวิชาการ เขียนบทความย่อพอสังเขปเกี่ยวกับ เนื้อหาสาระที่สำคัญ วัตถุประสงค์ของ การเขียนบทความ และบทสรุป

คำสำคัญ (Keywords) เป็นคำที่กำหนดขึ้นเพื่อช่วยในการสืบค้นเข้าถึงบทความ ควรเป็น คำที่สั้น กระชับ 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 (6th ed.) โดยมีการอ้างอิงในเนื้อหา และการอ้างอิงในเอกสารอ้างอิงท้ายบท
2. เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือ หรือตำรา บางประเภทที่เป็นทฤษฎี หรือ ปรจัญญา
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 เป็นภาษาไทยไว้นอวงเล็บ และภายในวงเล็บให้ระบุเฉพาะนามสกุลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น กรณีการกั้นธรรมาภิบาล (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. การเขียนอ้างอิงวารสาร

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/>

ตัวอย่างการอ้างอิงในกรณีที่ผู้เขียนมากกว่า 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

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงวิทยานิพนธ์ที่ได้จากเว็บไซต์

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. ดาวโหลดแบบฟอร์มการขอส่งบทความ ผ่านทางเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ของ
พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ URL: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing> โดย
กรอกข้อมูลให้ครบทุกช่อง

3. ผู้เขียนส่งเอกสารผ่านทางเว็บไซต์ระบบ ThaiJo ดังนี้

3.1 บทความต้นฉบับเป็นไฟล์ word นามสกุล (.docx)

3.2 แบบฟอร์มการนำส่งบทความของวารสาร

3.3 สำหรับบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ ผู้เขียนต้องส่งสำเนาเอกสารรับรอง
โครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

กองบรรณาธิการวารสาร พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

เลขที่ 110/406 ถนนอินทวิโรด ตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50200

เบอร์ติดต่อ 053-949100

Perceived Self-Efficacy and Health Promoting Behaviors Among Chinese People at Risk for Metabolic Syndrome	1
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนจีนที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมแทบอลิก	
หงลี่ ฟาง Hongli Fang	
ชมพูนุท ศรีรัตน์ Chomphoonut Srirat	
จิราภรณ์ เตชะอุดมเดช Chiraporn Tachaudomdach	
Factors Predicting Innovative Work Behavior Among Nurses in Tertiary Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China	14
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน	
หยางควิน นู Yanqin Niu	
สมใจ ศิระกมล Somjai Sirakamon	
ฐิตินันท์ อัครเดชอนันต์ Thitinut Akkadechanunt	
Social Support, Self-efficacy, and Care Practices Among Parents of Children with Congenital Heart Disease, the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka	29
การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติการดูแลในผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกา	
มาดาวาลา เอส.จี.เอ็ม.แอล Madawala S.G.M.L	
พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิน Klunklin Pimpaporn	
อุษณีย์ จินตะเวช Jintrawet Usanee	
COVID-19 Vaccine Acceptance from the Perspective of People Living in Northern Thailand: A Mixed Methods Research	41
การยอมรับวัคซีนโควิด 19 จากมุมมองของประชาชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน: การวิจัยแบบผสมผสาน	
ยุพเรศ พญาพรหม Yupares Payaprom	
หัตถยา ตันติพงศ์ Hutsaya Tantipong	
พรพรรณ มนัสจจุล Pornpun Manasatchakun	
ศรินญาภรณ์ จันทร์ดีแก้วสกุล Sarinyaporn Chandeekeawchakool	
ทรงยศ คำชัย Songyos Khamchai	

Effects of a Self-Regulation Program on Dietary Management and Blood Sugar Levels Among Persons with Uncontrolled Type 2 Diabetes in a Community ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน	55
ฐิตารัตน์ โกเสส Thitarat Koses วิลาวณีย์ เตือนราษฎร์ Wilawan Tuanrat ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana	
Effect of the Buddy Care Innovation on Assessment of Diabetic Foot Complications Among Persons with Type 2 Diabetes in Huai Khrai Sub-District, Maesai District, Chiang Rai Province ผลของนวัตกรรมคู่หูดูแลกันต่อการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย	69
กิตติชัย ปัญญาวรรณ Kittichai Panyawan วิลาวณีย์ เตือนราษฎร์ Wilawan Tuanrat ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana	
A Community Care System for Older People Requiring Assistance, Phu Ho Sub-district, Phu Luang District, Loei Province ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ตำบลภูหอ อำเภอภูหลวง จังหวัดเลย	80
กันนิษฐา มาเห็ม Khannistha Mahem ปวินตรา มานาดี้ Pawintra Manadee วิทยา สุขคำ Wittaya Sukkum รัชนิย์ ไพเมือง Ruchanee Pimuang	
Factors Predicting Hearing Protection Device Use Among Workers in Kaolin Mineral Dressing Factories ปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาว	97
วัชรพงศ์ ยาวรัตน์ Watcharapong Yaowarat ธานี แก้วธรรมานุกุล Thanee Kaewthummanukul วรรณธรณ์ จรุงโรจน์สกุล Waruntorn Jongrungsakul	

Development of an Instructional Video for Self-Directed Learning on Systematic Physical Examination on Nursing Students' Practice Skills and Satisfaction การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ต่อทักษะปฏิบัติและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล	112
ศิวพร อึ้งวัฒนา Sivaporn Aungwattana สุกฤตา ใจมชื่น Sukritta Jaichomcheun วิลาวัลย์ เตือนราษฎร์ Wilawan Tuanrat	
Effects of Participatory Learning Program on Nursing Students' Knowledge About Tobacco Consumption Control ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ในการควบคุม การบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาล	128
อัจฉริยา เชื้อเย็น Achariya Churyen กัญญาพัชญ์ จาอ้าย Kanyapat Chaeye วโรดม เสมอเชื้อ Warodom Samerchua พิมพ์กา ปัญโญใหญ่ Pimpaka Panyoyai	
The Effects of a Self-efficacy Perception Promoting Program for Nursing Students on Knowledge about Tobacco and Self-efficacy to Promote Smoking Cessation ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับนิสิตพยาบาลต่อความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่	140
นริสา วงศ์พนารักษ์ Narisa Wongpanarak อภิญา วงศ์พิริยโยธา Apinya Wongpiriyayothar	
Factors Related to Family Management in Families Having Children with Congenital Heart Disease ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด	153
สุภาพร วัฒนา Suphaphon Wattana อุษณีย์ จินตะเวช Usanee Jintrawet สุธิตา ลำช้าง Suthisa Lamchang	

Experiences of Caregivers in Caring for Children with RSV Pneumonia ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี	167
กฤติญาดา เกื้อวงศ์ Gridiyada Kuewong โรส ภัคดีโต Rose Pakdeto	
Risk Behaviors and Factors Influencing Risk Behaviors Among Adolescents พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น	182
นุชรีย์ แสงสว่าง Nucharee Sangsawang บุศรา แสงสว่าง Bussara Sangsawang	
Gender, Family Characteristics, and Internet Use on Risk Behaviors Among Adolescents during the Covid-19 Pandemic: A Comparison Study เพศ ลักษณะครอบครัว และการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ในช่วงการระบาดของโควิด-19: การศึกษาเปรียบเทียบ	197
บุศรา แสงสว่าง Bussara Sangsawang นุชรีย์ แสงสว่าง Nucharee Sangsawang	
Head Nurses' Authentic Leadership and Thriving at Work of Nurses in Government University Hospitals ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ	215
อุมาพร จำปาไหล Umaporn Jumpalai อภริดี นันทศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul	
Structural Empowerment and Moral Distress of Nurses in Private Hospitals การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างและภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชน	228
ขวัญชนก ยาลมาโซน Khwanchanok Hjalmarsson เพชรสุนีย์ ทังเจริญกุล Petsunee Thungjaroenkul อภริดี นันทศุภวัฒน์ Apiradee Nantsupawat	

Activity-Based Costing of Mobile Health Checks at Private Hospitals in Lamphun Province	242
ต้นทุนฐานกิจกรรมของการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน	
รุ่งลาวัลย์ ศรีทอง Runglawan Srithong	
จิตติณัฐ อัครเดชนันต์ Thitinut Akkadechanunt	
บุญพิชชา จิตต์ภักดี Bunpitcha Chitpakdee	
Factors Associated with Post-Concussion Syndrome in Patients with Mild Traumatic Brain Injury After Discharging from an Emergency Department	252
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บ ทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน	
นพนันท์ วงศ์ไชย Noppanan Wongchai	
รสสุคนธ์ วาริตสกุล Rotsukon Varitsakul	
นพมณี ต้นติเวทเรืองเดช Nopmanee Tantivesruangdet	
Health Literacy and Self-Management Behaviors in Persons with Prostate Cancer After Surgery*	270
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก หลังการผ่าตัด	
ศรีสุดา เอี่ยมรักษา Srisuda lamruksa	
นัทธมน วุฒานนท์ Nuttamon Vuttanon	
วรารวรรณ อุดมความสุข Warawan Udomkhwamsuk	
The Needs of Family Members of Intensive Care Unit Patients: Needs Assessment Research	283
ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น	
นลินี นิยมไทย Nalinee Niyomthai	
ทีปทัศน์ ชินตาปัญญากุล Teepatad Chintapanyakun	
พารุณี วงษ์ศรี Parunee Wongsri	
พลสุข หิรัญสาย Phunsuk Hiransai	
จิตติมาภรณ์ พรหมรอด Titimaporn Pomrod	

Factors Related to Quality of Life Among Psoriasis Patients at the Outpatient Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital	298

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก
โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

อังคณา	กิตติไชยากร	Angkana	Kittichaiyakorn
เดชา	ทำดี	Decha	Tamdee
เนตรทอง	นามพรม	Nethong	Namprom
พัชรา	นาคณอม	Patchara	Naktanom

The Effect of a Medication Adherence Promotion Program through the Line Application on Older Persons with Essential Hypertension	313

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กมลชนก	เจริญวงษา	Kamonchanok	Charoenwongsa
วิราพรรณ	วิโรจน์รัตน์	Virapun	Wirojratana
ดวงรัตน์	วัฒนกิจไกรเลิศ	Doungrut	Wattanakitkrileart

The Needs of Caregivers for Persons with Parkinson's Disease	326

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน

จิदारัตน์	หวานมีรส	Jidarat	Hwanmeerot
มยุลี	สำราญญาติ	Mayulee	Somrarnyart
ชมพูนุท	ศรีรัตน์	Chomphoonut	Srirat

Factors Related to Depression Among Male Homosexuals	340

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย

พัชรารวรรณ	แก้วกันทะ	Patcharawan	Kaewkanta
นฏกร	อิตุพร	Natakorn	I-Tuporn
สุกัญญา	ทาโสด	Sukanya	Tasod
ปาริชาติ	ปัญญา	Parichat	Panya
สาวิตรี	จีระยา	Sawitri	Jeeraya
พรปวีณ์	แก้วมั่งเมือง	Pronpawee	Keawmungmueang
กฤชกร	สิงห์สกุล	Kitchagron	Singsakul

Effects of Promoting a Self-Breast Examination Program via E-Learning Toward Knowledge and Self-Breast Examination Practice Among Female Healthcare Personnel in Outpatient Departments and Emergency Units	351
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสุขภาพสตรีงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน	
พัชรา นาคณอม Patchara Naktanom	
เดชา ทำดี Decha Tamdee	
เนตรทอง นามพรหม Nethong Namprom	
อังคณา กิตติไชยากร Angkana Kittichaiyakorn	

The Application of Peplau's Theory of Interpersonal Relations in the Nursing Process for Student Nurses	365
การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวในกระบวนการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล	
ญาธิดา วุฒิสาสตร์กุล Yatida Wuttisartkul	
วิยะดา ทิพนม่อม Wiyada Tipmom	
ธัญญาสิริ ธันยสวัสดิ์ Thanyasiri Thanyasawad	
Nurses' Role in Management of Sepsis Following Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021	376
บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021	
ปรเมษฐ์ อินทร์สุข Poramate Insook	
เชษฐาฤทธิ บริบูรณ์ Chestharid Borriboon	
Thai Women with Intimate Partner Violence	390
สตรีไทยกับความรุนแรงในชีวิตคู่	
อำพร เนื่องจกนาค Amporn Nueangjaknak	
Application of the Protection Motivation Theory for Preventing Covid-19 Infection Among Pregnant Women: The Role of Nurse-Midwives	403
การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์	
ธารีวรรณ ไชยบุญเรือง Tareewan Chaiboonruang	
พรรณพิไล ศรีอาภรณ์ Punpilai Sriarporn	



สารจากบรรณาธิการ

วารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ฉบับที่ ๒ (เมษายน-มิถุนายน) ๒๕๖๕ ได้ใช้ชื่อที่ปรับเปลี่ยนจากชื่อภาษาไทย พยาบาลสาร เป็น พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และชื่อภาษาอังกฤษจาก Nursing Journal เป็น Nursing Journal CMU ทั้งนี้กองบรรณาธิการ ได้ปรับปรุงรูปแบบการตีพิมพ์บทความให้อ่านง่าย มีสีสันที่สดใส เพิ่มความน่าสนใจให้มากขึ้น โดยยังคงคุณภาพให้เหมือนเดิม

วารสารฉบับนี้ ได้นำเสนอบทความรวมทั้งสิ้น ๓๐ เรื่อง บทความทั้งหมดนี้ได้ผ่านการพิจารณาคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน ๓ ท่าน ในบทความทั้งหมด ๓๐ เรื่อง เป็นบทความวิจัยภาษาอังกฤษจำนวน ๔ เรื่อง เช่น Perceived Self-Efficacy and Health-Promotion Behaviors Among Chinese People at Risk for Metabolic Syndrome สำหรับบทความวิจัยภาษาไทย จำนวน ๒๒ เรื่อง เป็นบทความด้านการพยาบาล ชุมชนและการพยาบาลอาชีวอนามัย จำนวน ๔ เรื่อง เช่น ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ ๒ ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน บทความด้านการศึกษา ที่ทำการทดลองในนักศึกษาพยาบาล จำนวน ๓ เรื่อง เช่น ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาล บทความด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น จำนวน ๔ เรื่อง เช่น ประสิทธิภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี บทความด้านการบริหารทางการพยาบาล จำนวน ๓ เรื่อง เช่น ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ บทความด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุจำนวน ๖ เรื่อง เช่น ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต: การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น บทความทางด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน ๑ เรื่อง ได้แก่ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย และบทความด้านการส่งเสริมสุขภาพ จำนวน ๑ เรื่อง ได้แก่ ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอิเล็กทรอนิกส์ต่อความรู้และการปฏิบัติ การตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสุขภาพสตรีการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน สำหรับบทความวิชาการในฉบับนี้มีจำนวน ๔ เรื่อง เช่น การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลของเพปบลาวในการบวกรการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล บทความทั้งหมดนี้ ผู้สนใจสามารถ download ได้ในระบบวารสารอิเล็กทรอนิกส์

กองบรรณาธิการวารสารพยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ขอขอบคุณผู้อ่าน ผู้เขียนบทความ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้ให้ความกรุณากลั่นกรองบทความและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อผู้เขียน เพื่อนำไปปรับปรุงบทความให้มีคุณภาพ อันจะเกิดประโยชน์ต่อวิชาชีพพยาบาล ทั้งนี้กองบรรณาธิการจะร่วมกันพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพตามมาตรฐานต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร.กรรณิการ์ กันธะรักษา

บรรณาธิการ



Perceived Self-Efficacy and Health-Promoting Behaviors Among Chinese People at Risk for Metabolic Syndrome

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนจีน
ที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมแทบอลิก

หงลี่	ฟาง**	Hongli	Fang**
ชมพูนุท	ศรีรัตน์***	Chomphoonut	Srirat***
จิราภรณ์	เตชะอุดมเดช****	Chiraporn	Tachaudomdach****

Abstract

A descriptive correlational study was used to explore health-promoting behaviors and perceived self-efficacy, and their relationship, among Chinese people at risk for metabolic syndrome. Purposive sampling was used to select 154 participants from the health management center at the First Affiliated Hospital of Kunming Medical University, the People's Republic of China. The instruments consisted of a Demographic and Clinical Information Form, the Chinese version of the Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), and the General Self-Efficacy Scale (GSES). The Cronbach's alpha coefficients for both the Chinese version of the HPLP-II and the GSES were .94. Data were analyzed using descriptive statistics, the Pearson product-moment correlation coefficient, and Spearman's rank-order correlation test.

The results indicated that overall health-promoting behaviors were at a moderate level ($\bar{X} = 104.21$, $SD = 17.50$) whereas the mean score for perceived self-efficacy was 26.02 ($SD = 5.14$). There was a significantly positive relationship between overall health-promoting behaviors and perceived self-efficacy at a moderate level ($r = 0.46$, $p < 0.05$). Regarding each dimension, stress management, health responsibility, spiritual growth, and interpersonal relations were significantly positively related with perceived self-efficacy at a moderate level ($r = 0.42, 0.32, 0.46, r_s = 0.31$, $p < 0.05$, respectively).

The study findings suggest that increasing self-efficacy among Chinese people at risk of developing MS may be beneficial for modifying health-promoting behaviors.

Keywords: Health-promoting behaviors, Metabolic syndrome, Perceived self-efficacy

* 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: hongli_fang@cmu.ac.th

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

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



บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในประชาชนจีนที่มีความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการเมแทบอลิก การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง จำนวน 154 ราย จากศูนย์บริหารจัดการสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดที่ 1 แห่งมหาวิทยาลัยการแพทย์คุนหมิง สาธารณรัฐประชาชนจีน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบฟอร์มข้อมูลส่วนบุคคลและคลินิก แบบวัดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพฉบับภาษาจีน และแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไปฉบับภาษาจีน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบวัดคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและแบบวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนทั่วไปฉบับภาษาจีนเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Pearson product-moment correlation coefficient และสถิติ Spearman's rank-order correlation test

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 104.21$, $SD = 17.50$) ส่วนค่าเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เท่ากับ 26.02 ($SD = 5.14$) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.46$, $p < 0.05$) โดยในมิติของการจัดการความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.42, 0.32, 0.46, r_s = 0.31$, $p < 0.05$, ตามลำดับ)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในประชาชนจีนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดกลุ่มอาการเมแทบอลิก อาจจะเป็นประโยชน์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มอาการเมแทบอลิก การรับรู้สมรรถนะแห่งตน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: hongli_fang@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and significance

Metabolic syndrome (MS) has become a common public health problem in China. A national study in China reported that the prevalence of metabolic syndrome was 24.5% in people aged 15 years and older (Li et al., 2016). Metabolic syndrome is characterized by a cluster of metabolic risk factors, including impaired glucose tolerance, dyslipidemia, high blood pressure, and increased body weight (Chinese Diabetes Society, 2004). Evidence suggests that these factors can contribute to the development of MS. When a person has one risk factor, such as poor glucose tolerance, additional risk factors are more likely to develop (Grundy, 2016). With the presence of MS, the risk of cardiovascular events and diabetes mellitus increased by approximately two times and five times, respectively (Grundy, 2016).

Current guidelines suggest that people at risk for MS should be encouraged to take a lifestyle-based intervention in the premorbid state (Grundy, 2016). Lifestyle modification can be promoted by practicing health-promoting behaviors (HPBs). Pender (2011) proposed the Health Promotion Model (HPM) to explain HPBs and related factors. In the HPM, HPBs refer to multidimensional actions and cognition patterns that may reflect an incorporated, comprehensive pattern of healthy behaviors in individuals' daily lives, and include six aspects: 1) nutrition involves maintaining healthy diets; 2) physical activity involves regular exercise; 3) stress management entails controlling tension effectively; 4) interpersonal relations mean the intimacy and closeness within meaningful relationships; 5) health responsibility involves an active sense of accountability for one's health; and 6) spiritual growth focuses on pursuing goals (Pender, Parsons, & Murdaugh, 2011). Nutrition and physical activity contribute to maintaining the balance of calorie intake and consumption while good stress management, spiritual growth, and interpersonal relations are beneficial to mental health, reducing the risk of obesity, hypertension, and impaired glucose tolerance (Joseph-Shehu, Ncama, & Irinoye, 2019). Health responsibility is the motivation for healthy behaviors. Previous studies have proven that HPBs and their six aspects can improve risk factors, which reduces the risk of MS (Leung, Lee, Lai, Kwok, & Chong, 2020). Therefore, determining the situation of HPBs among the risk group and the related factors is essential for managing the risk group. Perceived self-efficacy (SE) is an important related factor for health-promoting behaviors in HPM. SE refers to an individual's judgment of their ability to achieve a certain level of performance (Pender et al., 2011). Because of its ability to strongly predict HPBs and modifiability, perceived SE has received a great deal of interest in nursing research (Choo & Kang, 2015).

In China, an increasing number of people are adopting unhealthy lifestyles, putting them at risk of developing MS. Chinese culture is rooted in Confucian culture and is depicted as family-style collectivism (Cheung & Kam, 2012). The unique social and cultural environment focuses on the benefit and harmony of groups instead of one's welfare or self-enhancement, which may lead to differences in HPBs and perceived SE between Chinese people and people outside China.



Perceived Self-Efficacy and Health-Promoting Behaviors Among Chinese People at Risk for Metabolic Syndrome

These differences also exist between mainland China and other regions, such as Hong Kong (Cheung & Kam, 2012). However, there were few studies about HPBs and perceived SE among those at risk for MS in mainland China. To fill the gap, this study selected Chinese people at risk of MS according to the criteria of the Chinese Diabetes Society (Chinese Diabetes Society, 2004), and then determined the situation of HPBs and perceived SE, and their relationships, in Chinese people at risk of MS. This could provide basic knowledge to develop interventions for the prevention of MS.

Objectives

This study aimed to explore the situation of health-promoting behaviors, which includes six aspects, and perceived self-efficacy, as well as their relationships, among Chinese people at risk for metabolic syndrome.

Research Questions

What are the health-promoting behaviors and the perceived self-efficacy for Chinese people at risk for metabolic syndrome? Is there any relationship between health-promoting behaviors and perceived self-efficacy among Chinese people at risk for metabolic syndrome?

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study is based on the revised Pender's Health Promotion Model (HPM)(1996). The HPM provides a structure to explain the relationship among characteristics and experiences, behavior-specific cognitions and affects, and behavior outcomes. Health-promoting behaviors, which include six aspects, are the behavior outcomes in HPM. Since China is increasingly transforming in lifestyle and context which leads to unhealthy behaviors, especially for Chinese people who are at risk of metabolic syndrome, health-promoting behaviors are important for these groups regarding disease prevention. Perceived self-efficacy (SE) is an important factor of behavior-specific cognitions and affects the HPM. It can also affect health-promoting behaviors directly by motivating people and strengthening the persistence with which people can perform those behaviors ordinarily. Based on the HPM, this study was performed to explore the relationship between perceived SE and HPBs. When the people at risk of metabolic syndrome in China perceive high self-efficacy, they may regularly perform health-promoting behaviors to prevent various non-communicable diseases caused by the metabolic syndrome.

Methodology

Population and Sample

This descriptive correlational study was conducted with Chinese people at risk for metabolic syndrome at the First Affiliated Hospital of Kunming Medical University (KMU), in Kunming city, Yunnan province, the People's Republic of China. Purposive sampling was used to select participants according to the following inclusion and exclusion criteria.



Perceived Self-Efficacy and Health-Promoting Behaviors Among Chinese People at Risk for Metabolic Syndrome

The inclusion criteria were as follows: 1) having a body mass index (BMI) ≥ 25 kg/m² and having one of three risk factors, including (1) dysglycemia: fasting plasma glucose (FPG) ≥ 6.1 mmol/L (110 mg/dL) and/or having been diagnosed as diabetic and undergone treatment; (2) high blood pressure: systolic blood pressure (SBP) ≥ 140 and/or diastolic blood pressure (DBP) ≥ 90 mmHg, and/or having been diagnosed as hypertensive and undergone treatment; or (3) dyslipidemia: blood triglycerides (TG) ≥ 1.7 mmol/L (150 mg/dL) and/or blood high-density lipoprotein cholesterol (HDL-C) <0.9 mmol/L (35 mg/dL) (male) or <1.0 mmol/L (39 mg/dL) (female) (Chinese Diabetes Society, 2004); 2) aged 18 years or above; 3) able to read and write in Chinese; and 4) willing to participate in the study.

The exclusion criteria included: 1) having co-morbidities that impeded physical activity; 2) having significant cognitive impairment; and 3) being pregnant.

The sample size was calculated based on G*power analysis, using two-tailed tests. Because there were no relevant earlier findings, a modest size of 0.3 was adopted for effect size, and a sample size of 134 was obtained. Considering for possible loss of subjects, 20% (27 participants) were added to the sample resulting in a total sample size of 161.

Research Instruments

The questionnaire included three parts:

1. The Demographic Data and Clinical Information Form, including gender, age, marital status, educational level, employment status, family income, smoking condition, alcohol consumption condition; BMI, FBG, SBP, DBP, TG, HDL-C, hypertension history, and diabetes history.

2. The Chinese Version of the Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP-II), developed by Walker and Hill-Polerecky (1996) and translated by Cao, Guo, Ping, and Zheng (2016). The HPLP-II consisted of 40 items with a four-point Likert scale and included six aspects: health responsibility, physical activity, nutrition, spiritual growth, interpersonal relations, and stress management. A higher score means a higher frequency of HPBs, and the total scores are divided into three levels. The ranges for 40-80, 81-120, and 121 to 160 refer to low, moderate, and high levels, respectively.

3. The Chinese Version of the General Self-Efficacy Scale (GSES), which was developed by Schwarzer and Jerusalem (1995) and later translated into Chinese by Zhang and Schwarzer in 1995. The measurement consists of 10 items and a four-point Likert scale. Scoring ranges from 10 to 40, with higher scores indicating a stronger perceived SE.

The reliability of the instruments was tested with 10 participants who met the inclusion criteria. The Cronbach's coefficient alpha for the HPLP-II was 0.94, and for each of the dimensions, including nutrition, physical activity, stress management, health responsibility, spiritual growth, and interpersonal relations, was 0.85, 0.85, 0.81, 0.85, 0.87, and 0.87, respectively. The Cronbach's coefficient alpha for the GSES was 0.94.

Ethical Considerations

The study was approved by the Institutional Review Board (IRB) of the Faculty of Nursing,



Chiang Mai University, Thailand. Permission for data collection was then obtained from the First Affiliated Hospital of KMU. The Chinese version of the consent forms was required to be signed by all participants who agreed to participate in this study before data collection. Confidentiality and anonymity of individuals' responses were guaranteed.

Data Collection

The participants were recruited from the Health Management Center in the First Affiliated Hospital of KMU. The researcher selected the prospective participants from the clinical records in the computer system by reviewing their clinical data, such as BMI and FBG, and then met them in a quiet and private meeting room in the center while they were waiting for other health checkups, such as an ultrasonic examination. The researcher explained the study's methods, benefits, and ethical considerations to them, and individuals who agreed to participate in the study were asked to sign informed consent forms. A package of research documents was distributed to all participants, including an information sheet, an informed consent form, and the questionnaires. The participants were asked to complete the questionnaire by reading the questions directly without giving any further explanation to prevent bias. The process took approximately 15-25 minutes (an average of 20 minutes). Clinical data were collected from the medical records on the computer system. The researchers collected and checked the completed consent forms and questionnaires on the spot. The response rate for the questionnaires was 154 (95.65). Seven surveys were not used as three were incomplete (1.86%) and four (2.49%) had TG outlier values.

Data Analysis

The data were analyzed using SPSS 13.0 (English version). The nutrition and interpersonal relations dimensions were non-normally distributed, and for the other aspects, the total scores of HPBs, and the scores of perceived SE were normally distributed. Thus, descriptive statistics, Pearson's product-moment correlation coefficient, and Spearman's rank-order correlation test were used. The correlation coefficient (r/r_s) value was between .10 and .29, demonstrating a weak relationship. The r/r_s value was between .30 and .50, showing a moderate relationship. If the r/r_s value $> .50$, it would mean a strong relationship (Burns & Grove, 2009).

Results

1. Table 1 shows the demographic characteristics of the 154 participants. The age of the participants in the study ranged from 21 to 78, with a mean of 43.97 (SD = 13.64). Most of the participants were married (74.03%) and were incumbent (74.68%). Over half of them (62.34%) had a family income between 5,000 to 10,000 CNY per month. A bachelor's degree was the most common educational level (45.45%). The BMI for over half of the participants (61.69%) was equal to or greater than 25 with abnormal TG and/or abnormal HDL-C (Table 1).

2. This study showed that the HPBs of participants in this study were at a moderate level ($\bar{X}$ = 104.21, SD = 17.50). The average score for items was 2.61 (SD = 0.44). The highest



Perceived Self-Efficacy and Health-Promoting Behaviors Among Chinese People at Risk for Metabolic Syndrome

mean score for an item was for interpersonal relations ($\bar{X}$ = 2.91, SD = 0.64), and the lowest mean score was for health responsibility ($\bar{X}$ = 2.30, SD = 0.49) (Table 2).

3. The results showed that the possible score for perceived SE was 10-40, and the mean score for perceived SE in this study was 26.02 (SD = 5.14) with a range from 10 to 39.

4. There were positive relationships between perceived SE and HPBs, including the six dimensions in Table 3. The relationships between perceived SE and physical activity and nutrition were weak (r_s = 0.26, r = 0.28, P < 0.01, respectively). The relationships between the overall scores for other dimensions including stress management, health responsibility, spiritual growth, interpersonal relations, and perceived SE were moderate (r = 0.46, 0.42, 0.32, 0.46, r_s = 0.31, P < 0.05, respectively).

Table1 Frequency and Percentage of Demographic Characteristics of the Participants (n=154)

Demographic Data	Frequency (n)	Percentage (%)
Age (years)		
20-30	30	19.48
31-40	39	25.32
41-50	38	24.68
51-60	28	18.18
> 60	19	12.34
Gender		
Male	81	52.60
Female	73	47.40
Marital status		
Single	28	18.18
Married	114	74.03
Divorced	12	7.79
Educational level		
Junior high school or below	22	14.29
Associate's degree	48	31.17
Bachelor's degree	70	45.45
Master's degree or above	14	9.09
Smoking condition		
No smoking	110	71.43
Yes	44	28.57
Employment status		
Incumbency	115	74.68
Retirement	35	22.73
Other	4	2.60



Perceived Self-Efficacy and Health-Promoting Behaviors Among Chinese People at Risk for Metabolic Syndrome

Table 1 (continued)

Demographic Data	Frequency (n)	Percentage (%)
Family income (CNY)*		
< 5,000 /month	21	13.64
5,000- 10,000 /month	96	62.34
> 10,000 / month	37	24.03
Alcohol consumption condition		
No	100	64.94
Yes	54	35.06
Risk group categories		
BMI $\geq$ 25 with abnormal TG and/or abnormal HDL-C	95	61.69
BMI $\geq$ 25 with high SBP and/or high DBP and/or hypertension	24	15.58
BMI $\geq$ 25 with high FPG and/or diabetes	35	22.73

Table 2 Mean and Standard Deviation, Overall and for Each Dimension of Health-Promoting Behaviors (n=154)

Health-promoting behaviors	Possible score	Total score	Average score of items
		Mean (SD)	Mean (SD)
Overall	40-160	104.21(17.50)	2.61(0.44)
Nutrition	8-32	22.68(4.09)	2.84(0.51)
Physical Activity	8-32	18.90(4.24)	2.36(0.53)
Stress Management	5-20	13.47(2.86)	2.70(0.57)
Health Responsibility	9-36	20.72(4.43)	2.30(0.49)
Spiritual Growth	5-20	13.89(3.25)	2.78(0.65)
Interpersonal Relations	5-20	14.55(3.21)	2.91(0.64)

Table 3 The Relationship Between Perceived Self-Efficacy and Health-Promoting Behaviors (n=154)

Variables	Perceived Self-Efficacy	
	Statistical value	p-value
Overall scores for Health-Promoting Behaviors	$r = .46^*$	$< .001$
Physical Activity	$r = .28^*$	$< .001$
Stress Management	$r = .42^*$	$< .001$
Health Responsibility	$r = .32^*$	$< .001$
Spiritual Growth	$r = .46^*$	$< .001$
Nutrition	$r_s = .26^{**}$	0.001
Interpersonal Relations	$r_s = .31^{**}$	$< .001$

* The Pearson product-moment correlation test was used

** The Spearman's rank-order correlation test was used



Discussion

Health-promoting behaviors

In this study, the scores for health-promoting behaviors among people at risk of metabolic syndrome were at a moderate level, with a total score mean of 104.21 (SD = 17.50) and an average item score of 2.61 (SD = 4.44) (Table 2). The results were similar to a previous study in the United States (Channel, 2014), and indicate that the participants in this study had moderate frequency of health-promoting behaviors with some of the dimensions of health-promoting behaviors being high. However, there were also some low-scoring dimensions.

Compared with the average score of items, participants achieved the highest scores in interpersonal relations and nutrition, which is inconsistent with previous results for Latinos (Channel, 2014). However, the results are consistent with other studies in China, even if the populations have been different (Chen & Zhang, 2020; Cheng et al., 2015). In China, multiple factors contribute to maintaining a healthy diet, including the increased consumption of good quality protein along with an increasing income, the traditional plant-based diet, and wider availability of fresh vegetables and fruits due to convenient transportation (Chen & Zhang, 2020). Besides, Chinese culture is an example of family-style collectivism, which emphasizes the importance of close relationships with family members and members from the same group in order to maintain a group's harmony. This may be the main reason for the high score in interpersonal relations (Cheung & Kam, 2012). Moreover, most of the participants (74.68%) were married. Therefore, it was easier for them to get support from their family, which also contributes to the high interpersonal relations score.

In this study, the participants received moderate scores for stress management and spiritual growth, with average scores of 2.70 (SD=0.57) and 2.78 (SD=0.65), respectively. The scores were higher than those of Channel's study (2014) in the United States, with the mean scores for stress management and spiritual growth being 2.39 and 2.75, respectively. Suffering is considered necessary for growth in Chinese cultures. However, when stress exceeds one's ability to cope, the concept of "Ming" (fate) is introduced to relieve the pressure. People should accept the results of "Ming," no matter how good or bad, as long as they have already done their best (Shi & Zhao, 2014). This view is beneficial for stress management. Moreover, Chinese culture encourages people to work hard to attain their goals, believing that people's skills are changeable and can be developed with enough effort. These beliefs may explain high spiritual growth scores (Cheung & Kam, 2012).

In this study, the participants got a lower score on physical activity, with the average score of items being 2.36 (SD = 0.53), which is consistent with a previous study on Latinos (Channel, 2014). Physical inactivity increases the risk of MS, which suggests that the risk group should increase their physical activity. Moreover, three factors, including rapid urbanization, the growth in sedentary jobs, and the primary transportation change from walking and bicycling to driving, have caused a steep decline in physical activity in China (Chen & Zhang, 2020). Regarding health



responsibility, participants in this study achieved the lowest score, with the average score of items being 2.30 (SD = 0.49). This finding is inconsistent with prior research outside China conducted by Channel (2014) but is consistent with a study in China, even though the population was different (Cheng et al., 2015). Health responsibility involves individuals taking positive actions to maintain health, for example, getting related knowledge and seeking assistance from healthcare professionals (Pender et al., 2011). Shortages and maldistribution in the health workforce have already become the main barriers for Chinese people to getting professional assistance and knowledge, contributing to a lower score for health responsibility. Moreover, most of the participants were employed, and over half of the participants were aged between 31-40 (25.32%) and 41-50 (24.68%). People at this stage are the backbone of their work and family. Limited time and energy are also other reasons for lower scores for the two subscales.

Perceived self-efficacy

The results of this study reported that the mean score for perceived SE in this study was 26.02 (SD = 5.14), which was lower than the result of a study in South America ($\bar{X}$ = 33.00, SD=5.12) (Lizama, Villanueva, Martínez, Leiva, & Mella, 2021). A collectivist culture is considered the main reason for lower perceived SE in China compared with Western countries. Preserving harmony and fitting in with a group are more critical in a collectivist society. This can cause a lack of motivation for self-enhancement and cause lower self-efficacy (Ahn, Usher, Butz, & Bong, 2016). However, the score was higher than that of another study in Taiwan ($\bar{X}$ = 23.3, SD = 3.60) (Chen et al., 2019). The higher education levels and employment status rates in this study are possible explanations. People can get a sense of accomplishment in their work, and persons with higher education levels are more likely to access related knowledge when they face problems (Xu, Leung, & Chau, 2018).

The relationship between perceived self-efficacy and health-promoting behaviors

This study showed a positive and moderate relationship between perceived SE and total HPBs among Chinese people at risk of MS (r = 0.46, P < 0.05). This means that the MS risk group has a higher score for perceived SE, and they tend to have higher scores for HPBs. This result is consistent with a study conducted by Mohamad, Mulud, Ibrahim, and Damanhuri (2019). A high level of perceived SE means the person has strong self-confidence and believes that one's ability can help them achieve success. This gives the person stronger motivation, persistence, courage, and determination for HPBs (Pender et al., 2011). Moreover, this study indicated moderate positive relationships between perceived SE and four aspects, including stress management, health responsibility, spiritual growth, and interpersonal relations, implying that these four dimensions could be improved by enhancing perceived SE.

However, the results demonstrated that the relationships between perceived SE and other dimensions, including nutrition and physical activity, were weak. In this study, the effect of perceived SE may be limited by several factors that can be considered perceived barriers. Some



barriers to the practices of physical activity and good nutrition in Chinese people have been demonstrated by a previous study, including traditional Chinese cooking habits which depend on using oil, and a lack of facilities and sites (Luan et al., 2020). In addition, most of the participants in this study were employed. Limited time and energy could also be important reasons for this weak relationship.

Conclusions and implications

This result provides basic knowledge for nursing practice regarding the current situation of health-promoting behaviors and perceived self-efficacy among Chinese people at risk for metabolic syndrome. Based on the findings, 1) the nursing practice may have evidence to improve HPBs for people at risk for MS, mainly in the physical activity and health responsibility dimensions, and 2) the nursing practice can improve health-promoting behaviors by enhancing perceived self-efficacy for people at risk for MS, which in turn, reduces the risk.

Recommendations

1. Further exploration of other factors related to health-promoting behaviors among Chinese people at risk of MS, such as perceived benefits and perceived barriers, is required.
2. It is necessary to study perceived self-efficacy and health-promoting behaviors among people at risk for MS in different cities and settings in China. Because the participants in this study were selected from a specific setting, the results may differ in other settings or cities due to the different samples. This will advance the understanding of the relationship between various factors that may affect people at risk for MS and lead to targeted interventions.

References

- Ahn, H. S., Usher, E. L., Butz, A., & Bong, M. (2016). Cultural differences in the understanding of modelling and feedback as sources of self-efficacy information. *British Journal of Educational Psychology*, 86(1), 112-136.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis, and generation of evidence* (6th ed.). St Louis, Missouri: Saunders Elsevier.
- Cao, W. J., Guo, Y., Ping, W. W., & Zheng, J. Z. (2016). Development and psychometric tests of a Chinese version of the HPLP-ii scales. *Chinese of Disease Control and Prevention*, 20(3), 286-289.
- Channel, A. (2014). The relationship of metabolic syndrome and health-promoting lifestyle profiles of Latinos in the Northwest. *Hispanic Health Care International*, 12(3), 130-137.
- Chen, A. Y., & Zhang, L. (2020). Prevalence of health-promoting lifestyle and influencing factors among adults with noncommunicable disease in Guangzhou old urban areas. *Chinese General Practice*, 23(25), 3241-3246.
- Chen, S. H., Chen, S. C., Lai, Y. P., Chen, P. H., Huang, T. Y., Lin, C. C., & Yeh, K. Y. (2019). Correlates between health beliefs and health-promoting lifestyle profiles in the



- development of metabolic syndrome in Taiwan. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 31(1), 30-38.
- Cheng, J., Wang, T., Li, F., Xiao, Y., Bi, J., Chen, J., ... Luo, R. (2015). Self-rated health status and subjective health complaints associated with health-promoting lifestyles among urban Chinese women: A cross-sectional study. *PLOS One*, 10(2), e0117940.
- Cheung, C. K., & Kam, P. K. (2012). Resiliency in older Hong Kong Chinese: Using the grounded theory approach to reveal social and spiritual conditions. *Journal of Aging Studies*, 26(3), 355-367.
- Chinese Diabetes Society. (2004). Recommendations of the Chinese diabetes society on metabolic syndrome. *Chinese Journal of Diabetes*, 12(3), 156-161.
- Choo, J., & Kang, H. (2015). Predictors of initial weight loss among women with abdominal obesity: A path model using self-efficacy and health-promoting behaviour. *Journal of Advanced Nursing*, 71(5), 1087-1097.
- Grundy, S. M. (2016). Metabolic syndrome update. *Trends in Cardiovascular Medicine*, 26(4), 364-373.
- Joseph-Shehu, E. M., Ncama, B. P., & Irinoye, O. O. (2019). Health-promoting lifestyle behaviour: A determinant for noncommunicable diseases risk factors among employees in a Nigerian University. *Global Journal of Health Science*, 11(12), 1-15.
- Leung, Y. S., Lee, J. J. W., Lai, M. M. P., Kwok, C. K. M., & Chong, K. C. (2020). Association between obesity, common chronic diseases and health promoting lifestyle profiles in Hong Kong adults: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 20(1), 1-9.
- Li, R., Li, W., Lun, Z., Zhang, H., Sun, Z., Kanu, J. S., ... Liu, Y. (2016). Prevalence of metabolic syndrome in Mainland China: A meta-analysis of published studies. *BMC Public Health*, 16(1), 1-10.
- Lizama, A. J. C., Villanueva, B. J., Martínez, D. P., Leiva, F. C., & Mella, E. R. (2021). Obesity: Perceived self-efficacy, emotional regulation and stress. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36(1), e36411.
- Luan, W., Zhu, Zh., Zhu, D. P., Ge, W. J., Zhu, Q. M., Jiang, Y. Q., ... Jiang, A. L. (2020). Relationship of health promotion lifestyle with social support and self-efficacy of the elderly in urban-rural communities. *Journal of Shanghai Jiao Tong University*, 40(1), 107-111.
- Mohamad, N., Mulud, Z. A., Ibrahim, M., & Damanhuri, N. F. (2019). The relationship between self-efficacy and health promoting behaviour among older adults with chronic illness. *Environment-Behaviour Proceedings Journal*, 4(11), 73-78.
- Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice (3rd ed.)*. Stanford, CT: Appleton and Lange.
- Pender, N. J., Parsons, M. A., & Murdaugh, C. L. (2011). *Health promotion in nursing practice (6th ed.)*. Boston: Pearson.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. Measures in health psychology: A user's portfolio. *Causal and Control Beliefs*, 1(1), 35-37.
-



- Shi, M. W., & Zhao, S. Y. (2014). Confucianism and stress management: Stress study from the Chinese perspective. *Journal of Nanjing Normal University (Social Science Edition)*, 3(2), 117-122.
- Walker, S. N., & Hill-Polerecky, D. M. (1996). *Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II*. Retrieved from https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85349/HPLP_II-Dimensions.pdf?sequence=2
- Xu, X. Y., Leung, A. Y. M., & Chau, P. H. (2018). Health literacy, self-efficacy, and associated factors among patients with diabetes. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 2(2), e67-e77.
- Zhang, J. X., & Schwarzer, R. (1995). Measuring optimistic self-beliefs: A Chinese adaptation of the general self-efficacy scale. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 38(3), 174-181.



Factors Predicting Innovative Work Behavior Among Nurses in Tertiary Hospitals
in Yunnan Province, the People's Republic of China*
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
มณฑลยูนนาน สาธารณรัฐประชาชนจีน*

หยางควิน	นู**	Yanqin	Niu**
สมใจ	ศิริกมล***	Somjai	Sirakamon***
จิตินันท์	อัคคะเดชอนันต์****	Thitinut	Akkadechanunt****

Abstract

In this era, innovation is a pivotal element in improving the efficacy and effectiveness of any organization, including in the fields of healthcare and nursing. Innovative work behavior (IWB) in nurses is a critical element needed for the production of nursing innovation. This descriptive predictive study aimed to examine the level of IWB and the prediction of transformational leadership (TL) and psychological empowerment (PE) on IWB among nurses in tertiary hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China. A stratified random sampling technique was used to select 379 nurses working at two tertiary hospitals in Kunming city. The research instruments included the Chinese Transformation Leadership Questionnaire (CTLQ), the Chinese Psychological Empowerment Questionnaire (CPEQ), and the Chinese version of the Innovative Work Behavior Questionnaire (IWBQ), translated by the researcher. The Cronbach's alpha coefficients of the instruments were .91, .80, and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and binary logistic regression analysis.

The study results revealed that nurses' IWB was at a moderate level ($\bar{X} = 30.60$, $SD = 6.89$). The dimension of idea generation was at a high level ($\bar{X} = 12.87$, $SD = 1.58$), while the rest were at a moderate level, including idea exploration ($\bar{X} = 6.97$, $SD = 1.67$), idea championing ($\bar{X} = 6.06$, $SD = 1.72$) and idea implementation ($\bar{X} = 7.99$, $SD = 2.49$). The factors predicting IWB among nurses were visionary for TL ($OR = .90$, $95\% CI = .82-.99$) and self-determination for PE ($OR = 1.35$, $95\% CI = 1.14-1.61$). Overall, all predictors could explain 10% (Nagelkerke R^2) of the variability in IWB.

Nursing administrators should create effective strategies to improve the visionary TL abilities and the self-determination dimension of PE of head nurses. They should also promote PE self-determination among nurses by empowering and supporting them to meet their goals and to promote IWB.

Keywords: Innovative work behavior, Nurse, Psychological empowerment, Transformational leadership

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

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

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: ssirakamon@gmail.com

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

Received 26 November 2021; Revised 4 December 2021; Accepted 8 May 2022



บทคัดย่อ

ในยุคนี้นวัตกรรมนับเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลขององค์กรซึ่งรวมถึงองค์กรทางด้านสุขภาพและการพยาบาล ในขณะที่พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมของพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการผลิตนวัตกรรมทางการแพทย์ วัตถุประสงค์ของการศึกษาพรรณนาเชิงทำนายนี้เพื่อศึกษา พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน และปัจจัยทำนาย ได้แก่ ภาวะผู้นำเชิงปฏิรูป และการเสริมสร้างพลังทางจิตวิทยา ต่อพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลตติยภูมิ มณฑลยูนนาน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบจัดชั้นภูมิ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลตติยภูมิเมืองคุนหมิง 2 แห่งจำนวน 379 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามภาวะผู้นำเชิงปฏิรูปของจีน (CTLQ) แบบสอบถามการเสริมสร้างพลังทางจิตวิทยาของจีน (CPEQ) และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน (IWBQ) แปลเป็นภาษาจีนโดยผู้วิจัย ซึ่งมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ .91, .80 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ binary logistic regression analysis

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 30.60, SD = 6.89). ด้านการก่อเกิดความคิดอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 12.87, SD = 1.58) ในขณะที่ด้านที่เหลือ อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การสำรวจความคิด ($\bar{X}$ = 6.97, SD = 1.67) การทำให้เกิดการยอมรับความคิด ($\bar{X}$ = 6.06, SD = 1.72) และการนำความคิดสู่การปฏิบัติ ($\bar{X}$ = 7.99, SD = 2.49) ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน 2 ปัจจัยได้แก่ ภาวะผู้นำเชิงปฏิรูปด้านการมีวิสัยทัศน์ (OR=.90, 95% CI=.82-.99) และการเสริมสร้างพลังทางจิตวิทยาด้านการตัดสินใจด้วยตนเอง (OR=1.35, 95% CI=1.14-1.61) โดยรวมปัจจัยทำนายทุกปัจจัยสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมได้ร้อยละ 10 (Nagelkerke R^2)

ผู้บริหารการพยาบาลควรพัฒนากลยุทธ์ที่มีประสิทธิภาพในการปรับปรุงสมรรถนะภาวะผู้นำเชิงปฏิรูปด้านการมีวิสัยทัศน์และการเสริมสร้างพลังทางจิตวิทยาด้านการตัดสินใจด้วยตนเองในหัวหน้าหอผู้ป่วย และควรพัฒนาการเสริมสร้างพลังทางจิตวิทยาด้านการตัดสินใจด้วยตนเองในพยาบาลโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจและสนับสนุนพยาบาลเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตนเองและเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างนวัตกรรมในการทำงาน พยาบาล การเสริมพลังทางจิตวิทยา ภาวะผู้นำเชิงปฏิรูป

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: ssirakamon@gmail.com

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



Background and Significance

Presently, there is an increasing emphasis on providing high-quality nursing care in many countries, as well as in China. Innovation is a critical element for improving organizational efficacy and effectiveness in highly competitive and technologically advanced environments, including healthcare systems (Afsar & Badir, 2014). Innovation refers to new products, processes, procedures or protocols in any organization (Thomas, Reynolds, & O'Brien, 2006). It is a key strategy for quality management schemes in a work role, unit, organization or company (De Jong & Hartog, 2008). However, organizational innovation depends on the innovative work behavior (IWB) of the employees, and this has been recognized as a critical vehicle for the growth and competitiveness of organizations (Afsar & Badir, 2014). De Jong and Hartog (2010) define IWB as a set of individual actions to achieve initiation and intentional introduction within a work role, group or organization of new and useful ideas, processes, products or procedures. It is a key element of nurses to offer high-quality nursing service for patients (Bao, Zhang, & Wang, 2012). However, In China, as only 8.8% of registered nurses hold a baccalaureate degree or above, most nurses do not understand the meaning of innovation. Thus, they may not have ideas to create nursing innovation as they do not know the stages of IWB (Kulaixi, 2010). Nurses working in Kunming hospitals or in Yunnan province were able to utilize new technologies in their work, but few created nursing innovations by themselves. Further, there are some roadblocks to IWB in nursing practice including the nursing workload, the requirements of high-quality nursing care, and low consciousness of innovation.

Based on the literature review, several researchers have studied IWB among nurses around the world using different measurements of IWB. The findings of those studies revealed nurses' perceptions of IWB to be at different levels ranging from low to high (Jose & Bunpin, 2013; Tung, 2014; Xerri & Brunetto, 2013; Asfar & Masood, 2017). Only seven studies related to IWB were conducted in China and those findings also showed an inconsistent level of IWB, ranging from low to high (Afsar & Badir, 2014; Bao et al., 2013; Dan et al., 2018; Hua, 2015; Masood & Asfar, 2016; Tung, 2014; Xerri & Brunetto, 2013).

Furthermore, the inconsistent level of IWB among nurses and employees in China may be due to different measurements of IWB. Three studies researching nurses' IWB used Scott and Bruce's IWB instrument (Afsar & Badir, 2014; Masood & Asfar, 2016; Asfar & Masood, 2018). Another three studies used other different instruments to study IWB among nurses and revealed inconsistent levels of overall IWB from low to moderate (Bao et al., 2012). Only one study used the IWB scale of De Jong and Hartog (2010) among employees in an innovative company and the result reflected a high level of IWB. In short, the inconsistent results were due to different characteristics among different areas, fields and IWB instruments. However, no study was conducted in any hospital in China using De Jong and Hartog's IWBQ (2010) which includes the items exploring implementation of innovative ideas in the IWB process. Those studies' findings could not predict or represent the current IWB among nurses working at hospitals in Kunming. Coupled with the IWB problems among nurses mentioned above, it is important to verify and



explore nurses' perceptions of IWB using IWBQ in Kunming hospitals, Yunnan province.

In addition, to help nurse leaders find strategies to improve nurse IWB, it is necessary to examine the factors influencing IWB. Transformation leadership (TL) and psychological empowerment (PE) have been found as factors influencing IWB as presented in several studies below. Nevertheless, those studies revealed inconsistent findings that need to be explored as well.

Transformational leadership has been defined as a set of behaviors that head nurses use to inspire subordinates to exceed an organization's expectations through four aspects including morale modeling, charisma, vision and individualized consideration (Li & Shi, 2008). Leaders can illustrate the critical meaning of the tasks they are responsible for and provide an overarching vision to nurses, which is believed to enhance both idea generation and application behavior (De Jong & Hartog, 2007). Through the literature review, it was found that the TL of head nurses was associated with IWB among nurses. Most studies found that TL was significantly correlated with IWB among nurses (Asfar & Masood, 2018; Hui et al., 2019; Masood & Asfar, 2016), while one study showed a negative relationship between TL and IWB among nurses (Pieterse, Knippenberg, Schippers, & Stam, 2010). Further, no studies have explored the relationship between TL and IWB using the TLQ (Li & Shi, 2008) and the IWB scale (De Jong & Hartog, 2010) among nurses in tertiary hospitals in Kunming. Thus, it is valuable to explore the relationship between TL and IWB among nurses.

In addition, PE by a head nurse can affect IWB among nurses. Psychological empowerment refers to the intrinsic motivation of a nurse manifested in four cognitions: meaning, competence, self-determination and impact (Spreitzer, 1995). Psychological empowerment can strengthen task motivation, individual flexibility, and self-determination, and creates an environment without direct supervision or intervention (Asfar & Masood, 2018). It contributes to employees' IWB through their feeling of worth and their perception of meaningful and challenging tasks. The influence of PE can, in turn, enhance IWB and work task accomplishment. Through the literature, the results from two studies, one in the Netherlands (Knol & van Linge, 2009) and one in Thailand (Asfar, Cheema, & Saeed, 2017), show a strong positive relationship between PE and TL. In China, two studies investigated PE and IWB and found that PE is significantly positively correlated with IWB (Chang & Liu, 2008; Zhu, Yang, & Sun, 2014). However, fewer studies have been conducted among nurses using the PEQ of Li, Shi, and Chen (2006) or the IWB instrument of De Jong and Hartog (2007) in China.

This study aimed to explore factors predicting IWB among nurses who provide nursing care to patients directly. Examining such factors offers essential information for managers to improve nursing staff IWB to achieve a common goal or exceed organizational expectations. The strategies of motivating members' innovative behaviors are important for pursuing continuous adaption in an ever-changing world.



Objectives

This study aimed to examine the IWB and the predictability of IWB that can be explained by TL and PE among nurses in tertiary hospitals in Kunming city, Yunnan Province, the People's Republic of China.

Research Questions

1. What is the level of IWB among nurses in tertiary hospitals in Kunming city, Yunnan Province, the People's Republic of China?
2. How much of the predictability of IWB can be explained by TL and PE among nurses in tertiary hospitals in Kunming city, Yunnan Province, the People's Republic of China?

Conceptual Framework

This study was examined based on the IWB concepts of De Jong and Hartog (2010) and TL of Bass and Avolio (1997) modified by Li and Shi (2008); the PE of innovative work behavior refers to a set of nurses' actions for achieving the initiation and implementation of new and useful ideas, processes, products or procedures within an organization. It contains four continuous stages of nursing innovation, including idea exploration, idea generation, idea championing, and idea implementation. Transformational leadership refers to a set of behaviors that leaders use to inspire their subordinates to exceed the organization's expectations, and it is comprised of four dimensions: moral modeling, charisma, vision and individualized consideration. Psychological empowerment refers to the intrinsic motivation manifested as a set of cognition that reflects an individual's orientation in his or her work role. This cognition includes four aspects representing meaning, competence, self-determination and impact. Employees who perceive that their leaders' transformational behaviors are at the psychologically empowering stage are more likely to create innovations to improve their work performance and further organizational goals. The predictability of TL and PE on IWB was examined in this study.

Methodology

A descriptive predictive design was used in this study.

Population and Sample

The target population was 1841 nurses working in the two tertiary hospitals in Kunming, the capital of Yunnan province, China. The two hospitals were selected because they were regarded as the highest level of hospital which focus on providing a high level of specialized medical services, undertaking clinical practice, teaching and research activities on a large scale. According to Tabachnick and Fidell (2000), the barest minimum is to include in the regression equation and a ratio of 40 to 1 for stepwise. In this study, eight parameters of two variables were used to predict the dependent variable. Therefore, the sample size for this study was 320. Considering a possible loss of 20% of the participants (Israel, 1992), a total number of 384 nurses were selected



Factors Predicting Innovative Work Behavior Among Nurses in Tertiary Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China

as participants. Then, the proportional stratified random sampling method was used to select participants from departments in each hospital. Finally, 91 nurses were selected from The Kunming Fourth People's Hospital, and 293 nurses were selected from The First People's Hospital of Yunnan province. The inclusion criteria for participants were: 1) nurses who had at least one year of working experience in his or her hospital; and 2) nurses who provided direct nursing care to patients. The exclusion criteria included: 1) nurses who were nurse managers; and 2) nurses who were on maternity leave, sick leave or in continuing education programs.

Research Instruments

Instruments used in this study included:

1. A demographic data form including age, gender, marital status, educational level, name of the tertiary hospital, working department, professional title, salary, work shift, self-learning time and years of work experience.
2. The 26-item CTLQ developed by Li and Shi (2008) based on the TL theory of Bass and Avolio (1997). This questionnaire uses a 5-point Likert-type scale ranging from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree, and is comprised of morale modeling (8 items), charisma (6 items), vision (6 items) and individualized consideration (6 items).
3. The 12-item CPEQ developed by Spreitzer (1995) and modified. This scale uses a 5-point Likert-type scale ranging from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree and includes the subscales of meaning, competence, self-determination and impact with three items for each subscale.
4. The 10-item IWBQ (De Jong & Hartog, 2010) which consists of four dimensions: idea exploration (2 items), idea generation (3 items), idea championing (2 items) and implementation of ideas (3 items). The items are scored on a 5-point Likert-type scale ranging from 1 = strongly disagree to 5 = strongly agree. The IWBQ was translated into Chinese by the researcher using translation and back-translation methods (Waltz, Strickland, & Lenz, 2005) without any modification. In this study, the range of overall score and scores for each dimension were classified into three equal intervals to interpret the level of IWB according to Best and Kahn (2003), and included a low, moderate, and high level.

The validity of the three instruments, including the TLQ, PEQ, and IWBQ, was already tested by the author and all of the results were acceptable. The reliability of TLQ, PEQ, and IWBQ was tested with 25 participants and the Cronbach's alpha coefficients were .91, .80 and .85, respectively.

Ethical Considerations

This research proposal was approved by the Research Ethical Committee (N0. 096/2020) of the Faculty of Nursing, Chiang Mai University on July 12th, 2020. Permission for data collection was obtained from the directors of the nursing departments in the two hospitals. To protect participants' rights, all were informed about the study objectives and research methods. They were notified that they had the right to refuse, stop, or withdraw at any time from this study.



Factors Predicting Innovative Work Behavior Among Nurses in Tertiary Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China

Before collecting data, a research consent form was provided for each participant. Confidentiality and anonymity of individual responses were guaranteed by a statement included in a cover letter. Code numbers were used instead of names. The information offered by the participants was only used in this study and remains confidential. Only general findings will be published.

Data Collection

After receiving the approval letter for data collection, the researcher submitted the research packages, including the research proposal, instruments, information sheet and consent forms, to the nursing directors of each hospital. To obtain permission for collecting data, the two nursing directors were informed about the study's objectives and benefits. Two research coordinators were assigned to distribute and collect the questionnaires from August to September 2020. Then, the questionnaires were collected using a designated box placed in each department. Eventually, all of the 384 distributed questionnaires were returned (100%) of which five were incomplete (1.30%) and, therefore, excluded. Finally, 379 completed questionnaires (98%) were used for data analysis.

Data Analysis

After the researcher scrutinized the data, they were analyzed using the SPSS program (version 13.0). The analysis included four main methods: 1) Analyze the demographic data using descriptive statistics; 2) Analyze TL, PE and IWB using means and standard deviation; 3) Test multicollinearity, the underlying assumption for logistic regression. The value of the variance inflation factor (VIF) ranged from 1.639 to 4.218, which indicated no multicollinearity among the predictors; and 4) Apply binary logistic regression analysis. The analysis for the predictability of TL and PE on IWB was displayed with an adjusted odds ratio with a corresponding 95% confidence interval at a significance level of .05. The statistic of logistic regression was applied in this study because the PE and TL data were not normally distributed which is the basic assumption of using multiple regression.

Results

Demographic data

More than half of the participants were between 31 and 50 years of age (54.6%) with an average age of 33.68 years old ($SD = 7.16$). Most were married (65.7%) and held a bachelor's degree in nursing (74.4%). The majority were female (97.4%) and worked at the First People's Hospital of Yunnan Province (76.8%). Most participants worked in the medical department (46.7%). While half held a senior nurse title (51.2%), most nurses held a temporary contract (63.6%) and worked a rotating shift (60.9%). Almost half of the participants (48.5%) had a high salary of more than 5000 RMB per month. The majority of nurses spent less than an hour on self-learning every day (60.4%). Most of them had worked as a nurse in the hospital for 1-10 years (58%) while the average work years were 11.36 ($SD = 8.25$).



Factors Predicting Innovative Work Behavior Among Nurses in Tertiary Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China

Innovative work behavior

The average score for overall IWB was at moderate level ($\bar{X} = 30.60$, $SD = 6.89$). Likewise, the scores for idea exploration ($\bar{X} = 6.97$, $SD = 1.67$), idea championing ($\bar{X} = 6.06$, $SD = 1.72$) and idea implementation ($\bar{X} = 7.99$, $SD = 2.49$) were also at moderate levels. Only the average score for idea generation ($\bar{X} = 12.87$, $SD = 1.58$) was at a high level (Table 1).

Table 1 Level of Innovative Work Behavior of Participants (n=379)

Variable	Mean	SD	Level
Overall IWB	30.60	6.89	Moderate
Dimension of IWB			
Idea exploration	6.97	1.67	Moderate
Idea generation	12.87	1.58	High
Idea championing	6.06	1.72	Moderate
Idea implementation	7.99	2.49	Moderate

Table 2 Descriptive Statistics and Level of Innovative Work Behavior of Participants by Item (n=379)

Innovative work behavior	Mean	SD
Idea exploration	30.60	6.89
1. How often do you pay attention to issues that are not part of your daily work?	3.46	1.02
2. How often do you wonder how things can be improved?	3.51	0.90
Idea generation	12.87	1.58
3. How often do you search out new working methods, techniques or instruments?	3.07	1.03
4. How often do you generate original solutions for problems?	3.30	0.86
5. How often do you find new approaches to execute tasks?	3.21	0.86
Idea championing	6.06	1.72
6. How often do you make important organizational members enthusiastic about innovative ideas?	3.00	0.92
7. How often do you attempt to convince people to support an innovative idea?	3.00	0.96
Idea implementation	7.99	2.49
8. How often do you systematically introduce innovative ideas into work practice?	2.80	0.96



Factors Predicting Innovative Work Behavior Among Nurses in Tertiary Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China

Table 2 Descriptive Statistics and Level of Innovative Work Behavior of Participants by Item(n=379) (continued)

Innovative work behavior	Mean	SD
9. How often do you contribute to the implementation of new ideas?	2.65	0.93
10. How often do you put effort into the development of new things?	2.55	0.96

Factors predicting innovative work behavior

Only the visionary dimension of TL and the self-determination dimension of PE could predict IWB. The odds ratio indicated that for every one unit of increased visionary TL among head nurses, the likelihood of IWB among nurses increased almost 1 time (OR=.90, 95% CI=.82-.99). For each unit of increased self-determination of PE, the IWB among nurses increased about 1.4 times (OR=1.35, 95% CI=1.14-1.61). The remaining TL and PE factors could not predict IWB among staff nurses. All predictors could explain 10% (Nagelkerke R^2 =.10) of variability in IWB (Table 3).

Table 3 Binary Logistic Regression Analysis of the Factors Predicting IWB (n=379)

Variables	B	SE	Wald	p-value	OR	95% CI
TL						
Visionary	-.11	.05	4.83	.03	.90	.82-.99
PE						
Self-determination	.30	.09	11.66	.00	1.35	1.14-1.61

Note. 1=Prominent; OR=Odds Ratio; CI=Confidence Interval;
 R^2 (Cox & Snell) = .07; R^2 (Nagelkerke) = .10; **p < .05.

Discussion

Innovative Work Behavior

The findings of this study revealed that idea generation of IWB was high among nurses. Several factors might explain the high level of idea generation, which refers to generating innovative ideas to solve problems or to improve performance (De Jong & Hartog, 2010). One reason that nurses in this study needed to generate new ideas might be to address changes in the city health care system. The government in Yunnan province has emphasized providing more high- quality and comprehensive nursing care for citizens through a combination of medical treatment and online techniques (General Office of Yunnan Provincial People's Government, 2017). As such, this change might trigger nurses with “idea exploration” or an opportunity to start thinking about how to address the changes. In this study, a large number of nurses (76.2%) were either Generation-Y or Millennials, as their ages were between 21 and 41 years old. Also known as the “Net Generation” (Gurau, 2012), the outstanding characteristics of these generations are



that they are technologically savvy (Lundin, 2019) and are keen on using computers, smartphones, the internet and other new technologies. This way of learning has the potential to help nurses enhance both formal and informal learning. Thus, nurses could gain more knowledge and information related to nursing and health care via these technologies (Iqbal & Bhatti, 2015). As a consequence, by utilizing this knowledge, participants can generate new ideas, knowledge, approaches or products in their workplace (Jose & Bunpin, 2013). In addition, millennials are more likely to be open-minded and flexible (Lundin, 2019). It seems that this attribute helps ease their acceptance of new technologies or changes and adapt to new conditions more easily than previous generations.

Except for the dimension of idea generation, the above reasons can also explain why the overall IWB and the dimensions of idea exploration, idea championing and idea implementation among nurses in this study were at moderate levels. Further, as three of the four dimensions of IWB were at moderate levels, this could affect the overall level of IWB, which was at a moderate level. Another reason for the moderate level of overall IWB might be because most nurses in this study had a relatively high level of education. The majority of them held a bachelor's degree (74.4%), which indicated that they had sufficient theoretical knowledge of nursing. Employees with a higher level of education will have higher work ability, or occupational competence, by generating more ideas and activities (Wang, Whitehead, & Bayes, 2016). Higher education is the baseline for individual creativity, and this can boost subjects' behavior of sharing knowledge and creativity in their work roles (Yang, 2017).

However, some obstacles impeded nurses' IWB including national culture, hospital supervision and individual factors (Bao et al., 2013; Yang, 2017). Initially, the characteristics of national culture emphasized that top managers should be responsible, take control, give orders and know what is right (Li, Zhao, & Begley, 2015). Accordingly, staff nurses typically cannot make a decision by themselves during their work. Thus, it might be only the manager's ideas utilized during the implementation phase of innovation as they are the ones who make decisions. In addition, most employees might have low enthusiasm about contributing to nursing innovation as this task is often regarded as extra work (Bao et al., 2013). In this study, the majority of participants (60.9%) worked a rotating shift, leading to an irregular work-life schedule. Thus, they did not recognize problems or issues outside their routine work.

Another individual factor that may also be an obstacle preventing nurses from IWB is self-learning time (Jose & Bunpin, 2013), as self-directed learning ability was positively correlated with innovative behavior ($r = .35, p < .001$) (Yang, 2015). An individual with high self-directed learning ability can manifest a high level of IWB in their work role (Li, 2018). In this study, the majority of nurses (60.4%) spent less than one hour per day on self-directed learning. Therefore, this obstacle could impede nurse development of IWB. In terms of seeking and gaining support for idea implementation, Chinese nurses argued that this step was difficult as it requires persuading other invested parties to provide support. It was hard for nurses to get financial, human and material



support from organizational leaders as the leaders were often concerned about cost-effectiveness when implementing new ideas (Kulaixi, 2010). As a result, this might affect the idea implementation process.

Factors predicting innovative work behavior

In terms of the predictability of TL on the IWB of nurses in a tertiary hospital, the People's Republic of China, the results of this study showed that only the visionary dimension of TL could predict IWB, while the overall TL and the remaining dimensions of TL could not predict IWB among staff nurses. The findings revealed that the IWB of nurses would increase by almost 1 time if managers' visionary TL increased by 1 unit ($OR = .90$, 95% $CI = .82-.99$), which represented a relatively low influence of visionary TL on IWB.

A possible explanation of the above result might be the impact of Chinese culture on TL. In traditional Chinese culture, managers always act as role models for natural moral modeling (Li & Shi, 2008). Meanwhile, leaders are recognized as a model for their employees in the workplace. Employees usually imitate a leader's behaviors and thoughts. To some extent, this hinders the generation of new ideas and independent thinking when nurses encounter problems (Li & Shi, 2008). Furthermore, based on the influence of a leader's charisma, employees often consult a leader and get suggestions from them regarding new ideas, procedures or products in their daily work (Hui et al., 2019). Therefore, charisma could not be a predictor of IWB based on the Chinese context. Additionally, the high individual consideration and moral modeling of nurse leaders reflected a higher willingness of nurses to follow their leaders which indicated low nurse autonomy in solving problems or improving their current work (Xiang & Xu, 2018). Another possible explanation could be that nurse autonomy was low in this study as compared to previous studies. This might be because of the power features of Chinese organizations and managers (Xiang & Xu, 2018). However, that managerial characteristic was regarded as a critical barrier to promoting nursing innovation (Xiang & Xu, 2018). Staff nurses did not have autonomy in introducing a new method or idea into their work. De Jong and Hartog (2007), as well, argued that employees' innovative behaviors depend greatly on their interaction with others and autonomy in their work.

Regarding the prediction of PE on IWB, the findings revealed that only the dimension of self-determination affected IWB. Overall PE and the rest of the dimensions, including meaning, competence and impact, could not predict IWB among staff nurses. This study's results showed that the IWB of nurses increased almost 1.4 times if nurses' self-determination increased by 1 unit ($OR = 1.35$, 95% $CI = 1.14-1.61$). Self-determination of PE reflects an individual's autonomy and involves a sense of selection to perform actions or to participate in the decision-making process in the work environment (Spreitzer, 1995). Self-determination indicates that employees have enough control over the work-related aspects of their job and feel that that allows them to be more innovative (Singh & Sarkar, 2012).



The remaining dimensions of PE, including meaning, competence, and impact, could not predict IWB in this study. A probable explanation for this is because of the conflicting feelings of nurses about the outcome of their work when they perform tasks that they consider meaningful (Chang & Liu, 2008). In this study, PE refers to an investment of spiritual energy related to the task, and it includes the value of the task, goal or purpose and judgment (Conger & Kanungo, 1988). Nurses will feel that work is important and care deeply about what they do when the mission, goals and purpose of the activities they engage in are consistent with their work (Chang & Liu, 2008). Innovation mainly focuses on introducing a new idea, procedure, technology or product into a practice (De Jong & Hartog, 2010). It requires nurses to pay more attention to their daily work. Thus, nurses might not perceive the same work outcomes over time, which is part of the process of innovation in IWB (Zhang, Jiang, & Tan, 2015).

The results of this study were not consistent with previous studies in which PE had the greatest effect on IWB (Asfar et al., 2017; Hui et al., 2019). This discrepancy may be due to the cultural differences affecting the perception of empowerment among participants (Chang & Liu, 2008). In Chinese culture, employees sometimes do not perceive power as authority or participation in organizational decision-making, but as oppression. If the manager strengthens the internal task motivation before delegation, employees will actively perceive PE during the management assignment and improve their work-related attitudes (Zhang et al., 2015). In any work environment, sensitivity to the potential impact of culture on empowerment should be considered. Additionally, another explanation might be due to the different measurements of PE or IWB between this study and previous studies (Asfar et al., 2017; Hui et al., 2019).

Conclusions and recommendations

This study revealed that the overall IWB of nurses in the tertiary hospitals of Yunnan Province and three of the four dimensions of IWB, including idea exploration, idea championing and idea implementation, were at a moderate level. Only the dimension of idea generation was at a high level. The overall level of TL and PE could not predict IWB and only the visionary dimension of TL and the self-determination dimension of PE presented relatively low predictability on IWB.

Conclusions and implications

The findings of this study revealed that IWB among nurses was at a moderate level. Hence, nursing administrators should create effective strategies to improve visionary TL abilities and the self-determination dimension of PE of head nurses through training or continuing education programs. On the other hand, they should also promote PE self-determination among nurses by empowering and supporting them to meet their goals and to promote IWB.

Recommendations

The findings of the current study could be used as baseline data for further research in



the area of IWB among nurses. Further studies should be conducted to verify this study in other types and levels of hospitals or other regions in China, and should compare nurses' perceptions of IWB, as the research among nurses of the two hospitals in this study cannot be representative of all hospitals in China.

References

- Afsar, B., & Badir, Y. (2014). Transformational leadership and innovative work behavior. *Industrial Management and Data Systems*, 114(8), 1270-1300.
- Asfar, B., Cheema, S., & Saeed, B. B. (2017). Do nurses display innovative work behavior when their values match with hospitals' values? *European Journal of Innovation Management*, 21(1), 157-171.
- Asfar, B., & Masood, M. (2018). Transformational leadership, creative self-efficacy, trust in supervisor, uncertainty avoidance, and innovative work behavior of nurses. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 54(1), 36-61.
- Bao, L., Zhang, Y., & Wang, L. (2012). Development and analysis of reliability and validity of nurses' innovative behavior scale. *Journal of Shanghai Jiaotong University Medical Science*, 32(8), 1079-1082.
- Bao, L., Zhang, Y., Zhang, Y., Wang, H., & Qian, Y. (2013). Status quo and influencing factors of innovative behavior of nurses. *Journal of Shanghai Jiaotong University Medical Science*, 33(5), 593-596.
- Bass, B. M., & Avolio, B. J. (1997). Personal selling and transactional/transformational leadership. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 17(3), 19-28.
- Best, J. W., & Kahn, J. V. (2003). *Research in education*. Berlin: Prentice-Hall.
- Chang, L. C., & Liu, C. H. (2008). Employee empowerment, innovative behavior and job productivity of public health nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(10), 1442-1448.
- Conger, J. A., & Kanungo, R. N. (1988). The empowerment process: Integrating theory and practice. *Academy of Management Review*, 13(3), 471-482.
- Dan, X., Xu, S., Liu, J., Hou, R., Liu, Y., & Ma, H. (2018). Relationships among structural empowerment, innovative behaviour, self-efficacy, and career success in nursing field in mainland China. *International Journal of Nursing Practice*, 24(5), 1-9.
- De Jong, J. P. J., & Hartog, D. N. (2007). How leaders influence employees' innovative behavior. *European Journal of Innovation Management*, 10(1), 41-64.
- De Jong, J. P. J., & Hartog, D. N. (2008). *Innovative work behavior: Measurement and validation*. Zoetermeer: Scientific analysis of entrepreneurship and SMEs: SCALES. Unpublished Manuscript.
- De Jong, J. P., & Hartog, D. N. (2010). Measuring innovative work behavior. *Creativity and Innovation Management*, 19(1), 23-36.



Factors Predicting Innovative Work Behavior Among Nurses in Tertiary Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China

- General Office of Yunnan Provincial People's Government. (2017). *Implementation opinions of the general office of the People's Government of Yunnan Province on promoting the construction and development of medical consortium*. Retrieved from http://www.yn.gov.cn/zwgk/zcwj/zxwj/201707/t20170728_144337.html
- Gurau, C. (2012). A life-stage analysis of consumer loyalty profile: Comparing Generation X and Millennial consumers. *Journal of Consumer Marketing*, 29(2), 103-113.
- Hua, Y. (2015). Study on the correlation of between self-directed learning ability and innovative behavior of clinical nurses. Department of Cardiology, the First People's Hospital of Jining City in Shandong Province. *Journal Article*, 22(17), 6-21
- Hui, L., Nazir, S., Qun, W., Asadullah, M. A., Zeb, K., & Shafi, A. (2019). Influence of transformational leadership on employees' innovative work behavior in sustainable organizations: Test of mediation and moderation processes. *Journal of Sustainability*, 11, 1594-1610. doi:10.3390/su11061594
- Iqbal, S., & Bhatti, Z., A. (2015). An investigation of university student readiness towards M-learning using technology acceptance model. *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 16(4), 83-103.
- Israel, G. D. (1992). *Determining sample size*. Institute of Food and Agriculture Sciences, University of Florida Cooperative Extension Service. Retrieved from <http://edis.ifas.ufl.edu/pd006ttml>
- Jose, J., & Bunpin, D., III (2013). *Registered nurse individual innovative behavior, research utilization, and the quality and safety of patient care*. Retrieved from <https://www.proquest.com/openview/96f1c5f8d475356a4a53fb4245aaffc7/1>
- Knol, J., & Van Linge, R. (2009). Innovative behaviour: The effect of structural and psychological empowerment on nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 359-370.
- Kulaixi, X. (2010). The method of improving nurse innovative competence. *Chinese and Foreign Medical Research*, 8(16), 145-147.
- Li, C., & Shi, K. (2008). The structure, measurement and mechanism of transformational leadership. *Frontiers of Business Research in China*, 2(4), 571-590. doi:10.1007/s11782-008-0032-5.
- Li, C., Zhao, H., & Begley, T. B. (2015). Transformational leadership dimensions and employee creativity in China: A cross-level analysis. *Journal of Business Research*, 68(6), 1149-1156.
- Li, J. (2018). Relationship between organizational climate and innovative behavior among nurse staff. *Journal of Nursing Science*, 33(11), 1860-1865.
- Lundin, L. L. (2019). *Millennial generation*. Salem Press Encyclopedia. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=sso&db=ers&AN=89550608&site=eds-live&custid=s5150876>
- Masood, M., & Asfar, B. (2016). Transformational leadership and innovative work behavior among nursing staff. *Nursing Inquiry*, 24(4), 17-27.



Factors Predicting Innovative Work Behavior Among Nurses in Tertiary Hospitals in Yunnan Province, the People's Republic of China

- Pieterse, A. N., Knippenberg, D. V., Schippers, M. L., & Stam, D. (2010). Transformational and transactional leadership and innovative behavior: The moderating role of psychological empowerment. *Journal of Organizational Behavior*, 31(4), 609-623. doi:0.1002/job.650
- Spreitzer, G. M. (1995). Social structural characteristics of psychological empowerment. *Academy of Management Journal*, 39(2), 483-504.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2000). *Using multivariate statistics* (7th ed.). New York: Pearson Education.
- Thomas, L. M., Reynolds, T., & O'Brien, L. (2006). Innovation and change: Shaping district nursing services to meet the needs of primary health care. *Journal of Nursing Management*, 14(6), 447- 454.
- Tung, L. V. (2014). *Factors related to innovation behavior among nurses in tertiary general hospitals, the Central Region, The Socialist Republic of Vietnam* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Waltz, C., Strickland, O., & Lenz, E. (2005). *Measurement in nursing and health research* (3rd ed.). New York: Springer Publishing.
- Wang, C. C., Whitehead, L., & Bayes, S. (2016). Nursing education in China: Meeting the global demand for quality healthcare. *International Journal of Nursing Sciences*, 3(1), 131-136.
- Xerri, M. J., & Brunetto, Y. O. (2013). Fostering innovative behaviour: The importance of employee commitment and organisational citizenship behavior. *The International Journal of Human Resource Management*, 24(16), 3163-3177.
- Xiang, Y. T., & Xu, L. J. (2018). Study status quo of the relationship between transformational leadership and nurse innovation behavior. *Nursing Research*, 32(14), 2179-2182.
- Yang, H. (2015). Study on the correlation between self-directed learning ability and innovative behavior of clinical nurses. *Department of Cardiology, the First People's Hospital of Jining City in Shandong Province, Jining*, 22(17), 6-17.
- 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.
- Zhu, Q., Y., Yang, Q., Y., & Sun, D., J. (2014). The effect of psychological empowerment on the innovation behavior of nurses. *Chinese Nursing Management*, 14(3), 243-245.
- Zhang, L., Jiang, Y., & Tan, L. (2015). The impact of head nurse's transformational leadership style on emotional labor and psychological empowerment of nurses. *Chinese Journal of Practical Nursing*, 31(13), 1006-1008.



Social Support, Self-efficacy, and Care Practices Among Parents of Children with Congenital Heart Disease, the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka
การสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตน และการปฏิบัติกรดูแลในผู้ปกครองของเด็กที่เป็นโรคหัวใจ
พิกการแต่กำเนิด สาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกา

มาดาวาลา	เอส.จี.เอ็ม.แอล**	Madawala	S.G.M.L **
พิมพากรณ์	กลั่นกลิ่น***	Pimpaporn	Klunklin ***
อุษณีย์	จินตะเวช****	Usanee	Jintrawet ****

Abstract

Appropriate care practices from parents towards children with congenital heart disease (CHD) are important, as this reduce complications and facilitates surgical success. This descriptive correlational study aimed to explore care practices among parents of children with CHD and to study the relationship between social support, parental self-efficacy, and care practice. The sample was 88 parents of children aged 1-5 with acyanotic CHD. Data were collected at cardiology and cardiothoracic clinics at tertiary-level hospitals in Sri Lanka during March-April 2019. Research instruments were the Care Practices Questionnaire; the Social Support Questionnaire; and the Parental Self-Efficacy Questionnaire. Content validity was approved with values of 0.96, 0.98, and 0.97, respectively. For the Care Practices Questionnaire, test-retest reliability was measured, and the correlation coefficient was $r = 0.74$ ($p < 0.01$). The reliability of Social Support Questionnaire and Parental Self-Efficacy Questionnaire, using Cronbach's alpha coefficient, showed equal values of 0.80. Data were analyzed with descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient.

Findings showed that:

1. Participants (94.40%) had high overall mean scores for care practices ($\bar{X} = 112.18$, $SD = 8.19$). High mean scores were found in nine of the ten dimensions, whereas dental care had a moderate mean score.
2. Social support has a moderate, statistically significant, positive correlation with care practices ($r = .47$, $p < 0.05$). Parental self-efficacy showed a high, positive, statistically significant correlation with care practices ($r = .56$, $p < 0.05$).

The findings serve as baseline data for nurses and related professionals in pediatric cardiology to better understand and enhance care practices, social support, and parental self-efficacy among parents of children with CHD.

Keywords: Care practices, Children, Congenital heart disease, Parental self-efficacy, Social support

* 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: monikamadawala@yahoo.com

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

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

Received 1 July 2019; Revised 30 July 2019; Accepted 20 August 2019



บทคัดย่อ

การปฏิบัติการดูแลของผู้ปกครองเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่เหมาะสมเป็นสิ่งสำคัญเพราะช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคในเด็ก และช่วยให้เด็กได้รับการผ่าตัดตามแผนการรักษา การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลของผู้ปกครองเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม สมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองในการปฏิบัติการดูแลของผู้ปกครองสำหรับเด็กที่เป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว อายุ 1 ถึง 5 ปี จำนวน 88 ราย เลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง รวบรวมข้อมูล ณ คลินิกโรคหัวใจ และคลินิกโรคหัวใจและทรวงอก โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ประเทศสาธารณรัฐสังคมนิยมประชาธิปไตยศรีลังกา ระหว่างเดือนมีนาคม ถึง เดือนเมษายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติการดูแลของผู้ปกครอง การสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครอง ซึ่งเครื่องมือวิจัยผ่านการทดสอบหาความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเชื่อมั่น ได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามเท่ากับ 0.96, 0.98, and 0.97 ตามลำดับ ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเรื่องการปฏิบัติการดูแลของผู้ปกครองด้วยวิธีการทดสอบซ้ำได้เท่ากับ 0.74 ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครอง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากันคือ 0.80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Pearson's correlation coefficient

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 94.40 มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมของการปฏิบัติการดูแลของผู้ปกครองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 112.18$, $SD = 8.19$) พิจารณารายด้านทั้ง 10 ด้านของการปฏิบัติการดูแลพบว่า 9 ด้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับสูง ยกเว้นด้านการดูแลสุขภาพฟันมีค่าคะแนนเฉลี่ยรวมอยู่ในระดับปานกลาง
2. การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการดูแลของผู้ปกครองระดับปานกลาง ($r = .47$, $p < 0.05$) และสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติการดูแลของผู้ปกครองระดับสูง ($r = .56$, $p < 0.05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลและบุคลากรสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับหน่วยโรคหัวใจเด็ก เพื่อความเข้าใจและส่งเสริมการปฏิบัติการดูแล การสนับสนุนทางสังคม และสมรรถนะแห่งตนของผู้ปกครองของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

คำสำคัญ: การปฏิบัติการดูแล เด็ก โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด สมรรถนะแห่งตนในผู้ปกครอง การสนับสนุนทางสังคม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (หลักสูตรนานาชาติ) คณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: monikamadawala@yahoo.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 1 กรกฎาคม 2562 วันที่แก้ไขบทความ 30 กรกฎาคม 2562 วันที่ตอบรับบทความ 20 สิงหาคม 2562



Background and Significance

Congenital heart disease (CHD) is a common major problem in the pediatric age group (Rohith & Shrivastava, 2018), and it causes morbidity and mortality during early childhood. The highest birth prevalence of CHD is 9.3 per 1000 live births reported in Asia (van der Linde et al., 2011), while the most common subtype is acyanotic CHD (Vijayalakshmi, 2015). The prevalence of CHD in early childhood is also high in Sri Lanka as well (Gamage, Sithamparapillai, Perera, Ranawaka, & Jayatissa, 2019), as is the prevalence of acyanotic CHD (Iruthayanathan, Jones, Adwani, & Gnanapragasam 2018). The nature of this defect and the incomplete developmental stage of children aged one to five years are the causes for frequent preoperative complications, such as recurrent respiratory tract infections, including the common cold; pneumonia; congestive heart failure; infective endocarditis; and failure to thrive (Rohit & Shrivastava, 2018; Suklertrakul, Picheansathian, Jintrawet, & Chotibang, 2018). Consequently, these complications lead to postponement of planned cardiac surgery, as well as increasing child mortality.

In Sri Lanka, 60%-70% of children with acyanotic CHD require medical treatment and care (Samarasingha, 2018). Children with CHD are generally treated by medication, cardiac catheterization and/or surgery. Corrective surgery is claimed as the permanent treatment for defects (Kyle & Carman, 2017), especially single malformation of acyanotic CHD. However, some children with acyanotic CHD may not have surgery as planned, due to complications.

The main goal of care for children with CHD is to promote the health status of children who are provided with care by parents, who must follow treatment regimens and prevent complications. However, every so often, the parents are unable to perform most of the care activities by themselves, as children aged one to five years totally depend on their parents, since their developmental stages have not been fully completed. A care practice refers to activities that either parent (mother or father) performs to promote the health of her or his one-to-five-year-old children with congenital heart disease. A review of literature has indicated that factors related to care practices are demographic factors, including parent ages; education (Abdel-Salam, Mahmoud, & Author, 2018); family income (Chaisom, Yenbut, Chontawan, Soivong, & Patumanond, 2010); social support (Chaisom et al., 2010; Ernawati, Sudargo, & Lusmilasari, 2016); and parental self-efficacy (Srikotr, Jintrawet, & Mesukko, 2018; Soiphet, Jintrawet, & Mesukko, 2019). The most important factors are social support and parental self-efficacy, as these two factors are “modifiable” or “changeable” factors and have the ability to modify parental care behaviors. It is significant that little is known about these two factors.

House (1981) conceptualized that social support has functional and structural aspects. Receiving good social support for parents of children with CHD involves having someone to listen to; giving feedback about the care; receiving knowledge and information; and assisting in the provision of equipment, as well as services which improve care practices (House, 1981; Suklertrakul et al., 2018). It directly strengthens the health and well-being of people, since it



Social Support, Self-efficacy, and Care Practices Among Parents of Children with Congenital Heart Disease, the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka

fulfills important needs for emotional concerns; instrumental aid; and informational and appraisal requirements (House, 1981).

Parental self-efficacy (PSE) of parents of children with CHD is defined as a perception of a mother or father regarding her or his capabilities to perform care practices for a child with CHD, which is defined based on Bandura's (1997) self-efficacy theory. A strong sense of efficacy enhances human accomplishments and personal well-being in many ways. People with strong confidence in their capabilities tend to see difficult tasks as challenges to be mastered, rather than as threats to be avoided. Such efficacious outlooks foster intrinsic interest and enormous engagement in activities. People set challenging goals by themselves, and they maintain strong commitments to reaching them (Bandura, 1997). Thus, parents with high levels of parental self-efficacy are more likely to successfully provide better care for their children with CHD, as they believe that they have knowledge and ability (confidence) to perform care activities. There are few studies that have been concerned with the care practices of parents of children with CHD aged one to five years, and the relationship of social support and parental self-efficacy to care practice, and these have been from other countries, not Sri Lanka.

Objectives

The objectives of this study were:

1. To describe care practices among parents of children with CHD.
2. To describe the relationship between social support and parental self-efficacy to care practices among parents of children with congenital heart disease.

Conceptual Framework

The conceptual framework of this study was based on House's concept of social support; on Bandura's self-efficacy theory; and on the review of the literature. Care practices refer to the care activities that the mother or father performs to promote the health of her or his one to five-year-old child with CHD. These include daily living care, improving growth, providing nutrition, promoting development, taking the child for timely immunization, prevention of illness, giving medication, dental care, taking the child to follow up medical appointments, and providing infective endocarditis prophylaxis. Two factors which are related to care practices are social support and self-efficacy. Social support includes emotional, appraisal, informational, and instrumental support. Receiving good social support includes having someone willing to listen to the parent; giving feedback on care; receiving knowledge; and provision of assistance in learning about the apparatus to enhance proper care practices. Parental self-efficacy in this study is based on Bandura's (1997) concept of self-efficacy as the parent's perception of their capability to perform the ten dimensions of care practices for their child with acyanotic CHD. Parents of children with CHD who have higher self-efficacy and social support are more likely to perform care practice at a high level and vice-versa. In this study, the relationship of social support, parental self-efficacy and care practice of children with CHD was explored.



Methodology

Population and Sample

This descriptive correlational study was carried out among parents of children aged one to five years with one of the following conditions: ventricular septal defect (VSD); atrial septal defect (ASD); atrioventricular septal defect (AVSD); or patent ductus arteriosus (PDA); patients had visited cardiology clinics or cardiothoracic clinics at tertiary level hospitals in Colombo and Kurunegala.

The sample size was determined based on power analysis, with a minimal significance (α) of 0.05; a level of power ($1 - \beta$) of 0.80; and a population medium effect size of 0.3, as most nursing studies use the range of 0.2 to 0.4 if there is no prior relevant research findings from which to calculate effect size (Polit & Beck, 2008). A total of 88 samples were selected using the purposive sampling method. The inclusion criteria were: 1) aged between 18-55 years; 2) had experience caring for a child with CHD for at least three months; 3) able to communicate in Sinhala language (speaking, listening, reading and writing); and 4) willing to participate in the study. The exclusion criteria were being the parent of a child having both acyanotic CHD and other comorbidities.

Research Instruments

The data was collected using several interviewer-administered questionnaires developed by the research team which consisted of instrument. The Demographic Data Form was used to collect information about the characteristics of the parent and of the child.

The Care Practices Questionnaire was developed based on the relevant literature, and covered 10 sub-dimensions of care practices for children with congenital heart disease. The care practice questions were asked about care practices in the past three months. There were 32 items with a 4-level, Likert scale ranging from 1 to 4 (1 = never perform to 4 = always perform). The care practice scores were divided into three levels: Low (32.00-64.00), Moderate (64.01-96.00), and High (96.01-128.00).

The Social Support Questionnaire was developed based on House's (1981) concept of social support and the related literature. It has 10 items with a 5-level Likert scale ranging from 0 to 4 (0 = strongly disagree to 4 = strongly agree). The scores were divided into 3 levels: Low (0-13.33), Moderate (13.34-26.66), and High (26.67-40.00).

The Parental Self-Efficacy Questionnaire was developed based on Bandura's (1997) self-efficacy theory and the related literature. It consists of 32 items under 10 dimensions using a 5-level Likert scale of 0 to 4 (0 = no confidence at all, to 4 = strongly confident) with scores having 3 levels: Low (0-42.67), Moderate (42.68-89.34), and High (89.35-128.00).

The content validity of these questionnaires was approved with the values of 0.96, 0.98 and 0.97, respectively. For the Care Practice Questionnaire, the test-retest reliability was measured, and the correlation coefficient was ($r = 0.74$, $p < 0.01$). The reliability of the Social



Social Support, Self-efficacy, and Care Practices Among Parents of Children with Congenital Heart Disease, the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka

Support Questionnaire and of the Parental Self-efficacy Questionnaire was calculated using Cronbach's alpha coefficient with equal values of 0.80.

Ethical Considerations

Approval for this study was obtained from the Research Ethics Committee of the Faculty of Nursing of Chiang Mai University and from the Research Ethics Committee of the Lady Ridgeway Hospital for Children in Sri Lanka. Administrative approval was obtained from the Ministry of Health of Sri Lanka. All of the participants were informed about the objectives of the study and the methods of data collection. They were informed that their participation was completely voluntary and that they had the right to withdraw from the study at any time, without losing any opportunity for the treatment regimen. Those parents who were willing to participate in the study were asked to sign the Informed Consent Form. All of the parents were treated in a friendly and equitable manner before, during, and after the study.

Data Collection

Data were collected by the researcher at two tertiary care level hospitals with the help of a trained research assistant using pretested interviewer-administered questionnaires.

Data Analysis

Descriptive statistics were used to describe the demographic characteristics of the samples. Also obtained were a score for care practices; a score for social support; and a score for parental self-efficacy. Data were tested for the assumption of normal distribution to determine which parametric test would be chosen. Data was normally distributed and Pearson's correlation was used to find the relationship between the variables of social support, parental self-efficacy, and care practices.

Results

An analysis of the demographic characteristics of the 88 parents revealed that the majority of the sample (95.45%) were mothers, whose ages ranged from 18 to 50 years old (mean = 31.88, SD = 6.21). Half of the participants' ages (48.86%) ranged between 29 and 39 years. Furthermore, 94.32% of the participants were married, and more than three-fourths of the participants were Buddhist. Concerning their education levels, 44.32% had education levels between grades 6 and 10, while 40.91% had education levels of between grades 11 and 12. Moreover, 61.36% of the participants were housewives. Approximately one-third of the participants had a monthly income ranging from USD \$141.66 to \$226.64. Half of the families were nuclear families, while 77.27% of the participants lived in a rural area.

Investigation showed that 39.77% of the participants had two children, while 45.45% of them mentioned that a sick child was the first child in their family. Among the children in the study population, 39.78% had ages ranging from 1 to 2 years. Children with ASD accounted for the biggest proportion (55.68%) of the sample. The majority of the participants (76.14%) had detected their child's heart disease during birth to the age of six months. A high proportion (87.50%) of the children with CHD had suffered from illness during the last three months.



Social Support, Self-efficacy, and Care Practices Among Parents of Children with Congenital Heart Disease, the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka

The descriptive data of the variables showed that the majority of participants (94.4%) had high scores ($\bar{X} = 112.18$, $SD = 8.19$) for care practice. In terms of the determination of domains of care practice, out of ten dimensions, nine of them had a high-level mean score for care practices.

Moreover, findings show that the total mean scores for social support ($\bar{X} = 29.31$, $SD = 7.68$) and parental self – efficacy ($\bar{X} = 104.49$, $SD = 14.64$) were at a high level. (Table 1)

Table 1 Descriptive data for care practice, social support and parental self-efficacy of samples (n = 88)

Variable	Range	Mean	SD	Level
Total score for care practice	82.58 – 128.00	112.18	8.19	High
Dimensions of care practice				
Daily living care	9.00 - 16.00	15.15	1.24	High
Improving growth	2.00 – 8.00	7.51	1.17	High
Providing nutrition	7.00 – 16.00	13.31	2.27	High
Promoting development	7.00 -16. 00	13.80	2.76	High
Timely immunization	3.00 – 4.00	3.97	0.18	High
Prevention of illnesses	12.00 – 24.00	20.17	3.29	High
Giving medication	11.00 – 20.00	19.17	2.64	High
Dental care	4.00 – 16.00	11.43	2.96	Moderate
Bringing child on follow-up medical appointments	1.00 – 4.00	3.95	0.34	High
Preventing IE	0.00 – 4.00	3.17	1.3	High
Total score for social support	9.00 – 40.00	29.31	7.68	High
Total score for parental self-efficacy	57.00 -128.00	104.49	14.64	High

The study findings show a moderate level positive correlation between social support and care practice ($r = .47$, $p < .05$) and a high level of positive correlation between parental self-efficacy and care practice ($r = .56$, $p < .05$). (Table 2)



Social Support, Self-efficacy, and Care Practices Among Parents of Children with Congenital Heart Disease, the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka

Table 2 Relationship between social support and parental self-efficacy with care practices among parents of children with CHD (n = 88)

	Social support	Parental self-efficacy	P Value
Care Practice	.47*	.56*	.01

*P < .05

Discussion

This study revealed high levels of care practice among parents of children with CHD in Sri Lanka. It is concurrent with the results of previous studies (Phromreungrit, Jintrawet, & Chotibang, 2015; Srikotr et al., 2018; Soiphet et al., 2019). There are many factors that could contribute to a high level of care practice in this study, including demographic factors of parents and child, social support, self-efficacy and the health care delivery system in Sri Lanka.

The findings were that 48.86% of the participants ranged in age from 29 to 39 years, and 95.86% of them were mothers. As they were in the active reproductive and child-bearing age range, they were physically strong enough to provide the best care to their sick child. Moreover, in this study, 61.36% of the participants were housewives, which means that they have had enough time to provide care activities. Parents who have flexible working hours can utilize their time freely for childcare (Barigozzi, Cremer & Roeder, 2018).

Concerning CHD among the participants, 76.14% of the children had been diagnosed with heart disease, either at birth or during the first six months. Thus, the parents had gained sufficient experience in child care to learn to incorporate it into their day-to-day activities. Most child-care tasks are mastered over a long period, and they can be performed effectively by overcoming obstacles and by acquiring the necessary skills (Bandura, 1997).

Furthermore, the majority of the parents, who had attained education levels beyond primary, could easily understand the information provided by their health-care professionals. A previous study also supported that there is a relationship between maternal education and maternal care behavior (Abdel – Salam et al., 2018).

A moderate level of dental care practice has been shown in this study ($\bar{X}$ = 17.43, SD = 2.96). One possible reason could be that the parents of children with CHD are more conscious about the symptoms of CHD than about those of dental care, because they may have little or no knowledge regarding the relationship between oral hygiene and heart disease. Moreover, in this study, 43.18% of the children were in the age range of one to two years, thus, their eruption of deciduous teeth had not yet been completed. This may be why the parents did not pay as much attention to dental care. This finding is concurrent with that of a study done in Iran in which it was found that 50% of the children with cardiac problems had never visited a dentist, while the healthy children had had regular dental visits (Ghajari et al., 2014).



Social Support, Self-efficacy, and Care Practices Among Parents of Children with Congenital Heart Disease, the Democratic Socialist Republic of Sri Lanka

The advanced health-care delivery system and social welfare services in Sri Lanka could be another important reason for the high-level care practices in some areas. The current study findings show that the domain of timely immunization among the participants was at a high level (Table 1). In Sri Lanka, maternal and child health care services are at a high level. For instance, the Expanded Program on Immunization (EPI) provides an opportunity for every child to receive free immunizations, according to the proper schedule.

In the present study, the findings were that social support was at a high level ($\bar{X} = 29.31$, $SD = 7.68$). The majority of participants (94.32%) were married and lived together with their spouse. The spouse and family are the principal sources for providing functional support, because they are actively and personally involved in the care during any difficult situation (Mathew, Zhai, & Gao 2017), such as the illness of children. The most important point regarding perceived social support is that parents trust that they have someone who accepted and loved them when they needed it.

This study showed that there was a statistically significant moderate relationship between social support and care practice ($r = .47$, $p < .05$). These findings are concurrent with House's (1981) concept of social support. Emotional support helps the parents to reduce their anxiety and stress and to improve their coping ability. It also prepares parents psychologically to provide effective care. In addition, appraisal support helps the parents to make sense of themselves as valuable persons; it makes a parent more enthusiastic about their care activities. Moreover, the informal and formal information that parents receive can help them to reduce their fears and doubts related to the care, and this could help them to provide effective care. Also, social support has a direct impact on the enhancement of care behavior, by facilitating direct connections with others (one's social network), and by enhancing one's self-esteem and self-control during difficult circumstances. Instrumental support, such as having someone to assist parents with money, equipment, or transportation, is also necessary for child care, which helps to deal with constraints related to children's care and daily life. Therefore, when conducting a health education program, nurses and health professionals need to involve other family members, in addition to parents. Moreover, the provision of relevant information to the parents and children regarding disease conditions and care practices need to be appropriately provided for.

The findings of the current study are concurrent with a study on the predictive factors of dependent care behavior among mothers of toddlers with CHD ($r = .33$, $p < .01$) (Chaisom, et al., 2010). These findings are also concurrent with those from studies conducted on other populations in areas such as preterm infant development (Thawitha, 2014) and parents feeding behavior for toddlers (Ernawati, et al., 2016). Therefore, it can be implied that the perception of high social support increases the care practices of parents of children with CHD.

In the present study, the level of self-efficacy was also at a high level ($\bar{X} = 104.49$, $SD = 14.64$), and there was a strong statistically significant positive relationship between Parental



Self-Efficacy (PSE) and Care Practice ($r = .558, p < .05$). This is concurrent with Bandura's self-efficacy theory (1997). High PSE means that the parents in this study feel that they are confident in their ability to provide effective care for their children with CHD, in order to achieve and maintain desired behavior patterns. This efficacy motivates parents to take it as a challenge and master it, and to try to provide effective care successfully. Similarly, when parents are able to do so, then parents will try to maintain their capabilities, thereby increasing their level of care activities. Moreover, Bandura (1997) conceptualized that these efficacy beliefs come from four sources: mastery experience, vicarious experience, verbal persuasion and physiological and affective states. The parents in the current study had the opportunity to master the required care activities, because 76.14% of the parents had had their child's heart disease diagnosed either at birth or before the age of six months. Enhanced mastery of experience creates a strong sense of efficacy in relation to care behavior (Bandura, 1997). The parents in the current study had been repeatedly educated about proper care practices and verbally persuaded to perform the practices by health-care professionals during every clinic visit with most of them visiting clinics at least once every three months. People who have been persuaded verbally that they are able to process the capabilities to master given tasks are likely to mobilize greater effort, and to sustain these efforts if they do not harbor self-doubts or dwell on personal deficiencies when difficulties arise (Bandura, 1997).

The findings of the present study are concurrent with those of two studies conducted in Thailand relating to the care of children with CHD: Chaisom, et al. (2010) ($r = .66, p < .01$) and Soiphet (2014) ($r = .658, p < .001$). Likewise, the findings of this current study are concurrent with those of studies conducted on different populations, such as one study on care behavior toward children aged three to five years (Murdock, 2013), and another on parental feeding behavior among toddlers (Ernawati et al., 2016). The findings of the current study and previous studies support the idea that increased parental self-efficacy helps parents to provide better care practices, and that parents with high levels of parental self-efficacy are more likely to provide better care practices. Thus, nurses and other health-care professionals need to plan strategic actions which will enhance the self-efficacy of parents, such as providing strong verbal encouragement.

Conclusions and Recommendations

The findings of this study were that the majority of the parents of children with CHD practice a high level of care behavior. It was found that there was a moderate relationship between Social Support and Care Practices and a strong relationship between Parental Self-Efficacy and Care Practices. The results of this study can serve as preliminary data for nurses and other health-care personnel in Sri Lanka to plan effective strategies and programs to assist parents of children with CHD in caring for them. It is especially hoped that, in the development of effective health education programs and specific guidelines, this will serve parents to prevent the



recurrence of complications and to promote the health of their children.

It is also recommended that future research be carried out which aims to predict the factors related to care practices among the parents of children with congenital heart disease.

References

- Abdel-Salam, A., Mahmoud, F., & Author, C. (2018). Effect of educational program on the self-efficacy and quality of life for mothers caring children with congenital heart disease. *IOSR Journal of Nursing and Health Science* 7 (4), 68–78.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: Exercise of control*. New York: Cambridge University.
- Barigozzi, F., Cremer, H., & Roeder, K. (2018). Women's career choices, social norms and childcare policies. *Journal of Public Economics*, 168, 162-173.
- Chaisom, P., Yenbut, J., Chontawan, R., Soivong, P., & Patumanond, J. (2010). Predicting factors of dependent care behaviors among mothers of toddlers with congenital heart disease. *Chiang Mai University Journal of Natural Sciences*, 9(2), 193-200.
- Ernawati, Y., Sudargo, T., & Lusmilasari, L. (2016). Self-efficacy related to parental feeding behaviour in toddler besides social support and dependent-care agency. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 3(5), 1247–1254.
- Gamage, M. P., Sithamparapillai, K., Perera, S. N., Ranawaka, R., & Jayatissa, R. (2019). Prevalence of malnutrition in children with congenital heart disease awaiting cardiac intervention at a tertiary care setting Sri Lanka. *Sri Lankan Journal of Cardiology*, 1(2), 39-43.
- Ghajari, M., Mojtahedzadeh, S., Kharazifard, M. J., Mahdavi, B., Mohtavipour, S., & Dentistry, P. (2014). Evaluation of knowledge, attitude and practice of parents of children with cardiac disease about oral health. *Journal of Islamic Dental Association of Iran*, 25(4), 256-260.
- House, J. S. (1981). *Work, stress, and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley Series.
- Iruthayanathan, R. R., Jones, A., Adwani, S., & Gnanapragasam, J. P. (2018). 34 The profile of congenital cardiac services in Northern Sri Lanka: A single centre study. *Heart*, 104 (A12). Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2017-BCCA.34>
- Kyle, T., & Carman, S. (2017). *Essentials of pediatric nursing* (3rd ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott.
- Mathew, S., Zhai, F., & Gao, Q. (2017). Social support and parental nurturance among Asian Indian families in the US: Mediating role of parenting self-efficacy. *Journal of Family and Economic Issues*, 38(3), 354-369.
- Murdock, K. W. (2013). An examination of parental self-efficacy among mothers and fathers. *Psychology of Men & Masculinity*, 14(3), 314-323.



- Phromreungrit, K., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2015). Caregiving and related factors among caregivers of children with congenital heart disease. *Nursing Journal*, 42 (supplement), 35-45. (in Thai).
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Rohit, M., & Shrivastava, S. (2018). Acyanotic and Cyanotic Congenital Heart Diseases. *The Indian Journal of Pediatrics*, 85(6), 454-460.
- Samarasingha, D. (2018). A project by the community to save the children of Sri Lanka. *Sri Lankan Journal of Cardiology*, 1(1), 112-116.
- Soiphet, S., Jintrawet, U., & Mesukko, J. (2019). Parental care behaviors and related factors of preventing respiratory tract infections in children with congenital heart disease. *Nursing Journal* 46(1), 99 -108. (in Thai).
- Srikotr, A., Jintrawet, U., & Mesukko, J. (2018). Factors predicting care behavior of caregivers to preventing respiratory tract infections in children with congenital heart disease. *Nursing Journal* 45(4) 15-25. (in Thai).
- Suklertrakul, T., Picheansathian, W., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2018). Support program for Thai mothers of toddlers with congenital heart disease: A randomized control trial. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 22(2), 106-120.
- Thawitha, L. (2014). *Preterm infant's development promoting behaviors among primary care givers and related factors* (Unpublished master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Van der Linde, D., Konings, E. E. M., Slager, M. A., Witsenburg, M., Helbing, W. A., Takkenberg, J. J. M., & Roos-Hesselink, J. W. (2011). Birth prevalence of congenital heart disease worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(21), 2241-2247.
- Vijayalakshmi, I. B. (2015). Evaluation of left to right shunts by the pediatrician: How to follow, when to refer for intervention? *The Indian Journal of Pediatrics*, 82(11), 1027-1032.



COVID-19 Vaccine Acceptance from the Perspective of People Living in Northern Thailand: A Mixed Methods Research

การยอมรับวัคซีนโควิด 19 จากมุมมองของประชาชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน: การวิจัยแบบผสมผสาน

ยุพเรศ	พญาพรหม*	Yupares	Payaprom*
หัตถยา	ตันติพงศ์**	Hutsaya	Tantipong**
พรพรรณ	มนัสจกุล***	Pornpun	Manasatchakun***
ศรินญาภรณ์	จันทร์ดีแก้วสกุล***	Sarinyaporn	Chandeekeawchakool***
ทรงยศ	คำชัย****	Songyos	Khamchai****

Abstract

This research aimed to determine the acceptance rate of the COVID-19 vaccine and its associated factors. A mixed method research study was conducted with the quantitative study comprised of 2,200 adults aged 18 or older. Participants were recruited from households in 25 districts in Chiang Mai province, with a multi-stage cluster sampling method. Data were collected using a questionnaire based on the Health Belief Model (HBM). Binary logistic regression analysis was performed to identify factors associated with COVID-19 vaccine acceptance rates. For the qualitative portion of the study, a purposive sampling approach was utilized to recruit 40 adults aged 18 or older. Focus group discussions were conducted, and qualitative content analysis was applied to analyze data.

The research results indicated that the COVID-19 vaccine acceptance rate was 41.1%. The factors associated with the acceptance of COVID-19 vaccines were sociodemographic characteristics including education level, employment status, influenza vaccination history, having good knowledge about COVID-19, perceived risk of contracting COVID-19, perceived benefits of the vaccine, and receiving cues to action, such as being encouraged by community members or recommendations from healthcare professionals. The focus groups also revealed that participants' decisions in relation to the acceptance of COVID-19 vaccines were based on several factors including salience of risk, efficacy and safety of the COVID-19 vaccine, Information needs and sources of information, and influence of others.

These findings emphasize the importance of considering and understanding the factors that affect people's vaccination decisions in order to develop effective public health initiatives to increase COVID-19 vaccination uptake.

Keywords: Vaccine acceptance, Mixed methods approach, COVID-19 vaccine, HBM

* Corresponding Author, Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai;

e-mail: yupares66@gmail.com

** Internist, Department of Medicine, Chonburi Regional Hospital

*** Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai

**** Chief, Division of Communicable Disease Control, Chiang Mai Provincial Public Health Office

Received 25 May 2022; Revised 14 June 2022; Accepted 17 June 2022



บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการยอมรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 และศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับวัคซีนของประชาชน โดยในขั้นตอนการวิจัยเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยประชาชนอายุ 18 ปีขึ้นไป จำนวน 2,200 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจาก 25 อำเภอในจังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้วิธีการสุ่มแบบกลุ่มหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดและองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ วิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับวัคซีนโควิด 19 โดยใช้ Binary logistic regression analysis การรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่าอัตราการยอมรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของประชาชนคิดเป็นร้อยละ 41.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับวัคซีนของประชาชน ได้แก่ ลักษณะทางประชากรและสังคมของบุคคล ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพการจ้างงาน ประวัติการได้รับวัคซีนไขหวัดใหญ่ ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การรับรู้ประโยชน์ของการฉีดวัคซีน การกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ เช่น การสนับสนุนจากคนในชุมชน และการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ผลจากการสนทนากลุ่มพบว่าการตัดสินใจยอมรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 ของกลุ่มตัวอย่างขึ้นกับหลายปัจจัยได้แก่ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของวัคซีน การได้รับข้อมูลและแหล่งของข้อมูล และอิทธิพลจากบุคคลอื่น

ผลการวิจัย เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการพิจารณาและเข้าใจปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนของประชาชน เพื่อที่จะพัฒนาโครงการด้านสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ ที่จะช่วยเพิ่มการรับบริการในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19

คำสำคัญ: การยอมรับวัคซีน การวิจัยแบบผสมผสาน วัคซีนโควิด 19 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

* ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่; e-mail: yupares66@gmail.com

** อายุรแพทย์ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี

*** อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบเชียงใหม่

**** หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 25 พฤษภาคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 14 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 17 มิถุนายน 2565



Background and Significance

The current global pandemic of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) is caused by a novel coronavirus, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SAR-CoV-2). The first known outbreak of COVID-19 was reported in November 2019 in Wuhan, Hubei, China. Since then, the SARS-CoV-2 virus has spread quickly and affected individuals worldwide. As of 5 March 2022, the World Health Organization (WHO) has confirmed more than 440 million cases and almost 6 million deaths because of the disease in 224 nations and territories (WHO, 2022a). In Thailand, since January 2020, there have been 3,004,814 COVID-19 cases, with 23,176 deaths (WHO, 2022b). According to the WHO, there have been five SARS-CoV-2 variants of concern that have emerged, and spread around the globe: Alpha, Beta, Gamma, Delta, and Omicron. The COVID-19 pandemic is now accelerating due to the spread of the new variant of SARS-CoV-2, Omicron (B.1.1.529). The Omicron variant is less virulent and more transmissible than the Delta variant. However, it can result in hospitalization and death, especially in older people, those who are unvaccinated, and those with underlying chronic diseases (WHO, 2022c). COVID-19 vaccines are primarily used to protect against severe illness from COVID-19, hospitalization, and death (WHO, 2022d). They also reduce the risk of SARS-CoV-2 infection (Wilder-Smith, 2022). More recently, a case-control study conducted in India showed that the effectiveness of the COVID-19 vaccine in preventing SARS-CoV-2 infection was estimated to be 83 percent for full vaccination (Singh et al., 2021).

Without a doubt, vaccines remain a vital tool in the fight against pandemics and are crucial for halting the COVID-19 pandemic. The WHO has set a goal for 70% of the global population to be immunized against COVID-19 by the middle of 2022 (WHO, 2022e). However, vaccination acceptability is complex and context-specific. It often varies by time, geography, vaccine type, public perception, and culture (Al-Mohaithef & Padhi, 2020; Solis Arce et al., 2021). A global survey conducted in 19 countries revealed that China had a high rate of vaccine acceptance at 90%, while Russia had a lower rate of 55% (Lazarus et al., 2021). Similarly, Tran et al. (2021) found that COVID-19 vaccination acceptability was significantly low among Russian adults (41.7%). The acceptance of COVID-19 vaccines is influenced by many factors which include prior infection with SARS-CoV-2, perceived health status, socio-demographic characteristics, perception of COVID-19 as a serious disease, trust in the healthcare system, and vaccine-related concerns such as the vaccine's safety and efficacy, as well as the benefits of vaccination (Tran et al., 2021; Wong et al., 2021). Additionally, a recent study from Malaysia examined COVID-19 vaccine acceptance and its predictors using the Health Belief Model (HBM) as a theoretical framework, and found that the perceived benefits of COVID-19 vaccination including the belief that immunization reduces the likelihood of developing COVID-19 (OR = 2.51, 95% CI 1.19–5.26), and that immunization against COVID-19 helps to reduce worry about the coronavirus infection (OR = 2.19, 95% CI 1.03–4.65) were strongly correlated with intention to get a vaccine against COVID-19 (Wong, Alias, Wong, Lee, & Abubakar, 2020). These factors provide a good explanation of vaccine acceptance



and hesitancy. Moreover, they are amenable to intervention. However, in Thailand, very few studies to date have examined this issue in detail, and this includes Chiang Mai province. Thus, it is crucial to identify factors related to the acceptance of COVID-19 vaccines among Thai adults. The study findings can be used to inform the development of an intervention program designed to increase COVID-19 vaccine acceptance and uptake in Chiang Mai province, Thailand, as well as other provinces with similar contexts.

Objectives

This study aimed to determine the acceptance rate for the COVID-19 vaccine and to identify the factors related to COVID-19 vaccine acceptability among Thai adults.

Conceptual Framework

The Health Belief Model (HBM) served as the conceptual framework for examining the factors related to COVID-19 vaccine acceptance in this study (Becker, 1974). This model can be used to explain why people would or would not accept the COVID-19 vaccine. According to the HBM, an individual's vaccine decision-making is determined by his or her perception of the risk and severity of COVID-19 infection, as well as the perception of the benefits and obstacles to vaccination. The decision to accept COVID-19 vaccination can also be triggered by cues to action such as receiving sufficient information about COVID-19 vaccines and recommendations from healthcare providers. Additionally, demographic factors are thought to influence the acceptance of COVID-19 vaccines. These variables were explored in this study.

Methodology

This mixed methods research used both quantitative (cross-sectional study) and qualitative (focus group) methods. These methods provided complementary insights into people's perceptions underlying COVID-19 vaccine acceptance and the factors that impact it.

Population and Sample

This study was carried out among Thai adults aged 18 years or older who were healthy, and those with chronic diseases such as chronic respiratory diseases, cancers, cardiovascular diseases, chronic kidney diseases, obesity, and diabetes. Participants were chosen from households in 25 districts in Chiang Mai province. The sample size was determined by the following formula: $N_{\text{adjust}} = Z^2_{\alpha/2} p(1-p)/e^2 \times \text{deff}$, with a 3% margin of error (e), 95% confidence interval, a 50% vaccine acceptability (hypothesized vaccine acceptance rate = 50%) and design effect (deff) = 2 (Alimohamadi & Sepandi, 2019; Wayne, 1995). Accordingly, a minimum sample size of at least 2,135 participants were required for the present study. A total of 2,200 samples were selected. A multi-stage cluster sampling method was utilized for the quantitative section, and a purposive sampling approach was used to recruit 40 samples for the qualitative section.



Research Instruments

The research team developed a questionnaire based on the HBM which consisted of items assessing COVID-19 risk perceptions (6 items), severity of COVID-19 infection (5 items), perceived benefits of vaccination (4 items), barriers to receiving the vaccine (5 items), and cues to action (4 items). Responses for HBM-based items were “strongly agree”, “agree”, “disagree”, or “strongly disagree”. The questionnaire was examined by three experts and had a Content Validity Index (CVI) of 0.88. Cronbach’s alpha coefficients were satisfactory for all the HBM constructs (risk perception = 0.82, severity = 0.75, perceived benefits = 0.81, perceived barriers = 0.76, and cues to action = 0.84).

Participant demographics and COVID-19 disease-related questions were added. Six questions were used to assess general COVID-19 knowledge about contagiousness, modes of transmission, infection sources, common signs and symptoms of COVID-19, and the duration of the quarantine period. The response options were “yes”, “no”, or “don’t know”. The correct answer was scored as 1, while an incorrect answer or “don’t know” was scored as 0. Participants that had a score of 80% or more were considered to have “good” knowledge, while those with a score of less than 80% were regarded to have “poor” knowledge. In addition, participants were asked about their current health status, pre-existing chronic conditions, and prior influenza vaccination history based on the responses “yes” or “no”. The question “Would you take a COVID-19 vaccine if it was available?” was utilized to assess COVID-19 vaccine acceptability, and the possible responses were “yes”, “no (refuse)”, and “undecided”. The percentage of respondents who answered “yes” was used to define vaccine acceptability.

The discussion guide contains open-ended questions to elicit participants’ views on COVID-19 vaccination and the factors influencing their acceptance of COVID-19 vaccines. Key questions include “What have you heard about COVID-19 vaccines (benefits and drawbacks)?”, “What concerns do you have about receiving the COVID-19 vaccines?” and “Which will help you decide whether you will get a COVID-19 shot?”, and “Will you get the COVID-19 shot if it is available?”. A focus group discussion guide was pilot tested prior to the study.

Ethical Considerations

Both the quantitative and qualitative studies were approved by the institutional research ethics committee, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai (Ethics reference: BCNC-T05/2564). The study was conducted between March and April, 2021 in Chiang Mai province. Village health volunteers from each district approached potential participants and asked them whether they would be willing to take part in the study. Before collecting data, those who agreed to participate in the study were given information regarding the objectives of the research and their written informed consent was acquired. The questionnaires did not contain the names of the respondents or their identities. The confidentiality of the completed questionnaires was maintained.



Data Collection

After signing the informed consent, participants were asked to complete the questionnaire. A total of 2,200 questionnaires were completed and used for data analysis.

A focus group discussion (FGD) was carried out. Each focus group discussion consisted of 10 participants. Two focus groups were carried out with a total of twenty healthy individuals. The other two focus groups had a total of twenty people with chronic medical conditions. The moderators asked the participants open-ended questions from a discussion guide created by the research team to enable participants to express their perspectives on COVID-19 immunization and the factors that may influence their acceptance or rejection of the COVID-19 vaccine. Each focus group lasted between 45 and 60 minutes and was tape-recorded with the participants' permission. The focus group discussions were transcribed and qualitatively analyzed.

Data Analysis

Descriptive statistics including frequency, mean, and standard deviation were used to summarize the quantitative data. Binary logistic regression analysis was then performed to identify factors related to COVID-19 vaccine acceptability. Vaccine acceptance was used as the dependent variable. The variables with p -values of less than 0.2 in the univariate analyses were entered into the multivariate analysis. The odds ratios (OR), 95% confidence intervals (95% CI), and p -values were computed for each independent variable.

A qualitative content analysis as proposed by Graneheim and Lundman (2004) was applied for data analysis. The transcripts were read thoroughly several times to obtain a general insight. Then, the transcripts were condensed and abstracted into codes. The codes were compared for similarities and differences, and these codes were further grouped into sub-categories and categories constituting the manifest content. To increase reliability, two researchers (Y. P. and P. M.) coded each transcript in Thai. The discrepancies in coding were discussed by the research team and resolved through discussion. In addition, two participants were requested to review and provide feedback on a transcript.

Results

1. Quantitative study

1.1 Demographic characteristics

The majority of participants were aged 40 and older (75.5%), females (61.5%), and married (61.2 %). More than half had completed primary school education (55.4%). Many participants were self-employed (36.4%) and wage workers (33.1%). The majority of participants perceived their current health status to be either very good or good (69.1%), approximately 30% of respondents reported that they had previously received an influenza vaccine. In addition, the majority of participants had good general knowledge about COVID-19 (85.3%), and the most often cited source of information regarding COVID-19 was television (84.0%), followed by the internet (53.6%), and healthcare professionals (40.7%).



1.2 Acceptance of the COVID-19 vaccine and related factors

Nine hundred and five out of 2200 respondents (41.14%) indicated their plan to get vaccinated if a COVID-19 vaccine became available. Univariable analysis found that most of the HBM variables were shown to significantly predict vaccine acceptance, with the exception of perceived barriers to vaccination. In the multivariate analysis, after adjusting for confounding factors, secondary-level education, self-employment, individuals working in private services, those who were immunized against influenza last year, and those with good knowledge of COVID-19 were significantly associated with vaccination acceptance. Among the HBM constructs, perceived risk of getting infected with coronavirus, perceived vaccine benefits, and receiving cues to action were the predictors of COVID-19 vaccine acceptance among our participants (Table 1), but the perceived severity of COVID-19 and perceived barriers to vaccination were not.

Table 1 Factors associated with COVID-19 vaccine acceptability

Variable				Univariate analysis		Multivariate analysis	
	Overall N= 2,200 (%)	Yes (%)	No/ undecided (%)	Unadjusted OR (95%CI)	p-value	Adjusted OR (95%CI)	P-value
Level of education							
Primary	1,219 (55.4)	424 (34.8)	795 (65.2)	Ref			
Secondary	535 (24.3)	272 (50.8)	263 (49.2)	1.9 (1.6-2.4)	<.001	1.7 (1.3-2.2)	<.001
Tertiary	446 (20.3)	209 (46.9)	237 (53.1)	1.6 (1.3-2.1)	<.001	1.3 (0.9-1.7)	.120
Occupation							
Unemployed	390 (17.7)	111 (28.5)	279 (71.5)	Ref			
Self-employed	801 (36.4)	353 (44.1)	448 (55.9)	2 (1.5-2.6)	<.001	1.7 (1.3-2.4)	.001
Wage worker	729 (33.1)	303 (41.6)	426 (58.4)	1.8 (1.4-2.3)	<.001	1.19 (0.9-1.6)	.269
Private services	122 (5.5)	65 (53.3)	57 (46.7)	2.9 (1.9-4.3)	<.001	2.0 (1.2-3.4)	.006
Government services	122 (5.5)	61 (50.0)	61 (50.0)	2.5 (1.6-3.8)	<.001	1.6 (0.9-2.7)	.072
Student	36 (1.6)	12 (33.3)	24 (66.7)	1.3 (0.6-2.6)	.54	0.8 (0.3-1.8)	.558
Received influenza vaccine in the previous year							
No	1,538 (69.9)	587 (38.2)	951 (61.8)	Ref			
Yes	662 (30.1)	318 (48.0)	344 (52.0)	1.5 (1.2-1.8)	<.001	1.3 (1.1-1.7)	.009
General knowledge about COVID-19							
Poor knowledge	324 (14.7)	99 (30.6)	225 (69.4)	Ref			
Good knowledge	1,876 (85.3)	806 (43.0)	1070	1.7 (1.3-2.2)	<.001	1.5 (1.1-2.0)	.012



Table 1 Factors associated with COVID-19 vaccine acceptability (continued)

Variable	Overall N (%)	Yes (%)	No/ undecided (%)	Univariate analysis		Multivariate analysis	
				Unadjusted OR (95%CI)	p- value	Adjusted OR (95%CI)	P- value
Perceived susceptibility							
If other people in my community contact COVID-19, I am likely to catch it.							
Disagree/strongly disagree	883 (40.1)	282 (31.9)	601 (68.1)	Ref			
Strongly agree/agree	1317 (59.9)	623 (47.3)	694 (52.7)	1.91(1.6-2.9)	<.001	1.3 (1.1-1.7)	.015
Perceived benefits							
Getting a vaccine makes me less afraid of catching COVID-19							
Disagree/strongly disagree	1,537 (69.9)	523 (34.0)	1014 (66.0)	Ref			
Strongly agree/agree	663 (30.1)	382 (57.6)	281 (42.4)	2.64 (2.1-3.2)	<.001	1.3 (1.1-1.7)	.043
Cues to action							
I will get vaccinated against COVID-19 if health care professionals say I should.							
Disagree/strongly disagree	1,215 (55.2)	325 (26.7)	890 (73.3)	Ref			
Strongly agree/agree	985 (44.8)	580 (58.9)	405 (41.1)	3.92 (3.2-4.7)	<.001	1.6 (1.2-2.1)	.001
I will get a COVID-19 vaccine if I have enough information.							
Disagree/strongly disagree	1,043 (47.4)	250 (24.0)	793 (76.0)	Ref			
Strongly agree/agree	1157 (52.6)	655 (56.6)	502 (43.4)	4.14 (3.4-4.9)	<.001	1.5 (1.1-2.0)	.007
I will receive a vaccine if many community members do.							
Disagree/strongly disagree	1,174 (53.4)	289 (24.6)	885 (75.4)	Ref			
Strongly agree/agree	1026 (46.6)	616 (60.0)	410 (40.0)	4.60 (3.8-5.5)	<.001	2.1 (1.4-3.0)	<.001

1.3 Key findings from the qualitative study

In this study, data obtained from focus groups were supplemented and triangulated to gain a better understanding of the factors that influence vaccine acceptability among Thai adults living in the community. Four sub-categories emerged from the analysis of FGDs.



Information needs and sources of information

Several participants stated that they would consider vaccination if they had additional information about the efficacy and adverse effects of COVID-19 immunization. One participant mentioned that *“I wouldn't dare take the risk either. It's a new vaccine that hasn't been used before. I need more information before I decide to inject”* (ID 2, Female, 52 years).

The majority of participants had heard about the COVID-19 vaccine via public media and the internet. Several participants also mentioned that the information posted on social media had sparked concerns and fears regarding the safety of COVID-19 vaccines. For example:

“There is some bad news [about COVID-19 vaccine] that people were very afraid of. Some people died a few days after they were injected.” (ID 37, Female, 64 years)

Additionally, some participants also pointed out that information about the COVID-19 vaccine should be targeted and tailored to those with chronic medical conditions.

“There isn't enough information right now to say whether the vaccine is good for people with a chronic illness or not. I am afraid that the vaccine might have some effects on the disease I already have.” (ID 20, Male, 48 years)

Salience of risk

Several participants indicated that their acceptance of the COVID-19 vaccines were based on their perceived likelihood of contracting COVID-19. For instance:

“I will get a vaccine to protect myself from COVID-19. I work with many people. So, I am at a high risk of getting it” (ID 4, Female, 36 years) and *“I think everyone should be injected because there is a risk of getting COVID-19 when you go to the hospital, eat with other people, or touch public surfaces”* (ID 1, Male, 40 years)

Vaccine efficacy and safety

Most participants were concerned about the safety and effectiveness of COVID-19 vaccines. They lacked confidence in the efficacy of the COVID-19 immunization.

“I'm not sure if vaccination is good or bad for our health; some people died after receiving the vaccine.” (ID 16, Female, 58 years)

Many participants preferred to observe if other people had any adverse reactions after receiving the COVID-19 vaccine before they chose to be immunized against COVID-19, and stated that the vaccines cannot be trusted now. Typical comments were:

“I'll have to wait and see. If someone else gets a COVID-19 vaccine, and after a few months, they're fine, I'll just do the same.” (ID 24, Female, 60 years)

“We have to wait for other people to get more injections first because it's a new vaccine. We lack confidence in safety.” (ID 35, Female, 64 years)

For participants who had chronic medical conditions, they believed that getting vaccinated may have negative effects on their pre-existing diseases. There were claims that the vaccination was lethal, had significant side effects, and may even cause death. A typical comment was:



“I have chronic kidney disease and have been allergic to drugs. I feel scared; what if I get vaccinated, and die?” (ID 36, Female, 65years) and *“I have heart disease. I am worried that vaccinations will exacerbate the underlying disease.”* (ID 31, Female, 62 years)

Influence of others

Many participants indicated that they were unable to independently decide whether or not to get a COVID-19 vaccination. The most frequent reasons as to why they had to seek help from their children or other community members were as follows:

“I must ask my daughter whether I should get vaccinated or not. Because if something happens, she is the one who takes care of me.” (ID 31, Female, 62 years); *“In our community we follow each other. When most people get the COVID-shot, I am forced to do so”* (ID 16, Female, 58 years); and *“I think they [friends] could help me decide if I should get the vaccine because we have the same health problems [chronic diseases]”* (ID 34, Male, 62 years).

Furthermore, some participants, especially those with chronic diseases, reported that their decision to obtain the COVID-19 vaccine was highly influenced by their healthcare providers, regardless of their personal preferences. *For example, “In fact, we were very afraid. But if it's recommended by the doctor or other health care workers. We must cooperate”* (ID 35, Female, 65 years).

Discussion

1. The findings of this study revealed a COVID-19 vaccine acceptance rate of 41.1%. Similarly, another survey conducted in Thailand with 959 respondents revealed a 41.8 percent acceptance rate for COVID-19 vaccination (Kitro et al., 2021). This is a relatively low acceptance rate in comparison to other studies. Several studies conducted in Asian countries demonstrated that vaccine acceptance rates ranged between 61.2% and 93.3% (Harapan et al., 2020; Mahmud, Mohsin, Khan, Mian, & Zaman, 2021). Furthermore, a global survey revealed that the acceptance rate of COVID-vaccines ranges from 55% to 90% (Lazarus et al., 2021). The low rate of vaccine acceptability among Thai adults poses a serious challenge to policymakers in terms of achieving widespread vaccination coverage.

2. Factors associated with COVID-19 vaccine acceptance

This research demonstrated that sociodemographic characteristics, including education level, self-employment, and working in private services had an effect on COVID-19 vaccine acceptance among Thai adults. These sociodemographic characteristics were also identified as the major determinants of COVID-19 vaccine acceptability in the United States of America and Russia (Kelly et al., 2021; Tran et al., 2021). The results of this study showed that the likelihood of vaccine acceptance was higher among participants with secondary education. The association between level of education and COVID-19 vaccine acceptability varied across countries (Solis Arce et al., 2021). Additionally, the results of this study revealed that self-



employed participants and those engaged in the private sector were more likely to accept a COVID-19 vaccine than unemployed participants. This is probably because the majority of employed people work primarily outside the home, and some of them may work in crowded conditions and perceive a greater risk of getting COVID-19 infection. Furthermore, a significant association between a history of influenza vaccination and COVID-19 vaccine acceptability was observed in this study, which is consistent with previous studies (Sherman et al., 2021; Shmueli, 2021). This could be explained by the fact that many individuals may hold generally positive beliefs and attitudes toward immunization, which may affect their willingness to accept COVID-19 vaccination. Consistent with previous research (Kourlaba et al., 2021; Mahmud et al., 2021), respondents with a high level of COVID-19 knowledge had 1.5 times (95%CI = 1.1-2.0, $p < .05$) higher odds for accepting the COVID-19 vaccination compared to those with a low level of knowledge. A possible explanation for this finding may be that individuals with greater knowledge may have a good understanding about risk perception, contagiousness, and fatality, thereby positively affecting their acceptance of COVID-19 vaccines.

The findings of this study also provide further support for the Health Belief Model, demonstrating an important role for the perceived risk, perceived benefit, and cues to action in predicting COVID-19 vaccine acceptance rates (Al-Metwali, Al-Jumaili, Al-Alag, Sorofman, 2021; Shmueli, 2021; Tran et al., 2021; Wong et al., 2020). The results from the qualitative study also indicated that salience of risk had an impact on COVID-19 immunization decisions. Contrary to our expectations, the perceived severity of COVID-19 was not found to predict vaccine acceptability. This may be because our participants considered COVID-19 infection to be a mild disease, and they thought that the coronavirus only affected older people and individuals with chronic medical conditions. Additionally, at the time of data collection, fewer than a hundred new COVID-19 cases were recorded daily in Thailand, with a low case fatality rate (0.5 percent) (Ritchie & Beltekian, 2021). Unlike previous studies (e.g., Tran et al., 2021; Al-Metwali et al., 2021), this research failed to demonstrate the significant association between perceived barriers (vaccine's efficacy, safety and concerns about side-effects following vaccination) and acceptance of the COVID-19 vaccine. However, the findings of our qualitative study revealed that concern about vaccine effectiveness, safety, and potential side effects were prevalent and influenced participants' delay in accepting or refusing the COVID-19 vaccination. These findings may reflect a dearth of information regarding COVID-19 vaccines at the time the data were collected.

Furthermore, the quantitative study results have shown that cues to action of the HBM were significant in determining the acceptability of a COVID-19 vaccine, especially being encouraged by community members and recommendations from healthcare providers. These findings align with the collected qualitative data findings which indicated that one of the main factors influencing participants' decision to accept the vaccine was "influence of others", and similar results have been found in other studies (e.g., Wong et al., 2021; Shmueli, 2021). To the best of our knowledge, this is the first study to combine quantitative and qualitative methodo-



logies to assess the acceptability of COVID-19 vaccines among the Thai population. The strength of this research was the use of a mixed methods approach to examine factors related to COVID-19 vaccine acceptability in a large community sample in Thailand. Nonetheless, some limitations have to be considered. The main limitation is its wider generalizability as this study was conducted in one province. Another limitation is the use of a self-reported questionnaire, which may introduce bias into the data. Despite its limitations, this research sheds light on the vaccine's acceptance and factors influencing COVID-19 vaccine acceptance in Thailand.

Implications and recommendations

The research findings have significant policy implications for the development and implementation of effective programs to increase public acceptance of a COVID-19 vaccination in Thailand. The findings suggest that interventions should place a greater emphasis on increasing the HBM factors, including perceived susceptibility to COVID-19 infection, the perceived benefits of immunization, and cues to action (such as being encouraged by the community members, recommendations from healthcare professionals and receiving adequate information about COVID-19 vaccines). Accordingly, it is critical to provide accurate information regarding COVID-19 vaccination to the general public through a variety of channels, including traditional media (television, radio, and newspaper) and social media to dispel misinformation. Furthermore, information about COVID-19 vaccines should be tailored to an individual's health conditions and medications, particularly among those with pre-existing comorbidities in order to reassure them that COVID-19 vaccinations are safe and effective for individuals with pre-existing illnesses.

References

- Alimohamadi Y, Sepandi M. (2019). Considering the design effect in cluster sampling. *Journal of Cardiovascular and Thoracic Research*, 11(1), 78.
- Al-Mohaithef, M, Padhi, B. K. (2020). Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in Saudi Arabia: A web-based national survey. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1657-1663.
- Al-Metwali, B. Z., Al-Jumaili, A. A., Al-Alag, Z. A., Sorofman, B. (2021). Exploring the acceptance of COVID-19 vaccine among healthcare workers and general population using health belief model. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27, 1112–1122.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and preventive health behavior*. New Jersey: Charles B. Slack.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. (2004). *Nurse Education Today*, 24,105–112.



- Kelly, B. J., Southwell, B. G., McCormack, L. A., Bann, C. M., MacDonald, P. D. M., Frasier, A. M., ... Squiers, L. B. (2021). Predictors of willingness to get a COVID-19 vaccine in the U.S. *BMC Infectious Disease*, 21, 338.
- Kitro, A., Sirikul, W., Piankusol, C., Rirermsoonthorn, P., Seesen, M., Wangsan, K., ... Sapbamrer, R. (2021). Acceptance, attitude, and factors affecting the intention to accept COVID-19 vaccine among Thai people and expatriates living in Thailand. *Vaccine*, 39, 7554–7561.
- Kourlaba, G., Kourkouni, E., Maistreli, S., Tsopela, C.G., Molocha, N. M., Triantafyllou, C., ... Zaoutis, T. E. (2021). Willingness of Greek general population to get a COVID-19 vaccine. *Global Health Research and Policy*, 6, 3.
- Lazarus, J. V., Ratzan, S. C., Palayew, A., Gostin, L.O., Larson, H. J. Rabin, K., ... El-Mohandes, A. A. (2021). Global survey of potential acceptance of a COVID-19 vaccine. *Nature Medicine*, 27, 225–228.
- Mahmud, S., Mohsin, M., Khan, I. A., Mian, A. U., Zaman, M. A. (2021). Knowledge, beliefs, attitudes and perceived risk about COVID-19 vaccine and determinants of COVID-19 vaccine acceptance in Bangladesh. *PLoS One*, 16(9): e0257096.
- Ritchie, H., Beltekian, D. (2021). *Mortality risk of COVID-19*. Retrieved from <https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid>.
- Sherman, S. M., Smith, L. E., Sim, J., Amlôt, R., Cutts, M., Dasch, H., ... Sevdalis, N. (2021). Acceptability COVID-19 vaccination intention in the UK: Results from the COVID-19 vaccination study (CoVAccS), a nationally representative cross-sectional survey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 17(6), 1612-1621.
- Shmueli, L. (2021). Predicting intention to receive COVID-19 vaccine among the general population using the health belief model and the theory of planned behavior model, *BMC Public Health*, 21, 804.
- Singh, C., Naik, B. N., Pandey, S., Biswas, B., Pati, B. K., Verma, M., ... Singh, P. K. (2021). Effectiveness of COVID-19 vaccine in preventing infection and disease severity: A case-control study from an Eastern State of India. *Epidemiology and Infection*, 149, e224,1-9.
- Solis Arce, J. S., Warren, S. S., Meriggi, N. F., Scacco, A., McMurry, N., Voors, M., ... Omer, S. B. (2021). COVID-19 vaccine acceptance and hesitancy in low- and middle-income countries. *Nature Medicine*, 27, 1385–1394.
- Tran, V. D., Pak, T. V., Gribkova, E. I., Galkina, G. A., Loskutova, E. E., Dorofeeva, V. V., ... Pham, S. B. (2021). Determinants of COVID-19 vaccine acceptance in a high infection-rate country: A cross-sectional study in Russia. *Pharmacy Practice*, 19(1), 2276.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A foundation of analysis in the health science* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Wilder-Smith, A. (2021). What is the vaccine effect on reducing transmission in the context of the SARS-CoV-2 delta variant?. *Lancet Infectious Disease*, 22(2), 152-153.



- Wong, L. P, Alias H, Wong P. F., Lee, H. Y, AbuBakar, S. (2020). The use of the health belief model to assess predictors of intent to receive the COVID-19 vaccine and willingness to pay. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16, 2204– 2214.
- Wong, M. C. S., Wong, E. L.Y., Huang, J., Cheung, A. W. L., Law, K., Chong, M. K. C., ...Chan, P. K. S. (2021). Acceptance of the COVID-19 vaccine based on the health belief model: A population-based survey in Hong Kong. *Vaccine*, 39, 1148–1156.
- World Health Organization. (2022a). *WHO coronavirus (COVID-19) dashboard*. Retrieved from <https://covid19.who.int/> (accessed on 5 2022).
- World Health Organization. (2022b). *Thailand-WHO coronavirus (COVID-19) dashboard*. Retrieved from <https://covid19.who.int/region/searo/country/th>
- World Health Organization. (2022c). *Tracking SARS-CoV-2 variants*. Retrieved from <https://www.who.int/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>
- World Health Organization (2022d). *COVID-19 advice for the public: Getting vaccinated*. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice>
- World Health Organization. (2022e). *Strategy to achieve global Covid-19 vaccination by mid-2022*. Retrieved from <https://cdn.who.int/media/docs/default-ource/immunization/covid-19/strategy-to-achieve-global-covid-19-vaccination-by-mid-2022.pdf>.



Effects of a Self-Regulation Program on Dietary Management and Blood Sugar Levels Among Persons with Uncontrolled Type 2 Diabetes in a Community

ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

ฐิตารัตน์	โกเสส**	Thitarat	Koses**
วิลาวณีย์	เดือนราษฎร์***	Wilawan	Tuanrat***
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***

Abstract

Proper consumption in persons with type 2 diabetes is essential for controlling blood sugar levels. This quasi-experimental research which included two groups, pretest-posttest, investigated the effects of a self-regulation program for dietary management and blood sugar levels among persons with uncontrolled type 2 diabetes in a community. The sample group consisted of persons with uncontrolled type 2 diabetes under the responsibility of the district health promotion hospital in Saraphi District, Chiang Mai, who were allocated, by simple random sampling, to a group which received the program or a group which received regular care. Then the sample were purposively selected based on the inclusion criteria, with 44 persons divided into a group which received the program (22 persons) and a group which received regular care (22 persons). The instruments utilized in the study included the self-regulation program, designed by the researcher and based on the self-regulation concept, which included 3 main processes: 1) self-observation of dietary management; 2) judgment process on dietary management; and 3) self-reaction on dietary management by having the activity done twice. Furthermore, a dietary management guide, media and equipment, a successful model of self-care, and a blood sugar level meter were included. The data-collecting instruments consisted of a demographic data questionnaire, a dietary management practice questionnaire, and a blood sugar level record. The data were analyzed using a paired-sample t-test and an independent-sample t-test.

The results revealed that the group which received the program had significantly higher average scores for dietary management than before participating in the program ($p = 0.001$), and more than the group that received regular care ($p = 0.039$). There was also a significant reduction in blood sugar level compared with the measurement before their participation in the program ($p = 0.020$). Blood sugar level also decreased more than that of the group which received regular care ($p = 0.013$).

The findings revealed that self-regulation programs for dietary management in persons with type 2 diabetes can be used to promote modification of dietary management and could lead to control of blood sugar level in uncontrolled type 2 diabetes in a community.

Keywords: Blood sugar level, Dietary management, Uncontrolled type 2 diabetes, A self-regulation program

* 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: aroonrut07@gmail.com

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

Received 9 February 2022; Revised 11 April 2022; Accepted 19 May 2022



บทคัดย่อ

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการบริโภคที่เหมาะสม การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารและระดับน้ำตาลในเลือด ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ที่อยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ทำการสุ่มอย่างง่ายเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้กลุ่มตัวอย่าง 44 ราย แบ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง 22 ราย และเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ 22 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการกำกับตนเอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดการกำกับตนเอง ประกอบด้วย 3 กระบวนการหลัก ได้แก่ 1) การสังเกตตนเองในการจัดการอาหาร 2) การตัดสินใจในการจัดการอาหาร และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองในการจัดการอาหาร โดยแบ่งกิจกรรมออกเป็น 2 ครั้ง นอกจากนี้ยังมีคู่มือการจัดการอาหาร สื่อและวัสดุอุปกรณ์ ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง และเครื่องตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด ส่วนเครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาหาร และแบบบันทึกการวัดระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired-sample t-test และ Independent-sample t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.039$) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$) และลดลงมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการกำกับตนเองในการจัดการอาหารสำหรับผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถส่งเสริมการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการจัดการอาหาร และสามารถนำไปสู่การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน

คำสำคัญ: ระดับน้ำตาลในเลือด การจัดการอาหาร ผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ โปรแกรมการกำกับตนเอง

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: aroonrut07@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานถือเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลกและมีความรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ด้านสมรรถนะเบาหวานนานาชาติ รายงานว่าพบผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลกมากถึง 463 ล้านคนทั่วโลกซึ่งอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึง 578 และ 700 ล้านคน ภายในปี ค.ศ. 2030 และ 2045 ตามลำดับ (International Diabetes Federation, 2019) สำหรับสถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย พบผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่มากถึง 4.8 ล้านคน และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคน ภายในปี 2583 (Diabetes Association of Thailand, 2019) สอดคล้องกับรายงานการคัดกรองเบาหวานในประชากรไทยที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2561 พบว่าผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็น 599.2 ต่อแสนประชากร สถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่มีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปหรือวัยทำงาน ถือเป็นกลุ่มที่เป็นกำลังสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ อีกทั้งยังมีบทบาทสำคัญในการเป็นที่พึ่งของคนในครอบครัว (Aekplakorn, 2016)

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2563 ได้กำหนดให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ได้มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 40 ในทางปฏิบัติกลับพบว่าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมายที่กำหนด มีเพียงร้อยละ 29.37 เท่านั้น ในภาพรวมของเขตสุขภาพพบว่าเขตสุขภาพที่ 1 พบผู้เป็นโรคเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี มีเพียงร้อยละ 22.46 เท่านั้น สำหรับสถานการณ์ในจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2563 พบผู้ที่เป็นโรคเบาหวานทั้งหมดจำนวน 102,622 คน ซึ่งในจำนวนนี้ พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีเพียงร้อยละ 19.79 (Ministry of Public Health, 2020) ถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด และหากพิจารณาในระดับอำเภอ พบว่า อำเภอสารภี มีจำนวนผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงถึง 11,879 คน และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 17.96 เท่านั้น (Sarapee District Public Health, 2019)

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นชนิดที่พบเป็นส่วนใหญ่ในประเทศไทย โดยพบได้ถึงร้อยละ 95 ของโรคเบาหวานทั้งหมด (Diabetes Association of Thailand, 2017) ซึ่งหากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นเวลานาน จะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ตามมา โดยภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุด คือ ภาวะแทรกซ้อนทางไต รองลงมา คือ ภาวะแทรกซ้อนทางตา หัวใจและหลอดเลือด และหลอดเลือดสมอง ตามลำดับ (Institute of Medical Research and Technology Assessment, 2014) และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานจะสามารถส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาที่มากกว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคเบาหวาน เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน 2 อย่าง จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 6.6 เท่า ขณะที่ผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อน 3 อย่างขึ้นไป จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรในการรักษาเพิ่มขึ้น 18.5 เท่า (Chatterjee et al., 2011) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่อยู่ในวัยทำงานที่เป็นโรคเบาหวานยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ถึงร้อยละ 80 ดังนั้นประชากรในกลุ่มนี้จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน (Wattanakul & Nhamkam, 2014)

การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติหรือใกล้เคียง เป็นจุดมุ่งหมายที่สำคัญในการรักษาโรคเบาหวาน เพื่อควบคุมการดำเนินของโรคและชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ เพศ อายุ และระยะเวลาในการเป็นโรค มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (Kanglee, 2014) และเมื่อพิจารณาถึงแนวทางในการควบคุมโรคเบาหวานประกอบด้วยหลากหลายวิธี ได้แก่ การใช้ยา การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการกับความเครียด (Cressey, 2015) การไม่ดื่มสุรา และสูบบุหรี่



(Diabetes Association of Thailand, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่มีประสิทธิภาพอย่างหนึ่งคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม (Khanthacha & Muktabhant, 2021) ซึ่งเป็นสิ่งที่ควรทำเป็นอันดับแรกในการดูแลมากกว่าการเริ่มรักษาด้วยยา (Duangsanjun, Sangsuwan, & Poncumhak, 2021)

การดำเนินงานที่ผ่านมาได้มีการพัฒนารูปแบบหรือวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้มาอย่างต่อเนื่อง แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ตามเป้าหมาย จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบถึงแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานไทย พบว่า การใช้กระบวนการกลุ่ม การใช้แรงจูงใจ ความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้การกำกับตนเอง ซึ่งทั้ง 3 แนวทางสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ (Srisaket, Chaisa, Wanchai, Meeboonmak, & Phokhwang-Just, 2017) แต่แนวทางเหล่านี้ยังพบปัญหาว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะช่วงที่อยู่ในการศึกษา ภายหลังสิ้นสุดงานวิจัยจึงขาดความต่อเนื่องของการปฏิบัติ ทำให้ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างสม่ำเสมอ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดที่จะประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง การกำกับตนเองเป็นการควบคุมความคิดและการกระทำของตนเองโดยอาศัยตนเอง ซึ่งจะช่วยให้อุทิศตนรู้เท่าทันความคิดของตนเองว่าเกิดอะไรขึ้น ตนเองคิดอย่างไรและจะอย่างไรจึงจะประสบความสำเร็จในสิ่งที่คาดหวังหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งจะส่งผลต่อการแสดงออกในการปฏิบัติพฤติกรรมของแต่ละบุคคล การกำกับตนเองนั้นจะช่วยเป็นแรงเสริมกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าได้มีการนำแนวคิดการกำกับตนเองมาใช้ร่วมกับการติดตามพฤติกรรมอย่างแพร่หลายเพื่อควบคุมโรค และยังช่วยเสริมสร้างความมั่นใจส่งผลให้เกิดความต่อเนื่อง ดังเช่นการศึกษาของ สุพินญา คงเจริญ, ชดช้อย วัฒนะ, และธีรณัฐ ห่านิรติชัย (Kongjaren, Wattana, & Harnirattisa, 2013) ที่ใช้การกำกับตนเองเพื่อควบคุมความดันโลหิตร่วมกับการติดตามทางโทรศัพท์และการเยี่ยมบ้าน โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการควบคุมความดันโลหิต และระดับความดันโลหิตดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดาสนี สุทธิฤทธิ์, ดวงกมล ปิ่นเฉลียว, และทิพย์ฉมพร เกษโกมล (Suthirit, Pinchaleaw, & Keskomon, 2018) ที่ใช้การกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ในการควบคุมภาวะน้ำหนักเกินของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลง

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการกำกับตนเอง (self-regulation) ของแบนดูรา (Bandura, 1991) ที่มีแนวคิดว่าคุณคนสามารถควบคุมพฤติกรรมตนเอง โดยใช้การกำกับตนเองเพื่อควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำด้วยผลลัพธ์ที่ตนเองสร้างขึ้นมา ช่วยให้รู้เท่าทันความคิดตนเอง โดยนำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการจัดการอาหารตามเป้าหมายที่ต้องการได้อย่างเหมาะสมและมีความต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการหลักสำคัญ 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกตตนเองในการจัดการอาหาร ร่วมกับการตั้งเป้าหมายและการติดตามตนเอง 2) การตัดสินใจในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการจัดการอาหาร โดยการเปรียบเทียบผลจากการสังเกตตนเองกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองในการจัดการอาหาร เป็นการเสริมแรงตนเองและจากผู้วิจัย นอกจากนี้เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการติดตามการปฏิบัติโดยใช้โทรศัพท์ กลุ่มไลน์ และการเยี่ยมบ้าน เพื่อช่วยในการส่งเสริมและกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งเป็นการเสริมแรงให้เกิดความเชื่อมั่นในการดูแลสุขภาพของตนเอง ในระยะยาวสามารถส่งผลต่อการลดหรือชะลอการดำเนินของโรค ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างยั่งยืน



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
3. เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
4. เพื่อเปรียบเทียบค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การจัดการอาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 สำหรับการศึกษาครั้งนี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับการกำกับตนเอง (self-regulation) ของแบนดูรา (Bandura, 1991) มาประยุกต์ใช้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้มีความสามารถในการจัดการอาหารที่เหมาะสม และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยผ่านกระบวนการหลัก 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกตตนเอง (self-observation) โดยการสังเกตพฤติกรรมจัดการอาหารของตนเอง จากนั้นกำหนดเป้าหมายเพื่อใช้เปรียบเทียบการปฏิบัติการจัดการอาหารของตนเอง ร่วมกับการโน้มน้าวให้เกิดแรงจูงใจจากผู้วิจัย และการเตือนตนเองโดยใช้แบบบันทึกส่วนบุคคล 2) การตัดสินใจ (judgment process) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตตนเองไปเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดควรเปลี่ยนแปลง ร่วมกับการส่งเสริมการรับรู้ผ่านตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเอง พร้อมกับการได้รับการเสริมแรงทางบวกจากผู้วิจัย และ 3) การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (self-reaction) โดยส่งเสริมให้เห็นถึงประโยชน์ของพฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติ พร้อมทั้งใช้การเสริมแรงด้วยคำพูดเชิงบวก และส่งเสริมให้กำลังใจจากผู้วิจัย ทั้งนี้ได้มีการติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องในขั้นตอนต่าง ๆ เพื่อสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างทำให้การปฏิบัติการจัดการอาหารมีความเหมาะสมและเกิดความต่อเนื่อง ซึ่งจะไปสู่การลดหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม ประกอบไปด้วยกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ จากนั้นทำการวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (pretest-posttest experimental design) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาหารของผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 44 คน เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองในการจัดการอาหารของผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ในชุมชน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ อาศัยในจังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ รับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อาศัยในอำเภอสาร์ภี จังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากพบว่าอำเภอสาร์ภีมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคแทรกซ้อนทางไตมากที่สุด จากนั้นดำเนินการสุ่มอย่างง่ายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งหมด 13 แห่งในอำเภอสาร์ภี สุ่มได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลข่วงมุง เป็นกลุ่มทดลอง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง เป็น



กลุ่มควบคุม จากนั้นทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์และคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) ยินดีเข้าร่วมตลอดการวิจัย 2) เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ที่รักษาด้วยยาลดระดับน้ำตาลชนิดรับประทาน ทั้งเพศชายและเพศหญิง 3) ไม่มีปัญหาด้านการอ่าน การเขียน สามารถสื่อสารได้ตามปกติ มีความสนใจ และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ 4) เป็นผู้ที่สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้เพื่อร่วมดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม 5) เป็นผู้มีอายุระหว่าง 35-59 ปี 6) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน หรือมีปัญหาด้านสุขภาพอื่นที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมงานวิจัย โดยได้รับการประเมินจากแพทย์ประจำ รพ.สต. 7) มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังงดน้ำและอาหารเป็นระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 8 ชั่วโมง โดยการเจาะเลือดจากปลายนิ้ว มากกว่า 130 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไป ติดต่อกันอย่างน้อย 3 ครั้ง

เกณฑ์ในการยุติการเข้าร่วมการวิจัย (withdrawal criteria) คือ ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ มีโรคแทรกซ้อนหรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่รุนแรง เช่น ตามัว จมูกไม่เห็น ภาวะไตวาย และอัมพาต

จากการคัดเลือกโดยใช้เกณฑ์และคุณสมบัติในการคัดเลือก พบว่ามีผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 43 คน เนื่องจากขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 1 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 21 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 1) โปรแกรมการกำกับตนเองในการจัดการอาหารของผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ 2) คู่มือการจัดการอาหารที่ผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้น 3) สื่อและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในโปรแกรมการกำกับตนเอง 4) ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการจัดการอาหาร 5) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ยี่ห้อ Accu-check performa ซึ่งได้รับการควบคุมคุณภาพตามมาตรฐานของโรงพยาบาลสารภี โดยการใช้ยาทดสอบความแม่นยำของเครื่องเป็นประจำทุกเดือน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ อาชีพ ระยะเวลาที่แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน และยาที่ใช้เป็นประจำ 2) แบบสอบถามการปฏิบัติการจัดการอาหารของผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาหาร ได้แก่ การวางแผนมื้ออาหาร และการกำหนดสัดส่วนอาหาร จำนวน 20 ข้อ เพื่อประเมินการปฏิบัติการจัดการอาหาร ในผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ ตั้งแต่ปฏิบัติเป็นประจำ ถึง ไม่ปฏิบัติเลย เป็นคะแนน 2-0 ตามลำดับ หาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity [CVI]) ของทั้ง 3 ส่วน ได้เท่ากับ 1 โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 ราย โดยวิเคราะห์ Conbarch's alpha coefficient ได้เท่ากับ 0.76

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยทำหนังสือขอรับพิจารณารับรองจริยธรรมเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาล-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่โครงการ: 2564-069 รหัสโครงการ: 2564-EXP057 ภายหลังผ่านการอนุมัติ



แล้ว ผู้วิจัยอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียดถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลำดับขั้นตอน รวมทั้งชี้แจงรายละเอียดถึงมาตรการความปลอดภัยภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เมื่อกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร และให้ความมั่นใจกับความเป็นส่วนตัวของข้อมูลของผู้ป่วย โดยจัดเก็บข้อมูลเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อในการบันทึก สำหรับการนำเสนอข้อมูลได้นำเสนอเป็นภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการวิจัยเท่านั้น และไม่สามารถสืบค้นถึงกลุ่มตัวอย่างได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

โปรแกรมการกำกับตนเองในการจัดการอาหารของผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ประกอบด้วยกระบวนการหลักสำคัญ 3 ขั้นตอนตามแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1991) ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ ดังนี้

1. สัปดาห์ที่ 1 (2 ชั่วโมง) นัดกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพ.สต. เพื่อทำ pre-test และจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับการกำกับตนเองในการจัดการอาหารพร้อมทั้งมอบคู่มือการจัดการอาหาร จากนั้นจัดกิจกรรมในกระบวนการที่ 1 คือ การสังเกตตนเองในการจัดการอาหาร โดยใช้สื่อวีดิทัศน์การดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จากนั้นส่งเสริมการกำหนดเป้าหมาย โดยโน้มน้าวให้เห็นถึงความสำคัญของการตั้งเป้าหมาย และชักจูงให้เห็นว่าการตั้งเป้าหมายจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ และส่งเสริมการเตือนตนเอง โดยใช้แบบบันทึกส่วนบุคคล จากนั้นสรุปกิจกรรม พูดจูงใจ และมอบหมายให้ทำการสังเกตตนเองและบันทึกข้อมูลลงในแบบบันทึกส่วนบุคคล เป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์

2. สัปดาห์ที่ 2 (2 ชั่วโมง) นัดกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพ.สต. เพื่อจัดกิจกรรมในกระบวนการที่ 2 คือ การตัดสินใจในการจัดการอาหาร โดยใช้การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติและเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ ร่วมกับการเสริมแรงทางบวก จากนั้นให้ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองนำเสนอแนวทางการจัดการอาหารที่เหมาะสม และจัดกิจกรรมในกระบวนการที่ 3 คือ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองในการจัดการอาหาร โดยให้กลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ผลการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง และคนใกล้ชิดหรือคนในครอบครัวอย่างไร จากนั้นมอบหมายให้กำกับตนเองในการจัดการอาหาร พร้อมทั้งบันทึกลงในแบบบันทึกส่วนบุคคล ร่วมกับการติดตามการปฏิบัติในแต่ละสัปดาห์จากผู้วิจัย

3. สัปดาห์ที่ 3 (2 ชั่วโมง) ติดตามการกำกับตนเองในการจัดการอาหาร รายละเอียดประมาณ 5-10 นาที ทางโทรศัพท์พร้อมบันทึกผลการติดตาม และตอบข้อซักถาม

4. สัปดาห์ที่ 4-5 (1 ชั่วโมง) ติดตามการกำกับตนเอง ในการจัดการอาหารของกลุ่มทดลองทางกลุ่มไลน์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างถ่ายภาพอาหารที่บริโภคใน 1 วัน ส่งมาทาง group line ซึ่งหากกลุ่มตัวอย่างไม่สะดวกเข้าร่วม group line ผู้วิจัยดำเนินการติดตามทางโทรศัพท์ และสอบถามการบันทึกการปฏิบัติการจัดการอาหารภายในคู่มือการจัดการอาหาร

5. สัปดาห์ที่ 6-7 (6 ชั่วโมง) ติดตามการกำกับตนเองในการจัดการอาหาร โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อสังเกตการปฏิบัติ รวมทั้งรับฟังปัญหา อุปสรรค แนวทางการแก้ไขปัญหา และรวบรวมข้อมูลจากสมุดบันทึกการปฏิบัติการจัดการอาหาร

6. สัปดาห์ที่ 8 (1 ชั่วโมง) นัดกลุ่มทดลองมาที่ รพ.สต. เพื่อตอบแบบสอบถาม (post-test) ให้คำปรึกษาในกรณีกลุ่มตัวอย่างพบปัญหาและอุปสรรค และรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกในคู่มือการจัดการอาหาร

7. สัปดาห์ที่ 12 (1 ชั่วโมง) นัดกลุ่มทดลองมาที่ รพ.สต. เพื่อวัดค่าน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว ภายหลังดื่มน้ำและอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมง



กลุ่มควบคุม

1. สัปดาห์ที่ 1 (30 นาที) นัดกลุ่มตัวอย่างมาที่ รพ.สต. เพื่อทำ pre-test
2. สัปดาห์ที่ 2-7 ได้รับการพยาบาลตามปกติ
3. สัปดาห์ที่ 8 (1 ชั่วโมง) นัดกลุ่มทดลองมาที่ รพ.สต. เพื่อตอบแบบสอบถาม (post-test) จากนั้นดำเนินการมอบคู่มือการจัดการอาหารให้แก่กลุ่มควบคุมทุกราย และพิจารณาจัดกิจกรรมตามโปรแกรมหากมีความประสงค์ภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย
4. สัปดาห์ที่ 12 (1 ชั่วโมง) นัดกลุ่มทดลองมาที่ รพ.สต. เพื่อวัดค่าน้ำตาลในเลือดโดยการเจาะเลือดปลายนิ้ว ภายหลังดื่มน้ำและอาหารเป็นเวลา 8 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) สถิติ paired sample t-test และสถิติ independent sample t-test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ที่มีภาวะเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์และคุณสมบัติในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 43 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 21 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวังม่วงและกลุ่มควบคุม 22 ราย มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่ากว้าง แบ่งเป็นเพศหญิง จำนวน 24 คน (ร้อยละ 55.80) และเพศชาย จำนวน 19 คน (ร้อยละ 44.20) มีช่วงอายุระหว่าง 50 – 59 ปี โดยค่าเฉลี่ยอายุเท่ากับ 54.06 ปี (SD = 5.23) โดยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันในข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.039$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเอง และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติการจัดการอาหาร	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ กำกับตนเอง (n=21)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ (n=22)		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ก่อนได้รับโปรแกรม	23.29	4.13	27.27	4.95	.007
หลังได้รับโปรแกรม	28.81	4.45	25.77	4.84	.039

2. คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารและค่าน้ำตาลในเลือดในกลุ่มที่ได้รับ
โปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการเข้าร่วม
โปรแกรม

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
กลุ่มที่ได้รับโปรแกรม (n=21)					
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหาร	23.29	4.13	28.81	4.45	.001
1.ด้านการวางแผนมื้ออาหาร	11.80	2.52	14.19	2.65	
2.ด้านการกำหนดสัดส่วนอาหาร	11.47	2.29	14.61	2.39	
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด	157.52	3.68	144.38	5.42	.020
กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (n=22)					
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหาร	27.27	4.95	25.77	4.84	.071
1.ด้านการวางแผนมื้ออาหาร	13.77	5.30	13.18	5.27	
2.ด้านการกำหนดสัดส่วนอาหาร	13.50	5.08	12.59	4.92	
ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด	167.55	6.16	166.68	6.56	.884

3. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.013$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือด	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการ กำกับตนเอง (n=21)		กลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติ (n=22)		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ก่อนได้รับโปรแกรม	157.52	3.68	167.55	6.16	0.172
หลังได้รับโปรแกรม	144.38	5.42	166.68	6.56	0.013

4. ค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$) ดังแสดงในตารางที่ 2

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .039$) ทั้งนี้เกิดจากกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีการปฏิบัติการจัดการอาหารเพิ่มสูงขึ้น เป็นผลมาจากการกำกับตนเองในการจัดการอาหารตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1991) โดยการกำกับตนเองมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมายของบุคคล เนื่องจากเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้เกิดการควบคุมความคิดและการกระทำของตนเอง



ซึ่งจะช่วยให้บุคคลได้รู้เท่าทันความคิดของตนเอง เกิดการค้นหาแนวทางว่าจะทำอย่างไรจึงจะประสบความสำเร็จ
ในสิ่งที่คาดหวังหรือเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งประกอบไปด้วย 3 กระบวนการหลัก คือ

กระบวนการที่ 1 คือ การสังเกตตนเองในการจัดการอาหาร เป็นการส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ
แบ่งปันประสบการณ์การดูแลสุขภาพของตนเองที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอาหาร ประกอบการใช้สื่อวิดีโอ
เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน จากนั้นเข้าสู่กิจกรรมการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการจัดการ
อาหารของตนเอง ซึ่งช่วยให้เกิดการรับรู้ถึงเป้าหมายที่ต้องปฏิบัติอย่างชัดเจน รวมทั้งใช้เป็นเกณฑ์ในการ
ประเมินผลการปฏิบัติ และจำเป็นต้องทำควบคู่ไปพร้อมกับการเตือนตนเอง โดยใช้แบบบันทึกส่วนบุคคล เพื่อใช้
เป็นข้อมูลย้อนกลับ

กระบวนการที่ 2 คือ การตัดสินใจในการจัดการอาหาร เป็นการเปรียบเทียบผลที่ได้รับจากการปฏิบัติของ
ตนเองกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติที่ได้ด้วยตนเอง พร้อมกับการเสริมแรง
ทางบวกจากผู้วิจัย ด้วยการกล่าวชมเชย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเห็นถึงคุณค่าของกิจกรรม ทำให้เกิด
ความมั่นใจในการปฏิบัติมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังได้นำเสนอตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จในดูแลสุขภาพตนเอง
นำเสนอแนวทางการจัดการอาหารที่เหมาะสม โดยการนำเสนอเรื่องราวจากประสบการณ์จริง เกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพตนเองในด้านการจัดการอาหาร ผลการรักษา และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบเชิง
อ้างอิง ทางสังคม ระหว่างการกระทำของตนเองกับการกระทำของบุคคลอื่น เพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาการ
ปฏิบัติของตนเองให้ดีขึ้น

กระบวนการที่ 3 คือ การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองในการจัดการอาหาร เป็นการเสริมแรงตนเองภายหลัง
ตัดสินใจปฏิบัติการจัดการอาหารของตนเอง โดยผู้วิจัยได้กระตุ้นให้เกิดการค้นหาแรงผลักดันจากภายในตัวบุคคล
โดยใช้กิจกรรมการวิเคราะห์ผลการกำกับตนเองต่อการจัดการอาหารว่ามีประโยชน์ต่อตนเอง และคนใกล้ชิดหรือ
คนในครอบครัวอย่างไร ซึ่งจะทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติต่อไป พร้อมกับการกระตุ้นการปฏิบัติ โดย
การให้คำชมเชย และพุดจูงใจให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะได้รับหากมีการปฏิบัติการจัดการอาหารอย่างต่อเนื่อง ได้แก่
การลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน และการลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว

ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมครบทั้ง 3 กระบวนการหลัก ผู้วิจัยมอบหมายให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการ
กำกับตนเองในการจัดการอาหารในสัปดาห์ที่ 3 ถึง สัปดาห์ที่ 7 พร้อมกับการมอบคู่มือการจัดการอาหารสำหรับผู้ป่วย
เบาหวาน รวมทั้งเน้นย้ำการบันทึกเป้าหมายและการเตือนตนเองอย่างต่อเนื่องภายในแบบบันทึกส่วนบุคคลลง
จากนั้นติดตามและประเมินผลการปฏิบัติผ่านทางโทรศัพท์ กลุ่มไลน์ และการเยี่ยมบ้าน ซึ่งการติดตามต่อเนื่อง
ทุกสัปดาห์ จะช่วยกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอ
จนกลายเป็นนิสัย สามารถมีการปฏิบัติการจัดการอาหารที่เหมาะสมได้ โดยพบว่าการใช้โทรศัพท์ติดตามเป็น
วิธีการที่มีประสิทธิภาพ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบริโภคอาหาร ช่วยควบคุมอาหารของผู้ป่วย
เบาหวานและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้ในระยะเวลา 3 เดือน (Nasab, Ghavam,
Yazdanpanah, Jahangir, & Shokrpour, 2017) และในการศึกษาของ ฉัตรมณี แก้วโพธิ์, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์,
และวิริติ ปานศิลา (Kaewpho, Charoenpan, & Pansila, 2015) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบริโภคอาหาร
โดยใช้อาหารแลกเปลี่ยนต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเยี่ยมบ้าน
ในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่ม
ทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ
การศึกษาของ สุตาสินี สุทธิฤทธิ์ และคณะ (Suthirit et al., 2018) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลโปรแกรมกำกับตนเอง
ร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ผลการศึกษา
พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมี



นัยสำคัญทางสถิติ

2. ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการจัดการอาหารของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$)

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีการจัดการอาหารเพิ่มขึ้น มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเนื่องจากผลของการกำกับตนเองในการจัดการอาหารที่ผ่านการฝึกฝนทั้ง 3 กระบวนการหลัก พร้อมทั้งได้รับการติดตามการปฏิบัติภายหลังผ่านการฝึกฝนทั้ง 3 กระบวนการหลักอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ ทำให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติมากขึ้น ส่งผลต่อการปฏิบัติการจัดการอาหารที่เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรมณี แก้วโพธิ์ และคณะ (Kaewpho et al., 2015) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบริโภคอาหารโดยใช้อาหารแลกเปลี่ยนต่อพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยใช้การเยี่ยมบ้านในการติดตามกลุ่มตัวอย่าง โดยพบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมร่วมกับการติดตามเยี่ยมบ้าน กลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง และจากการศึกษา ของ สุธาสิทธิ์ และคณะ (Suthirit et al., 2018) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมกำกับตนเองร่วมกับแอปพลิเคชันไลน์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีภาวะน้ำหนักเกินมาตรฐาน ซึ่งพบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองลดลงต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .013$)

จากผลการวิจัยอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าน้ำตาลในเลือดลดลง จากการติดตามในสัปดาห์ที่ 12 ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เนื่องจากผลของโปรแกรมการกำกับตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1991) ซึ่งจากกระบวนการหลักทั้ง 3 ขั้นตอนดังกล่าว ทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเกิดการเรียนรู้การกำกับตนเองในการจัดการอาหาร โดยจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกฝนควบคู่ไปกับการติดตามการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จึงจะส่งผลให้เกิดความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการจัดการอาหารของตนเอง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงค่าน้ำตาลในเลือดที่ลดลง เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติที่ได้รับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านอาหารในระดับหนึ่ง ซึ่งอาจไม่มากพอที่จะสร้างการเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง จึงมีการปฏิบัติการจัดการอาหารแบบเดิม ทำให้ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของค่าน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ จันจิรา ภูรัตน์, ปาหนัน พิชยภิญโญ, และสุนีย์ ละกำป็น (Poorat, Pichayapinyo, & Lagampan, 2020) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการกำกับตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ใช้ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์ และติดตามผลในสัปดาห์ที่ 12 ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าการกำกับตนเองจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการฝึกฝน ควบคู่ไปกับการติดตามการปฏิบัติจึงจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามเป้าหมายและเกิดความต่อเนื่อง

4. ผลการวิจัยพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมค่าน้ำตาลในเลือดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.020$)

จากผลการวิจัยสามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการกำกับตนเองสามารถลดค่าน้ำตาลในเลือดได้ เนื่องจากผลของการกำกับตนเองในการจัดการอาหารผ่านการเรียนรู้จากกระบวนการหลักทั้ง 3 ขั้นตอน และการติดตามอย่างต่อเนื่องในทุกสัปดาห์ ส่งผลต่อความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติการจัดการอาหารของตนเอง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงค่าน้ำตาลในเลือดที่ลดลง นอกจากนี้ยังได้รับคู่มือการจัดการอาหาร ซึ่งเนื้อหาภายในคู่มือดังกล่าว ได้สืบค้นและอ้างอิงจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ รวมทั้งได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ พร้อมทั้งมีการติดตามการปฏิบัติ โดยบันทึกลงในแบบบันทึกส่วนบุคคลทุกวัน ทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมได้หมั่นฝึกฝนการ



กำหนดเป้าหมายและการเตือนตนเอง นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์การควบคุม น้ำตาลในเลือดจากตัวแบบที่ประสบความสำเร็จ ทำให้เกิดการเรียนรู้ในแบบวิถีของบุคคลอื่น แล้วลองนำไปปฏิบัติ กับตนเอง และเมื่อสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ จะทำให้เกิดความรู้สึกภูมิใจในตนเอง อีกทั้งยังได้รับการเสริมแรงทางบวกอย่างต่อเนื่องจากผู้วิจัย ทำให้เกิดความมั่นใจในการจัดการอาหารของตนเองมากยิ่งขึ้น และ มีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องจนมีค่าน้ำตาลในเลือดลดลงในระยะติดตามผล ซึ่งภายหลังดำเนินกิจกรรมครบตาม โปรแกรม 8 สัปดาห์แล้ว ผู้วิจัยได้มีการดำเนินกิจกรรมใด ๆ แต่ยังคงมีช่องทางการสื่อสาร คือ กลุ่มไลน์ ซึ่งพบว่า สมาชิกในกลุ่มมีการตอบโต้ พูดคุยถึงการปฏิบัติของตนเองอย่างต่อเนื่อง แสดงให้เห็นถึงความสนใจในการปฏิบัติ ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า เมื่อนำแนวคิดการกำกับตนเองมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการจัดการอาหาร พร้อมกับการ ติดตามอย่างต่อเนื่อง สามารถทำให้กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีค่าน้ำตาลในเลือดที่ลดลงมากกว่ามากก่อนเข้า โปรแกรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถนำโปรแกรมการกำกับตนเอง ไปใช้กับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง โดยเน้นการกำกับตนเองในการจัดการอาหาร ตามกระบวนการหลักทั้ง 3 ขั้นตอนในโปรแกรมการกำกับตนเอง ร่วมกับการติดตามอย่างต่อเนื่อง โดยอาจใช้ การมีส่วนร่วมของชุมชนเข้ามาร่วมในกิจกรรม ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วย กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้ประกอบการอาหาร ในพื้นที่ เป็นต้น เพื่อสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติการจัดการอาหารที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การลดระดับน้ำตาลในเลือด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาโดยนำผลการปฏิบัติการจัดการอาหารในแต่ละกิจกรรมตามแนวทางการจัดการอาหารมา วิเคราะห์ร่วมด้วย เพื่อจะได้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคในแต่ละกิจกรรมอย่างชัดเจนมากขึ้น และเพื่อช่วยให้มี การปฏิบัติการจัดการอาหารเพิ่มมากขึ้น
2. ควรศึกษาติดตามผลหลังการทดลองอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของ การปฏิบัติการจัดการอาหาร ซึ่งอาจจะประเมินจากระดับน้ำตาลในเลือดสะสม (HbA1c)
3. ควรศึกษาโดยเพิ่มการใช้สื่อในการกำกับตนเองให้เข้ากับสถานการณ์ในยุค new normal เพื่อช่วยให้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปอย่างต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

References

- Aekplakorn, W. (Eds). (2016). *Report of the Thai people's health survey by physical examination No. 5, 2014*. Retrieved from http://www.thaiheart.org/images/column_1387023976/NHES5_EGATMeeting13Dec13.pdf (in Thai)
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 248-287.
- Chatterjee, S., Riewpaiboon, A., Piyauthakit, P., Riewpaiboon, W., Boupaijit, K., Panpuwong, N., & Archavanuntagul, V. (2011). Cost of diabetes and its complications in Thailand: A complete picture of economic burden. *Health & Social Care in the Community*, 19(3), 289-298.



- Cressey, C. (2015). *Diabetes: Fundamentals and related laboratory tests* (2nd ed.). Chiang Mai: Chiang Mai University Press. (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2017). *Clinical practice guideline for diabetes*. Retrieved from <https://www.dmthai.org/attachments/article/443/guideline-diabetes-care-2017.pdf> (in Thai)
- Diabetes Association of Thailand. (2019). *Diabetes care 2019*. Retrieved from <https://www.dmthai.org/index.php/knowledge/healthcare-providers/cpg/810-diabetes-care-2019> (in Thai)
- Duangsanjun, W., Sangsuwan, T., & Poncumhak, P. (2021). Perceived behavioral control and food consumption behaviors among older persons with uncontrolled diabetes. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 15(38), 428-442. (in Thai)
- International Diabetes Federation. (2019). *IDF diabetes atlas* (8th ed.). Retrieved from https://diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/8/IDF_DA_8e-EN-final.pdf
- Institute of Medical Research and Technology Assessment. (2014). *Literature review of current situation and service models of non-communicable disease* (1st ed.). Bangkok: Art Qualified. (in Thai)
- Kaewpho, C., Charoenpan, C., & Pansila, V. (2015). Effects of dietary modification programs by using food exchange for behavior control of blood sugar levels in patients with type 2 diabetes Pratongkham District, Nakhon Ratchasima Province. *KKU Journal for Public Health Research*, 8(3), 12-20. (in Thai)
- Kanglee, K. (2014). Factors associated with glycemic control among people with type 2 diabetes mellitus at Phramongkutklao Hospital, Bangkok. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 256-268. (in Thai)
- Khantacha, S., & Muktabhant, B. (2021). Association of self-care behaviors and beliefs about diabetes with glycemic control of type 2 diabetic patients in a multiethnicity area, Nakae District, Nakhonphanom Province. *Srinagarind Medical Journal*, 36(1), 97-104. (in Thai)
- Kongjaren, S., Wattana, C., & Harnirattisa, T. (2013). Effects of a self-regulation program for blood pressure control on self-regulation behaviors, blood pressure level and stroke risk. *Nursing Journal*, 40(1), 23-33.
- Ministry of Public Health. (2020). *KPI Report of NCD Clinic Plus 2020: Percentage of diabetic patients with good blood sugar control*. Retrieved from http://hdc2.cbo.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2020. (in Thai)
- Nasab, M. N., Ghavam, A., Yazdanpanah, A., Jahangir, F., & Shokrpour, N. (2017). Effects of self-management education through telephone follow-up in diabetic patients. *The Health Care Manager*, 36(3), 273-281.



- Poorat, J., Pichayapinyo, P., & Lagampan, S. (2020). Effects of self-regulation program on glycemic control in patients with uncontrolled type 2 diabetes. *Kuakarun Journal of Nursing*, 27(1), 20-33. (in Thai)
- Sarapee District Public Health. (2019). *Documentation for supervision controlling monitoring of public health 2562*. Retrieved from https://www.chiangmaihealth.go.th/cmpho_web/document/190710156274_504289.pdf (in Thai)
- Srisaket, J., Chaisa, P., Wanchai, A., Meeboonmak, Y., & Phokhwang-Just, W. (2017). Diet consumption behavior modification patterns to control blood sugar levels of patients with diabetes in Thailand: A systematic review. *EAU Heritage Journal Science and Technology*, 11(2), 156-170. (in Thai)
- Suthirit, S., Pinchaleaw, D., & Keskomon, T. (2018). The effectiveness of self regulation program with line application among overweight health volunteers, Tharongchang District, Surat Thani Province. *Journal of the Police Nurses*, 10(2), 330-339. (in Thai)
- Wattanakul, B., & Nhamkam, S. (2014). Risk perception, T2DM, diabetes complications. *Journal of Nursing and Health Care*, 32(3), 61-68. (in Thai)



Effect of the Buddy Care Innovation on Assessment of Diabetic Foot Complications Among Persons with Type 2 Diabetes in Huai Khrai Sub-District, Maesai District, Chiang Rai Province*

ผลของนวัตกรรมคู่หูดูแลกันต่อการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย*

กิตติชัย	ปัญญาวรรณ**	Kittichai	Panyawan **
วิลาวณย์	เดือนราษฎร์***	Wilawan	Tuanrat ***
ศิวพร	อึ้งวัฒนา***	Sivaporn	Aungwattana***

Abstract

Diabetic foot complications considerably affect quality of life for diabetes patients, resulting in disability and sometimes death. The Buddy Care innovation is a healthcare innovation which encourages diabetic foot screening with buddy assistance to monitor and provide notification for self-care to prevent diabetic foot complications. This quasi-experimental study aimed to compare the number of participants who correctly screened their diabetic foot complications in patients with type 2 diabetes in innovative buddy care groups. The findings were evaluated both before and after innovation utilization, including comparison between participants in buddy care groups and those who received standard treatment. The participants were chosen by purposive sampling based on inclusion criteria and consisted of 40 patients with type 2 diabetes divided into an experimental group of 20 people and a control group of 20 by sampling without replacement. The research tools were a general information questionnaire and an observation form for diabetic foot complication screening, with a content validity value of 1.0 and reliability value of 1.0. The data was analyzed using McNemar Test and the Chi-square Test.

The results revealed that after using the buddy care innovation, the number of participants who correctly assessed diabetic foot complications in patients with type 2 diabetes in the experimental group was higher than before using the buddy care innovation with statistical significance ($p < 0.001$), and higher than the group of participants who received standard treatment with statistical significance ($p < 0.01$).

The findings indicate that the buddy care innovation could be used to enhance diabetic foot complication screening, as well as to effectively prevent diabetic foot complications.

Key words: The Buddy Care Innovation, Assessment, Diabetic foot complications

*Master's Independent Study, 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: dream.kittichai@gmail.com

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

Received 13 January 2022; Revised 3 March 2022; Accepted 14 June 2022



บทคัดย่อ

ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมาก อาจนำไปสู่ความพิการและเสียชีวิตได้ นวัตกรรมคูหุดูแลกันเป็นนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยมีคูหุช่วยกำกับและกระตุ้นเตือนการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวาน การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิด 2 ได้ถูกต้อง ในกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมคูหุดูแลกันวัดผลก่อนและหลังการใช้นวัตกรรม และระหว่างกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมคูหุดูแลกันกับกลุ่มที่ได้รับการตามปกติ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย จากการสุ่มตัวอย่างแบบไม่แทนที่ เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสังเกตการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 และความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 1.0 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ McNemar Test และ Chi-square Test

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับนวัตกรรมคูหุดูแลกัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถูกต้องสูงกว่าก่อนได้รับนวัตกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า นวัตกรรมคูหุดูแลกันสามารถนำมาใช้เพื่อส่งเสริมการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้า และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: นวัตกรรมคูหุดูแลกัน การประเมิน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวาน

* การค้นคว้าอิสระหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: dream.kittichai@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 13 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 3 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 14 มิถุนายน 2565



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้น ทั้งจากปัจจัยทางพันธุกรรม และปัจจัยสิ่งแวดล้อม จากกรรมพันธุ์ที่ไม่เหมาะสมทั้งในด้านการเลือกรับประทานอาหาร การขาดการออกกำลังกาย รวมทั้งการมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเป็นไปได้ไม่ดี ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งแบบเฉียบพลัน และภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่า จำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นถึง 629 ล้านคน ในปี 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานสูงถึง 3.2 ล้านคนในแต่ละปี (World Health Organization, 2018)

สถิติของผู้ป่วยเบาหวานในประเทศไทยที่มีปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เท้า พบอัตราผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ในปี พ.ศ. 2559- 2561 เท่ากับ 133.8, 227.5 และ 586.8 ต่อแสนประชากร โดยสถิติผู้ที่เป็นโรคเบาหวานและถูกตัดเท้า หรือนิ้วเท้าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 – 2561 พบว่า มีสูงถึงร้อยละ 0.64, 0.71 และ 0.71 ตามลำดับ (Division of Non Communicable Diseases, 2019) จากข้อมูลรายงานระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย พบผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนที่เท้ารายใหม่ในปี พ.ศ. 2559 - 2563 คิดเป็นร้อยละ 2.18, 4.56, 6.68, 6.32 และ 6.49 ตามลำดับ (Chiangrai Provincial Public Health Office, 2020) ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในทุก ๆ ปี ปัญหาภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานจะส่งผลกระทบต่ออวัยวะต่าง ๆ ในระยะยาว หรืออาจเกิดภาวะล้มเหลวของอวัยวะต่าง ๆ อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิต และภาวะเศรษฐกิจของผู้เป็นเบาหวานและครอบครัวอีกด้วย

เป้าหมายการรักษาโรคเบาหวานตามคู่มือยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัดและแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2560 คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานต้องควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีที่ $HbA1c < 7\%$ หรือ $FBS 70-130\text{ mg/dL}$ โดยจะต้องมีผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีร้อยละ 40 ขึ้นไป เพื่อลดปัจจัยเสี่ยง ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิต แต่ปัญหาที่ยังพบมากคือ การไม่พบแพทย์ตามนัด การขาดการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการไม่ดูแลเท้า (Sriwong, 2019)

การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ส่วนใหญ่เกิดจากตัวผู้ที่เป็นเบาหวานเองอาจจะยังขาดการปฏิบัติ ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอในการดูแลตนเอง ซึ่งการที่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีความรู้และปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลเท้าที่ดีจะช่วย ป้องกันการเกิดแผลที่เท้าซึ่งจะลดการตัดเท้าได้ร้อยละ 85 กระบวนการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ควรให้ความสำคัญในการให้คำแนะนำเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ โดยครอบคลุมเรื่องการตรวจเท้าที่ถูกต้องเป็นประจำและการ ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (Division of Non Communicable Diseases, 2015)

การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวานเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่ง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเป็นภาระของ ประเทศ ทั้งนี้พบว่าประมาณร้อยละ 85 ของการสูญเสียเท้าจากเบาหวานสามารถป้องกันได้ (Gibson et al., 2014) ดังนั้น การ ตรวจค้นหาและดูแลรักษาผู้ป่วยตั้งแต่วัยแรก จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ปัญหาจากการดำเนินงานคัดกรองภาวะแทรกซ้อน จากเบาหวานในปีงบประมาณ 2563 ที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่เป็นเบาหวานยังมีความตระหนักที่ไม่เพียงพอถึงความสำคัญในการคัด กรองภาวะแทรกซ้อนที่เท้าประจำปี จึงทำให้มารับการคัดกรองไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนได้มี การศึกษาสถานการณ์ปัญหาในเชิงลึก พบว่า ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ แม้ว่าจะได้รับการให้ความรู้ในการประเมิน ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าแล้วก็ตามแต่ยังคงขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติ ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าตามมา (Hong Hae health promoting hospital, 2020)

จากสถานการณ์ดังกล่าว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฮ่องแอ้งจึงได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับ กระบวนการที่จะนำมาใช้ส่งเสริมการปฏิบัติประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่า การ พัฒนานวัตกรรมทางการพยาบาล จะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดผลลัพธ์ที่ บ่งชี้ คุณภาพทางการพยาบาล ทั้งยังเป็น กระบวนการพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในชุมชนให้ดียิ่งขึ้น ซึ่งพบว่า แนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) เป็นแนวคิดที่ถูกใช้อย่างกว้างขวางในการช่วยกำกับควบคุมและส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดี



ด้วยเป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นความสามารถหรือสมรรถภาพของบุคคลในการปฏิบัติควบคุมตนเองอย่างมีสติและด้วยความตั้งใจ เพื่อเปลี่ยนแปลงการตอบสนองให้บรรลุผลตามต้องการ และหากได้รับการเสริมแรงจากเพื่อนหรือคู่หูจะช่วยทำให้บุคคลมี วิจารณ์ญาณในการเลือกปฏิบัติแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง การมีส่วนร่วมของคู่หูดังกล่าวจะทำให้เพิ่มความตระหนักในการ ปฏิบัติ เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดี และควบคุมโรคได้ดียิ่งขึ้น (Boonsong, 2016)

ผู้ศึกษายังได้นำแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) ซึ่งเป็นปัจจัยส่วนบุคคล ร่วมกับการเสริมแรง ซึ่งเป็นปัจจัยทางสภาพแวดล้อมภายนอก คือ การกระตุ้นเตือนจากเพื่อนกลุ่มที่มีปัญหาแบบเดียวกันที่เรียกว่าคู่หู มา ประยุกต์ใช้ในการออกแบบนวัตกรรม เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงสามารถประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ได้ และมีการประเมินอย่างต่อเนื่องและถูกต้อง

นวัตกรรมคู่หูดูแลกัน ได้ดำเนินการศึกษานำร่องในกลุ่มเป้าหมายช่วงระยะเวลาหนึ่ง พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความ สนใจในนวัตกรรมและต้องการที่จะดำเนินการต่อเนื่อง ด้วยเห็นว่ารูปแบบการกำกับตนเองกับการมีคู่หูที่คอยกระตุ้นเตือนใน การปฏิบัติดูแลเท้า ทำให้เกิดความตระหนักและสามารถดูแลเท้าของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม การใช้ นวัตกรรมมีความจำเป็นต้องมีการประเมินผล และปรับปรุงแก้ไข หากมีการทดลองใช้นวัตกรรมหลายครั้งก็ย่อมมีความมั่นใจใน ประสิทธิภาพของนวัตกรรมนั้น (Khamanee, 2005) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเพื่อประเมินผลนวัตกรรมคู่หูดูแล ในกลุ่มเป้าหมายที่กว้างขึ้น ในพื้นที่ตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ถูกต้องก่อน และหลังการใช้นวัตกรรมคู่หูดูแลกัน
2. เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ถูกต้อง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมคู่หูดูแลกันและกลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. จำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ถูกต้องหลังการใช้นวัตกรรมคู่หู ดูแลกัน มีมากกว่าก่อนการใช้นวัตกรรม
2. จำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ถูกต้อง ในกลุ่มที่ได้รับ นวัตกรรมคู่หูดูแลกันมีมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการบริการตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษารั้ครั้งนี้ได้พัฒนานวัตกรรมคู่หูดูแลกันโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเอง (Self-regulation) ของแบนดูรา (Bandura, 1986) ประกอบด้วย 3 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ 1 การสังเกตตนเอง (Self-observation) กิจกรรมที่ 2 กระบวนการตัดสินใจ (Judgment process) และกิจกรรมที่ 3 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) ร่วมกับการเสริมแรงจากคู่หู ที่จะช่วยให้บุคคลเกิดกระบวนการตัดสินใจ ในการเลือก ปฏิบัติแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตลอดจนเกิดการปฏิบัติที่ดีขึ้นเพื่อให้บรรลุ เป้าหมาย นำไปสู่การปฏิบัติการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้ถูกต้อง

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษารั้ครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มวัดผลเปรียบเทียบ (Two groups pretest-posttest design) เพื่อศึกษาผลของนวัตกรรมคู่หูดูแลกันต่อการประเมินภาวะแทรกซ้อน ที่เท้าของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ พื้นที่ตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อายุ 35-59 ปี ที่อาศัยอยู่ในตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ทำการคัดเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ 1) ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2, 2) อายุ 35-59 ปี 3) มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดครั้งล่าสุดจากเวชระเบียน มากกว่า 7 mg% 4) ไม่มีภาวะแทรกซ้อนในระบบประสาทส่วนปลายหรือเป็นแผลเบาหวานที่เท้า และ 5) เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสาร หรืออ่านออกเขียนได้ และมีความสมัครใจและให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย

ขนาดตัวอย่างคำนวณโดยใช้ค่าขนาดอิทธิพลโคเฮน (Cohen, 1977) จากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยกึ่งทดลองของ กันธิมา ศรีหมากสุก (Srimaksuk, 2014) คำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power นำมาสุ่มตัวอย่างแบบไม่แทนที่ สามารถแบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมคู่มือดูแลกันซึ่งอยู่ในพื้นที่ รพ.สต.บ้านฮ่องแอ่จำนวน 20 คน และกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลตามปกติที่มารับบริการ รพ.สต.ห้วยไคร้ จำนวน 20 คน รวมทั้งสิ้น 40 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ นวัตกรรมคู่มือดูแลกัน ประกอบด้วย

1. แผนกิจกรรมของนวัตกรรมคู่มือดูแลกัน สำหรับการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พัฒนาจากแนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) ร่วมกับการเสริมแรงให้บุคคลคอยกระตุ้น และกำกับติดตาม เรียกว่า คู่มือดูแลกัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 การสังเกตตนเอง เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของตนเอง และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ร่วมกับการจับคู่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมาเป็นคู่มือดูแลกัน กิจกรรมที่ 2 การตัดสินใจ เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีการกำกับติดตามตนเองและคู่มือในการประเมินภาวะแทรกซ้อนและปฏิบัติการดูแลเท้าได้อย่างถูกต้อง โดยให้คู่มือตรวจเท้า 7 ขั้นตอนตามคู่มือ ร่วมกับการกำหนดให้มีการบันทึกพฤติกรรมดูแลเท้าประจำวัน และประเมินในทุกสัปดาห์ และกิจกรรมที่ 3 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง เป็นการแสดงความรู้สึกของตนเองร่วมกับคู่มือว่าบรรลุเป้าหมายมากน้อยเพียงใด พึงพอใจหรือไม่

2. คู่มือการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

3. แผนการสอนและฝึกทักษะการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้า

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

2. แบบสังเกตการปฏิบัติการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการศึกษาของ พิมพ์พิชชา รักษา (Raksa, 2020) ประกอบด้วยข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นเบาหวานจำนวนทั้งหมด 15 ข้อ ครอบคลุมเนื้อหาได้แก่ 1) การดูแลความสะอาดของผิวหนังบริเวณเท้า จำนวน 3 ข้อ 2) การตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ จำนวน 4 ข้อ 3) การป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้า จำนวน 4 ข้อ และ 4) การบันทึกผลการตรวจ จำนวน 4 ข้อ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน คือ ประเมินได้ถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน และประเมินไม่ถูกต้อง เท่ากับ 0 คะแนน การแปลผล คือ ประเมินได้ถูกต้อง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะแทรกซ้อนเบาหวานที่เท้าได้ถูกต้องครบทุกข้อ มีคะแนน



เท่ากับ 15 คะแนน (ร้อยละ 100) และประเมินไม่ถูกต้อง หมายถึง กลุ่มตัวอย่างประเมินภาวะแทรกซ้อนเบาหวาน
ที่เท้าได้ถูกต้องไม่ครบทุกข้อ มีคะแนนต่ำกว่า 15 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6
ท่าน ประกอบไปด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป 2 ท่าน และอาจารย์สาขาการ
พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวม เท่ากับ 1.0 ทดสอบความเชื่อมั่นในการ
ประเมินของผู้วิจัยเปรียบเทียบกับพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (interrater reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 1.0

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองเชิงจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 059/2021 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์และ
ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการยินยอมด้วยความสมัครใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับและยินดีเข้า
ร่วมการวิจัย จึงได้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สำหรับขั้นตอนดำเนินการวิจัยแต่ละครั้ง ผู้วิจัยได้อธิบาย
วิธีการดำเนินการ และการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างชัดเจน การประเมินโดยใช้แบบสังเกตการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่
เท้าสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยได้ทำการประเมินที่ละหิ้วข้อ และสอบถามความต้องการในการเริ่ม
แบบสอบถามถัดไปหรือต้องการหยุดพัก ซึ่งขณะเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้สังเกตอาการเครียดหรือเหนื่อยล้า
ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธหรือขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ การปฏิเสธหรือการ
ถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลใด ๆ ต่อการรักษาที่ได้รับ ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและทำการ
บันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในภาพรวม

การดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้มีการดำเนินการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์
ดังนี้

กลุ่มทดลอง

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มทดลองจะได้รับนวัตกรรมคูหุดูแลกัน ที่มีการปฏิบัติตามคู่มือการกำกับตนเองร่วมกับ
คูหุดูแลเท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ ตามกระบวนการ ดังนี้

1. การสังเกตตนเอง (Self observation) เป็นการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจาก
โรคเบาหวานของตนเองเพื่อให้เกิดการรับรู้สภาวะสุขภาพ โดยให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะเสี่ยงต่อ
การเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้เป็นโรคเบาหวาน (1 ชั่วโมง) และจับคู่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเป็นคูหุดูแลกันตาม
เกณฑ์ที่กำหนด เพื่อคอยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง และเสริมสร้างกำลังใจ (30 นาที)

2. การตัดสินใจ (Judgment process) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมีการกำกับ
ติดตามตนเองและคูหุในการประเมินภาวะแทรกซ้อนและพฤติกรรมการดูแลเท้าได้อย่างถูกต้อง โดยผู้วิจัยสาธิตการ
ตรวจเท้าและให้ผู้เข้าร่วมวิจัยสาธิตย้อนกลับการตรวจเท้าที่ถูกต้อง 7 ขั้นตอนกับคูหุ และนำไปปฏิบัติ (2 ชั่วโมง)
คูหุติดตาม คอยกระตุ้นเตือน และประเมินการปฏิบัติการตรวจเท้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง (จำนวน 2 ครั้ง) แล้วนำ
ข้อมูลมาวิเคราะห์แลกเปลี่ยนกันในกลุ่ม

3. การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) เป็นการแสดงความรู้สึกของตนเองร่วมกับคูหุว่าบรรลุ
เป้าหมายมากน้อยเพียงใด พึงพอใจหรือไม่ และคูหุกล่าวชมเชยและมอบรางวัลผู้ที่สามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย
(1 ชั่วโมง) และกิจกรรมถอดบทเรียนการกำกับตนเองและคูหุในการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติการประเมิน
ภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของผู้ป่วยเบาหวาน (30 นาที)



ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างทำการการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าโดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (30 นาที)
2. กลุ่มตัวอย่างรับการประเมินโดยใช้แบบสังเกตการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามขั้นตอน (30 นาที) ดังนี้
 - 2.1 การดูแลความสะอาดของผิวหนังบริเวณเท้า ผู้วิจัยสังเกตและสอบถามกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2 การตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการตรวจเท้าตนเองและอธิบายทุกขั้นตอนการตรวจ ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.3 การป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้า ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติผู้วิจัยสังเกตและสอบถามการปฏิบัติประจำวัน
 - 2.4 การบันทึกผลการตรวจ ผู้วิจัยประเมินจากแบบบันทึกของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มควบคุม

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ จะได้รับสุขศึกษาในการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าตามมาตรฐานแนวทางการให้บริการของคลินิกโรคเบาหวานในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และคู่มือการกำกับตนเองและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้านำไปปฏิบัติและบันทึกผลทุกสัปดาห์ (จำนวน 2 ครั้ง)

ขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูล

1. กลุ่มตัวอย่างทำการการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่ โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (30 นาที)
2. กลุ่มตัวอย่างรับการประเมินโดยใช้แบบสังเกตการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าสำหรับผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ตามขั้นตอน (30 นาที) ดังนี้
 - 2.1 การดูแลความสะอาดของผิวหนังบริเวณเท้า ผู้วิจัยสังเกตและสอบถามกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.2 การตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการตรวจเท้าตนเองและอธิบายทุกขั้นตอนการตรวจ ผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง
 - 2.3 การป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้า ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติผู้วิจัยสังเกตและสอบถามการปฏิบัติประจำวัน
 - 2.4 การบันทึกผลการตรวจ ผู้วิจัยประเมินจากแบบบันทึกของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test หรือ Fisher exact probability test หรือ t-test
2. เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ถูกต้องในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับนวัตกรรมโดยใช้สถิติ McNemar test



3. เปรียบเทียบจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ถูกต้องระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Chi-square test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมฯ คิดเป็นร้อยละ 65 และกลุ่มที่รับบริการตามปกติ ร้อยละ 70 มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี มากที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีโรคร่วม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 100 ในกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมฯ และคิดเป็นร้อยละ 95 ในกลุ่มที่รับบริการตามปกติ ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างด้านข้อมูลทั่วไป ข้อมูลรายได้ ข้อมูลการสนับสนุนช่วยเหลือด้านสุขภาพ ข้อมูลความเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน และระดับความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ระหว่างกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมฯ และกลุ่มที่รับบริการตามปกติ พบว่าไม่มีความแตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติ

2. ร้อยละและจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ถูกต้องของกลุ่มทดลอง จำแนกระหว่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมฯ พบว่า หลังใช้นวัตกรรมกลุ่มทดลองประเมินได้ถูกต้องและครบถ้วนมากกว่าก่อนการใช้นวัตกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ร้อยละและจำนวน ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มทดลองที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้า จำแนกระหว่างก่อนและหลังการใช้นวัตกรรมฯ ($n=20$)

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนใช้นวัตกรรมฯ	หลังใช้นวัตกรรมฯ	p-value
	ร้อยละ (จำนวน)	(ร้อยละ) จำนวน	
ประเมินได้ถูกต้อง	0 (0)	85 (17)	< .001
ประเมินไม่ได้ถูกต้อง	100 (20)	15 (3)	

3. ร้อยละและจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจำแนกระหว่างกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมฯ และกลุ่มที่รับบริการตามปกติพบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ร้อยละและจำนวนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจำแนกระหว่างกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมฯ และกลุ่มที่รับบริการตามปกติ

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมฯ	กลุ่มที่รับบริการตามปกติ	p-value
	($n=20$)	($n=20$)	
	ร้อยละ (จำนวน)	ร้อยละ (จำนวน)	
ประเมินได้ถูกต้อง	85 (17)	0 (0)	.002
ประเมินไม่ได้ถูกต้อง	15 (3)	100 (20)	

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของนวัตกรรมคู่หูดูแลกันต่อการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย พบว่า หลังได้รับนวัตกรรมคู่หูดูแลกัน กลุ่มทดลองมีจำนวนผู้ที่ประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าได้ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับนวัตกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) และมากกว่ากลุ่มที่รับบริการตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ทั้งนี้เป็นผลมาจากหลังได้รับนวัตกรรมที่มีการใช้กระบวนการกำกับตนเองตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1986) ทำให้ผู้ที่เป็น



Effect of the Buddy Care Innovation on Assessment of Diabetic Foot Complications Among Persons with Type 2 Diabetes in Huai Khrai Sub-District, Maesai District, Chiang Rai Province
ผลของนวัตกรรมคูหุดูแลกันต่อการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงราย

โรคเบาหวานได้เกิดการเรียนรู้จากการสังเกตตนเอง รับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนที่เท้า รับรู้ประโยชน์ของการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าของตนเอง และสร้างเป้าหมายในการปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งประกอบด้วย 3 กระบวนการ คือ

กระบวนการที่ 1 การสังเกตตนเอง (Self-observation) เป็นการทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานของตนเอง โดยการให้ประเมินระดับความเสี่ยงของตนเอง และจับคู่ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานมาเป็นคูหุดูแลกันเพื่อคอยกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง และเสริมสร้างกำลังใจ โดยได้รับการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ภาวะแทรกซ้อน และผลกระทบที่เน้นการใช้รูปภาพและสื่อวีดิทัศน์ที่เป็นกรณีศึกษาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน อีกทั้งมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันช่วยสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติที่ถูกต้อง การวิจัยนี้ได้กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดกระบวนการสังเกตตนเอง เกี่ยวกับการปฏิบัติดูแลตนเอง ความสม่ำเสมอ และความถูกต้องของพฤติกรรม โดยที่ตนเองต้องรู้ว่ากำลังทำอะไร ความสม่ำเสมอ ความแม่นยำในการสังเกต และบันทึกการปฏิบัติตามคู่มือการกำกับตนเองและประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้า โดยข้อมูลจากการสังเกตจะเป็นสิ่งที่ช่วยกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติที่มีความเป็นไปได้ การประเมินการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ ซึ่งขึ้นอยู่กับแรงจูงใจในแต่ละคนเป็นสำคัญ

กระบวนการที่ 2 การตัดสินใจ (Judgment process) ในนวัตกรรมคูหุดูแลกันมีการปฏิบัติการตรวจเท้าและให้คูหุดูแลปฏิบัติการตรวจเท้าตามขั้นตอน และนำไปปฏิบัติอย่างเป็นประจำ อีกทั้งมีการเรียนรู้จากต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติการดูแลเท้า ได้แก่ การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ไม่เคยมีแผลและผู้ที่มีแผลแล้วรักษาหายเป็นปกติ ซึ่งเป็นการเปรียบเทียบผลของการปฏิบัติของตนเองกับผลการปฏิบัติของผู้อื่น และให้ความสำคัญต่อการถ่ายทอดมาตรฐานจากการสนับสนุนจากตัวแบบเพื่อเกิดการตัดสินใจกระทำตามเป้าหมาย ในกระบวนการตัดสินใจกลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมได้มีคูหุช่วยเสริมแรงซึ่งเป็นปัจจัยทางสภาพแวดล้อมภายนอกที่คอยกระตุ้นเตือนติดตามการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้า ทำให้เกิดการกระทำที่มีความต่อเนื่อง

กระบวนการที่ 3 การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง (Self-reaction) เป็นการประเมินการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองในเชิงบวกหรือเชิงลบ ในแง่ของผลลัพธ์ที่จับต้องได้ หรือความพึงพอใจในตนเอง การที่มีการกำกับตนเองทำให้เกิดการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งมีคูหุคอยกระตุ้นเตือนทำให้สามารถเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติที่พร้อมไปได้ และในการแสดงปฏิกิริยาต่อตนเองจะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติหากส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติตามมาตรฐานในระดับหนึ่งแล้วย่อมมีโอกาสเกิดการกำกับตนเองตามมาตรฐานต่อไป ซึ่งจะทำให้บุคคลเกิดวิจรรณญาณในการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับตนเอง ทำให้สามารถจัดการปัญหาหรือผลกระทบจากโรคได้อย่างเหมาะสม

จากผลของนวัตกรรมคูหุดูแลกันที่มีการใช้แนวคิดการกำกับตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1986) และการเสริมแรงจากคูหุ ทำให้ผู้ที่ได้รับนวัตกรรมคูหุดูแลกันเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากการปฏิบัติโดยเริ่มจากการสังเกตตนเองว่ากำลังทำอะไรอยู่ เพราะความสำเร็จในการกำกับตนเองส่วนหนึ่งมาจากความชัดเจน ความสม่ำเสมอ และความแม่นยำ จากการตั้งเป้าหมายและเตือนตนเอง เกิดกระบวนการตัดสินใจ และนำมาสู่การแสดงปฏิกิริยาต่อตนเอง ซึ่งส่วนสำคัญเป็นการสนับสนุนจากปัจจัยทางสภาพแวดล้อมภายนอกคือคูหุที่คอยสนับสนุน กระตุ้นเตือน ทำให้เกิดความมั่นใจและปฏิบัติได้อย่างสม่ำเสมอ เป็นการเสริมแรงทางบวกในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ในการเลือกคูหุที่เป็นไปได้โดยสมัครใจทำให้เกิดการร่วมมือต่อการปฏิบัติ ซึ่งคูหุได้มีการกำหนดเป้าหมายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าร่วมกัน ปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมทักษะความรู้ในการดูแลเท้าของตนเอง มีการกำกับตนเองและกระตุ้นเตือนคูหุอย่างเป็นประจำ ทำให้ผู้ที่เป็นโรคเบาหวานเกิดความตระหนักถึงความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น สามารถประเมินเท้าเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอย่างเป็นประจำ โดยที่คูหุมีบทบาทในการกระตุ้นเตือนในการปฏิบัติประเมินเท้าและช่วยเสริมกำลังใจกันอย่างสม่ำเสมอ



การศึกษานี้ พบว่ากลุ่มที่ได้รับนวัตกรรมคู่หูดูแลกันสามารถปฏิบัติการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากโรคเบาหวาน ได้ถูกต้องและครบถ้วน ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลความสะอาดของผิวหนังบริเวณเท้า 2) การตรวจเท้าเพื่อค้นหาความผิดปกติ 3) การป้องกันการเกิดบาดแผลที่เท้า และ 4) การบันทึกผลการตรวจ ซึ่งมีความแตกต่างกับก่อนที่ได้รับนวัตกรรมฯ และกลุ่มที่ได้รับบริการตามปกติ แสดงว่านวัตกรรมคู่หูดูแลกัน ช่วยให้ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ปฏิบัติการประเมินเท้าของตนเองได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ ซึ่งจะทำให้ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เท้าที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

นวัตกรรมคู่หูดูแลกันสามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เท้าในกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ผู้ที่นำนวัตกรรมคู่หูดูแลกันนี้ไปใช้ควรศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการกำกับตนเอง อีกทั้งในการจับคู่หูดูแลกันควรเป็นผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่มีบริบทเดียวกัน การเลือกจับคู่เป็นไปด้วยความสมัครใจจะทำให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติและสามารถกระตุ้นเตือนกันได้ จะทำให้การปฏิบัติให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาโดยเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลในระยะ 6 เดือน และ 1 ปี เพื่อให้เห็นผลการปฏิบัติที่ต่อเนื่อง
2. ควรพัฒนานวัตกรรมคู่หูดูแลกันในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นของโรคเบาหวาน หรือโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่ต้องมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง

References

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Boonsong, J., Charoenpun, C., & Worawong, C. (2016). Effects of the health behavior promotion program for preventing foot complications in patients with type 2 diabetes admitted to Dong Khwang Tambon health promotion hospital, Muang Nakhon Phanom, Nakhon Phanom province. *Journal of the office of DCP 7 Khonkaen*, 23(2), 46-59. (in Thai)
- Chiangrai Provincial Public Health Office. (2020). *Report of NCD clinic plus*. Retrieved from https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page_kpi.php?flag_kpi_page_kpi.php?flag_kpi_level=9&flag_kpi_year=2020. (in Thai)
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). New York: Academic Press.
- Division of Non Communicable Diseases. (2015). *Report of of non communicable disease 2015*. Retrieved from <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>. (in Thai)
- Division of Non Communicable Diseases. (2019). *Information of non communicable disease*. Retrieved from <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=136458&tid=32&gid=1-020>. (in Thai)



Effect of the Buddy Care Innovation on Assessment of Diabetic Foot Complications Among Persons with Type 2 Diabetes in Huai Khrai Sub-District, Maesai District, Chiang Rai Province
ผลของนวัตกรรมคู่หูดูแลกันต่อการประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เท้าจากเบาหวานในผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย

- Gibson, T. B., Driver, V. R., Wrobel, J. S., Christina, J. R., Bagalman, E., DeFrancis, R., ... Gatwood, J. (2014). Podiatrist care and outcomes for patients with diabetes and foot ulcer. *International Wound Journal*, 11(6), 641-648.
- Hong Hae Health Promoting Hospital. (2020). *Information of non communicable disease*. Retrieved from <http://msdho.com/msdho1/ncdplus/hh1010-2563>. (in Thai)
- Khamanee, K. (2005). *Instructional model: Many choice* (3rded.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Raksa, P. (2020). *Effects of experiential learning program on knowledge and assessments for diabetic foot complication in persons with type 2 diabetic among village Health volunteers*. (Master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Srimaksuk, K. (2014). *The outcomes of the utilization of clinical nursing practice guidelines in prevention of foot ulcer amongst diabetic type II patients*. (Master's thesis). Christian University, Thailand. (in Thai)
- Sriwong, N. (2019). Self-care behaviors of type II diabetes mellitus patients attended in Hun Na Ngam Sub-District Health Promoting Hospital, Sribunruang District, Nong Bua Lamphu Province. *Journal of Health Science*. 28(4), 620-627. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). *Diabetes mellitus*. Retrieved from https://www.who.int/health-topics/diabetes#tab=tab_1



A Community Care System for Older People Requiring Assistance,

Phu Ho Sub-district, Phu Luang District, Loei Province

ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ตำบลภูหอ อำเภอกุหลาบ จังหวัดเลย

กัณนิษฐา มาเห็ม*

Khannistha Mahem*

ปวิณตรา มานาดี้**

Pawintra Manadee**

วิทยา สุขคำ***

Wittaya Sukkum***

รัชณีย์ ไพเมือง****

Ruchanee Pimuang****

Abstract

This critical ethnographic study aimed to explore the characteristics, problems and needs of older people who require assistance; the situation of care; the conditions of care; and the synthesis of a model for the development of a care system for older people who require assistance by communities and localities in Phu Ho Sub-district, Phu Luang District, Loei Province. Data were collected by in-depth interviews and focus group discussions with 78 informants which consisted of older people, caregivers, family members, volunteers, community leaders and government officials. Data were analyzed using content analysis.

The results showed that the community identifies 6 groups of older people who require assistance: Group 1 - dependent group, who have physical and potential limitations in living their life or are bedridden elderly; Group 2 - homebound older people; Group 3 - poverty-stricken older people; Group 4 - older people with aggressive schizophrenia; Group 5 - older people burdened with caring for a family member; and Group 6 - older people who suffer from an existing illness. This information leads to analyze problems and needs. It is important to synthesize a care system that is consistent with the Phu Ho Sub-district context. There are three important components as follows: 1) 4 main actors in the development of the community care system for older people who require assistance in the popular sectors, localities, the sub-district administrative organization, and the primary health care units; 2) concrete care under 6 activities; and 3) 5 A. and 5 K. activities for self-reliance of local communities.

It is important to develop a community care system for older people with suggestions for developing and implementing a database of older people, as well as to provide services which respond to the problems and needs of this target group and which they can access equally and fairly.

Keywords: Older people, Community care system, Require assistance, Local community

* Corresponding Author, Senior Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Health

** Practitioner Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Health

*** Division Director of Social Work, Phu Ho Sub-District Administrative Organization, Phu Ho Sub-District, Loei Province

**** Chief Administrator of Sub-District Organization, Phu Ho Sub-District Administrative Organization, Phu Ho Sub-District, Loei Province

Received 24 January 2022; Revised 13 March 2022; Accepted 16 June 2022



บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณาแนววิพากษ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณลักษณะ ปัญหา และความต้องการ ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ สถานการณ์การดูแล ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแล และการสังเคราะห์รูปแบบ การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชนและท้องถิ่น ตำบลภูหอ อำเภอกุหลาบ จังหวัดเลย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 78 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว อาสาสมัคร แกนนำชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐ วิเคราะห์ข้อมูลโดย วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนจำแนกผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือเป็น 6 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้นอนติดเตียง กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุยากจน กลุ่มที่ 4 ผู้สูงอายุจิตเวช พฤติกรรมก้าวร้าว กลุ่มที่ 5 ผู้สูงอายุแบกรับภาระดูแลสมาชิกในครอบครัว และกลุ่มที่ 6 ผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ข้อมูลเหล่านี้นำไปสู่การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ สิ่งสำคัญคือการ สังเคราะห์ระบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ตำบลภูหอ องค์ประกอบที่สำคัญมี 3 ประการ คือ 1) ผู้ดำเนินการหลัก 4 องค์การ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือทั้งภาคประชาชน ท้องที่ ท้องถิ่น และหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) การดูแลอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้ 6 ชุดกิจกรรมหลัก และ 3) กิจกรรม 5 อ. และ 5 ก. เพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชนท้องถิ่น

สิ่งที่มีความสำคัญคือการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุจากข้อเสนอแนะในการพัฒนาและใช้ฐานข้อมูล ผู้สูงอายุ รวมทั้งการจัดบริการที่ครอบคลุมสภาพปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเข้าถึง บริการที่เท่าเทียมและเป็นธรรม

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ ระบบการดูแลของชุมชน การต้องการความช่วยเหลือ ชุมชนท้องถิ่น

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข e-mail: khannistha.m@bcnkk.ac.th

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

*** ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลภูหอ อ.ภูหลวง จ.เลย

**** ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลภูหอ อ.ภูหลวง จ.เลย

วันที่รับบทความ 24 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 13 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 16 มิถุนายน 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม สภาวะเศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม รวมถึงการเมืองการปกครอง ทำให้ปัญหาของกลุ่มประชากรผู้ต้องการความช่วยเหลือในสังคม ซึ่งเป็นผู้ที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากในการใช้ชีวิต มีแนวโน้มขยายตัวเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับลักษณะปัญหาที่มีความหลากหลาย ซ้ำซ้อน และยากต่อการทำความเข้าใจสาเหตุที่แท้จริง ทำให้ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ ไม่ได้รับการตอบสนองที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการ ส่งผลต่อการใช้ชีวิตอย่างไม่เท่าเทียมกับคนอื่น ๆ ในสังคม เนื่องจากขาดปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ขาดการยอมรับ และขาดโอกาสในการได้รับการพัฒนาจากภาครัฐ จึงมักถูกเอารัดเอาเปรียบหรือถูกละเลย ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ต่ำกว่ามาตรฐานในสังคม (Suansawat, 2013; Office for the Promotion and Protection of the Underprivileged, 2018) ข้อมูลการสำรวจประชากรผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับพื้นที่ตำบล มากกว่าครึ่งเป็นประชากรวัยสูงอายุที่เผชิญกับความทุกข์ยากเป็นเวลานาน จากการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะทุพพลภาพ อยู่ในสภาวะพึ่งพิง ขาดความมั่นคงในชีวิต ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตตามมา และส่งผลต่อสภาวะเศรษฐกิจและการใช้ชีวิตในสังคม ต้องปรับเปลี่ยนบทบาทจากการเป็นผู้นำเป็นเพียงผู้อาศัยความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง สุดท้ายแยกตัวออกจากสังคม สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิต ทำให้มีความยากลำบากยิ่งขึ้น จึงต้องอาศัยบุคคลและหน่วยงานอื่นช่วยเหลือ (Nuntaboot, 2016)

ประเทศไทยเผชิญกับสังคมสูงวัย (Ageing society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และจากผลการสำรวจข้อมูลระดับท้องถิ่น ในปี พ.ศ. 2563 พบว่ามีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 17.5 อาศัยอยู่ตามลำพังสูงถึงร้อยละ 28.3 และอยู่ในภาวะพึ่งพิงร้อยละ 26.6 จาก 3,000 ตำบล (Nuntaboot, 2020) สำหรับตำบลภูหอ อ.กุหลอง จ.เลย ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบท ประชากรส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำไร่ ทำนา รองลงมาคืออาชีพรับจ้างใช้แรงงานทั้งในจังหวัดและในกรุงเทพมหานครเพื่อยังชีพ สถานการณ์ผู้สูงอายุตำบลภูหอ มีผู้สูงอายุร้อยละ 17.22 พบว่าเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 30.77 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18.18 และโรคไตวาย จำนวน 5 คน มีความพิการติดบ้านร้อยละ 0.66 ติดเตียงร้อยละ 0.01 นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้สูงอายุที่ถูกระบุว่า มีความยากลำบากในการเข้าถึงบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานและการใช้ชีวิตประจำวันเนื่องจากต้องพึ่งพาผู้ดูแลและญาติพี่น้องในเวลาที่ต้องเดินทางมายังสถานพยาบาล ซึ่งเกิดขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุยากจน และผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุมากกว่า 80 ปี และอาศัยอยู่ในชนบทพื้นที่ห่างไกล ร้อยละ 17.23 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด (Phu Ho Subdistrict Administrative Organization, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุพบว่า ผู้สูงอายุมักมีคุณลักษณะร่วมที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) เป็นผู้ที่มีการดำรงชีวิตที่ยากลำบาก (difficult life) ขาดโอกาสในการได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสังคม 2) เป็นผู้ที่อยู่ในสภาวะไร้อำนาจ (powerlessness) เป็นกลุ่มคนชายขอบที่หลุดรอดจากการดูแลของสังคม 3) เป็นผู้ที่มีความเสี่ยงหรือความเปราะบาง (vulnerability) อยู่ในสภาวะที่มีความอ่อนแอ ขาดศักยภาพในการพึ่งตนเองต้องการการดูแลช่วยเหลือ (Vattanaamon, 2011) ในขณะที่ระบบการดูแลของไทย ที่ผ่านมามีปัญหาการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงการมีหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องเข้ามาดูแล ยังเป็นตามกระแสหลักแบบแยกส่วนตามแผนงานและนโยบายภาครัฐ ขาดการเชื่อมโยงบูรณาการกิจกรรม และไม่ครอบคลุม

หน่วยงานที่เป็นส่วนราชการดำเนินการประเด็นผู้สูงอายุหลายหน่วยงาน แต่ยังขาดการประสานและดำเนินงานร่วมกัน ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างไม่มีเอกภาพ มีความซ้ำซ้อน และไม่เกิดความยั่งยืน การดำเนินงานไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ หรือไม่สามารถแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสภาวะผู้สูงอายุได้อย่างสมบูรณ์ (Prachuabmoh, 2015) การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ย่อมมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ตามสภาพปัญหาและความต้องการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาระบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชนและท้องถิ่น ตามสภาพปัญหา และความต้องการภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมของพื้นที่



ศึกษา เพราะท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจหลักในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตประชาชนทุกกลุ่มวัย ตาม พ.ร.บ. กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ สู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (พ.ศ. 2542)

การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ มีความเฉพาะเจาะจง การออกแบบการดูแลควรมีความสอดคล้องกับบริบทวิถีชีวิต ดังนั้นการพัฒนาชุดความรู้ โดยการวิจัยเพื่อพัฒนาหรือสร้างรูปแบบการดูแลขึ้นใหม่ (Reconstruction) จึงต้องทำการวิเคราะห์หลากหลายประเด็น เพื่อให้มีความครอบคลุมกับความต้องการ และสภาพปัญหา ได้แก่ การตีความของคุณลักษณะผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ผ่านมุมมองของกลุ่มเป้าหมาย ผู้ดูแล และผู้ที่เกี่ยวข้องตามการรับรู้หรือเป็นมุมมองของคนใน (emic views) ศึกษาปัญหาและความต้องการ รวมถึงความช่วยเหลือของชุมชนในสถานการณ์ต่าง ๆ และปัจจัยเงื่อนไขการดูแลอย่างลึกซึ้ง ครอบคลุมมิติทางด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม สภาวะแวดล้อม สภาวะสุขภาพ การเมืองการปกครองและวัฒนธรรม โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยออกแบบการวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณาแนววิพากษ์ (Critical ethnography) ที่เชื่อว่าคุณรู้ความจริงมีหลากหลาย และมีความแตกต่างกันไปตามบริบทสังคมวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่ มีผลต่อการดูแลที่แตกต่างกัน มุ่งเน้นการวิพากษ์ การสะท้อนคิดโดยผู้วิจัยได้เข้าร่วมในสถานการณ์จริงของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือ วิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขการพัฒนา นำสู่การสังเคราะห์เป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุแก่ชุมชนท้องถิ่นและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในพื้นที่ศึกษา
2. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ในประเด็นการดูแลของชุมชน การจัดกิจกรรม บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแล หรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ผลลัพธ์ และผลกระทบจากการดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น
3. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชน ตามบริบทสังคม วัฒนธรรมชุมชน
4. เพื่อสังเคราะห์ระบบการดูแลและข้อเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือของชุมชนตามบริบทสังคมวัฒนธรรมพื้นที่ศึกษา

คำถามการวิจัย

1. คุณลักษณะ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือตามการรับรู้ของชุมชน เป็นอย่างไร
2. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือของชุมชนที่ศึกษา เป็นอย่างไร
3. ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชนท้องถิ่นเป็นอย่างไร
4. ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือของชุมชนท้องถิ่นที่ศึกษาควรเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยอธิบายปรากฏการณ์ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือที่ปรากฏตามบริบทสังคมวัฒนธรรมชุมชน โดยใช้แนวคิดทฤษฎีเชิงวิพากษ์ (Critical Social Theory) เป็นฐานคิด ในการออกแบบวิธีการวิจัย แบบชาติพันธุ์วรรณาเชิงวิพากษ์ (Critical Ethnography) ผู้วิจัยแบ่งการศึกษา ออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจบริบทชุมชนและคุณลักษณะ ปัญหาและความต้องการผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ระยะที่ 2 การศึกษาสถานการณ์การดูแลกลุ่มเป้าหมาย และระยะที่ 3 สังเคราะห์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายโดยชุมชนท้องถิ่น ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่หลากหลาย



ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการศึกษาเอกสาร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาแบบชาติพันธุ์วรรณนาเชิงวิพากษ์ (Critical Ethnography) เป็นการศึกษาเพื่ออธิบายภาพรวมวิถีชีวิต วัฒนธรรม โดยการเข้าไปเรียนรู้วัฒนธรรมชุมชนที่ศึกษา ความเป็นอยู่ของคนในชุมชน การเรียนรู้วิถีชีวิตของผู้สูงอายุ และการดูแลโดยชุมชน โดยเชื่อมโยงการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มที่ชุมชนระบุเป็นผู้ที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ ศึกษาในช่วงเดือน มีนาคม 2563 ถึง สิงหาคม 2564 ในพื้นที่ตำบลภูหอ 13 หมู่บ้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป้าหมายประกอบด้วย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) 4 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 25 คน 2) ครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้าน ของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ จำนวน 23 คน 3) กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (รพ.สต.) ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) Caregiver จำนวน 13 คน และ 4) ตัวแทนทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ตัวแทนมูลนิธิจิตอาสา ตัวแทนกลุ่มอาชีพต่าง ๆ ในชุมชน ตัวแทนพระสงฆ์ ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ และตัวแทนสมาชิกโรงเรียนผู้สูงอายุ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling)

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรอง (general informants) เป็นบุคคลที่ผู้ให้ข้อมูลหลักอ้างอิงโดยใช้วิธีการอ้างอิงต่อเนื่องปากต่อปาก (snowball sampling technique) และเป็นผู้ที่สามารถติดต่อได้ เลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีความหลากหลาย ในประเด็นพฤติกรรมกรรมการดูแลของครอบครัวต่อผู้สูงอายุ การทอดทิ้งไม่ใส่ใจดูแล ฐานะทางเศรษฐกิจ วิธีการดำเนินชีวิต เป็นต้น จำนวนผู้ให้ข้อมูลรอง 9 คน รวมจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 78 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย

ชุดที่ 1 แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ในประเด็นการดำเนินชีวิต ปัญหา และความต้องการในการดูแล การเข้าถึงบริการภาครัฐตามความจำเป็น ความรู้สึกที่ชุมชนกำหนดให้เป็นผู้ที่ควรได้รับความช่วยเหลือ เป็นต้น

ชุดที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนบ้าน ในประเด็นการให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ การจำแนกประเภท รวมถึงปัญหาและการต้องการความช่วยเหลือ เป็นต้น

ชุดที่ 3 แนวคำถามการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน องค์การชุมชน ผู้แทน อบต.ภูหอ และผู้แทน รพ.สต.ศรีอุบล ในประเด็น คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือตามการรับรู้ นโยบายหรือกิจกรรมที่สนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือที่ได้ดำเนินการ ผลกระทบจากงานและกิจกรรมที่ดำเนินการด้านผู้สูงอายุ สภาพปัญหาและการต้องการความช่วยเหลือ ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ และแนวทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือตามบริบทสังคมวัฒนธรรม เป็นต้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวคำถามในการสนทนากลุ่มแบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview) ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ด้านการพยาบาลชุมชน และด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ นอกจากนี้ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้สูงอายุ และบุคลากรด้านสุขภาพ เพื่อทดสอบความสั้นไหลของการถาม และการตอบคำถาม พร้อมนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้



ความพร้อมของนักวิจัย การศึกษาครั้งนี้ นักวิจัยเป็นผู้มีความรู้และทักษะในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ รวมทั้งมีประสบการณ์ทำงานภาคสนามมาก่อน และได้พัฒนาทักษะ กระบวนการคิดเชิงระบบจากการถอดบทเรียนประเด็นเด่นหลากหลายพื้นที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส. สำนัก 3)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขอรับรองการดำเนินการวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-32-2019 ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอความยินยอม และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย และได้ชี้แจงประโยชน์ของการวิจัย รวมถึงสิทธิการเข้าร่วมวิจัย โดยให้เป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มเป้าหมาย และข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ และกลุ่มครอบครัว ญาติ เพื่อนบ้านของผู้สูงอายุ ส่วนการสนทนากลุ่มในผู้ให้ข้อมูลหลักได้ดำเนินการจำนวน 3 กลุ่มๆละ 7-8 คน ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2 กลุ่ม และตัวแทนทุนทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ 1 กลุ่ม

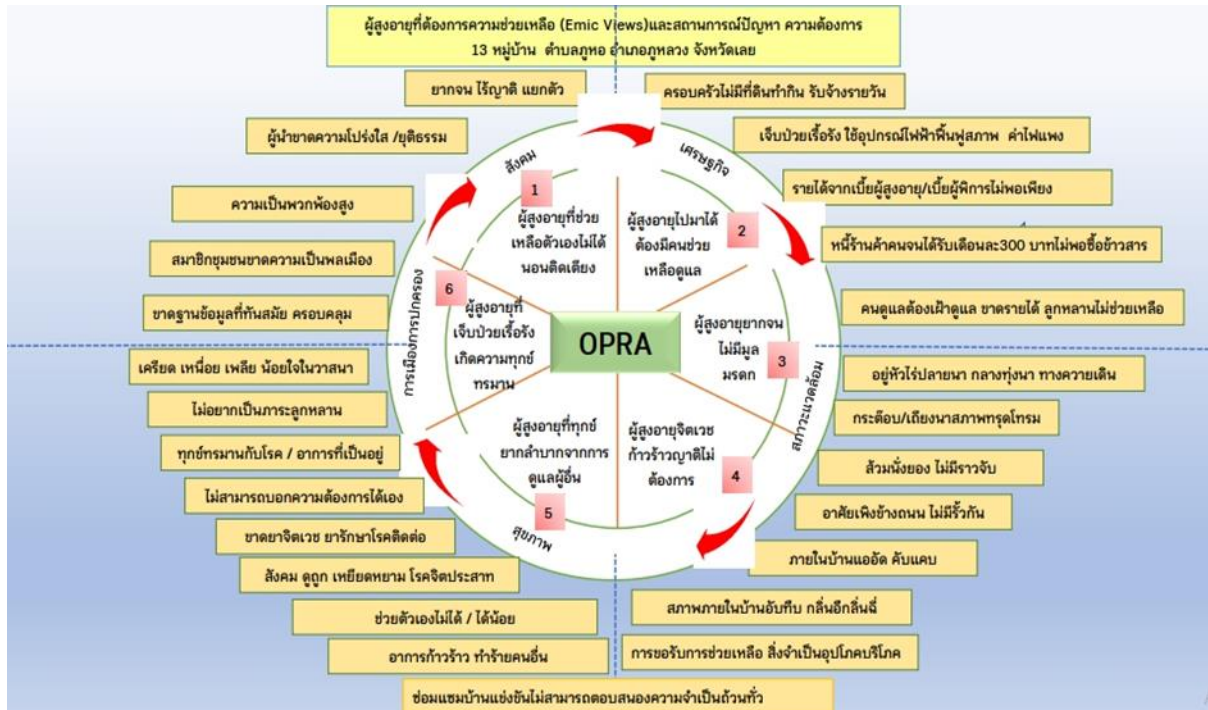
การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย การวิเคราะห์ภาคสนาม และการวิเคราะห์หลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลภาคสนามทั้งหมดมาวิเคราะห์ จำแนกประเภท โดย 1) การจัดระเบียบเนื้อหาของข้อมูล 2) การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis) และ 3) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยการถอดเทป จากนั้นผู้วิจัยนำมาอ่านทบทวนและวิเคราะห์ยกประเด็นหลัก

การวิเคราะห์หลังเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความพอเพียงของข้อมูล เพื่อให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้ และตรวจสอบความแม่นยำและความน่าเชื่อถือของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ โดยใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation technique) ได้แก่ 1) การตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (data triangulation) และ 2) การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีการรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation)

ผลการวิจัย

ผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายทั้ง 4 กลุ่ม นำเสนอผลการวิจัย 4 ประเด็นตามวัตถุประสงค์ ดังรายละเอียดต่อไปนี้



ภาพที่ 1 คุณลักษณะผู้สูงอายุและสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ต.ภูหอ อ.กุหลาบ จ.เลย (OPRA= Older People Who Required Assistance)

1. คุณลักษณะผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือของชุมชน นำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังภาพที่ 1

ผู้สูงอายุที่ถูกระบุว่าเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมีคุณลักษณะ สถานการณ์ปัญหา และความต้องการจำแนกได้ 6 ประเภทดังนี้

ประเภทที่ 1 ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง กลุ่มเป้าหมายที่ถูกระบุว่าควรได้รับความช่วยเหลือดูแล เนื่องจากภาวะแทรกซ้อนของโรคและการเจ็บป่วยเดิม เช่นภาวะหลอดเลือดสมอง ต้องรักษาเป็นระยะเวลายาวนาน รวมถึงภาวะเสื่อมตามวัยในผู้สูงอายุตอนปลายที่มีกำลังอ่อนแรง บางรายรอวาระสุดท้ายของชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงระยะสุดท้ายเป็นต้น สภาวะเช่นนี้ส่งผลให้มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจในครัวเรือน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีฐานะยากจน เกิดหนี้สินเรื้อรังเกิดค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น ครอบครัวไม่มีที่ทำกินเป็นของตนเอง อาศัยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม บางครอบครัวยังชีพด้วยเบี้ยผู้สูงอายุและเบี้ยผู้พิการเท่านั้น นอกจากนี้ยังพบภาวะแทรกซ้อนเช่น เกิดแผลกดทับ ข้อติดแข็ง กล้ามเนื้อแขนขาลีบ อ่อนแรง และภาวะเท้าตก โดยเฉพาะมีผู้ดูแลที่เป็นผู้สูงอายุดูแลกันเอง ในเบื้องต้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจาก รพ.สต.ศรีอุบล ร่วมกับ อบต.ภูหอ และ อสม.เป็นครั้งคราว

ประเภทที่ 2 ผู้สูงอายุติดบ้านที่ไปมาได้แต่ต้องมีคนช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ถึงแม้จะยังไปไหนมาไหนได้ แต่ต้องมีคนนำพา หรือพึ่งพาอุปกรณ์ในการเคลื่อนไหวด้วยความยากลำบาก ควรให้การช่วยเหลือดูแลในการใช้ชีวิตประจำวัน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ มักขาดโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ทำให้รู้สึกด้อยค่าในตนที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น เหน็ด เหนื่อย ฝืนไปไหนไม่ได้ เนื่องจากลูกหลานต้องทำมาหากิน ครอบครัวฐานะยากจนรายได้ไม่พอเพียง ภูนี้ร้านค้าสวัสดิการชุมชนทุกเดือน ได้รับบัตรสวัสดิการแห่งรัฐเดือนละ 300 บาท ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพกายอย่างต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ชุมชนเห็นว่าควรได้รับการดูแลช่วยเหลือทั้งด้านเศรษฐกิจ การเข้าถึงบริการภาครัฐที่จำเป็น รวมถึงการสนับสนุนกายอุปกรณ์อย่างพอเพียง และสวัสดิการแห่งรัฐควรให้การสนับสนุนโดยเพิ่มงบประมาณให้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อค้นพบที่สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เป็นธรรม เช่น คนจนยังถูกเอารัดเอาเปรียบ ได้รับการจัดสรรให้สวัสดิการน้อยกว่าคนบางกลุ่ม และไม่

สามารถตรวจสอบการจัดสรรสิ่งสนับสนุนจากภาครัฐได้อย่างเท่าเทียม เป็นต้น

ประเภทที่ 3 ผู้สูงอายุจนไม่มีมรดกตกทอดให้ลูกหลาน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เดิมอาศัยในครอบครัวฐานะปานกลางถึงยากจน อาชีพรับจ้างรายวันในเมืองใหญ่ มรดกที่ดินที่เคยมีได้ขายนำเงินมาใช้จ่ายโดยไม่มีการวางแผนใช้จ่ายและการออม เมื่ออายุมากไม่มีการจ้างงานได้หวนกลับคืนบ้านเกิด หวังพึ่งพาญาติพี่น้องดูแล ซึ่งญาติพี่น้องได้สะท้อนว่า “มรดกพ่อแม่ยกให้ยังขายกิน ไม่มีเหลือให้คนอื่นแต่กลับมาเป็นภาระใครเขาจะเอา” แต่ด้วยความสัมพันธ์ญาติพี่น้องคนอีสาน จึงจำใจให้อยู่อาศัยชั่วคราวปลายนาต้องเผชิญกับความยากจนต่อเนื่องยาวนาน

ประเภทที่ 4 ผู้สูงอายุจิตเวชพฤติกรรมก้าวร้าวครอบครัวและญาติไม่ต้องการ จากข้อมูลพบว่า มีผู้สูงอายุเป็นผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระหว่างการรักษา จำนวน 5 ราย ทีมผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้านพบว่ามี 2 ราย มีอาการคุมคลั่งก่อเหตุทำร้ายร่างกายผู้อื่นจากการขาดยารักษาโรค ครอบครัวจึงปฏิเสธให้อยู่อาศัยร่วมบ้าน ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเป็นที่หวาดกลัวของคนในชุมชน เพราะมีประวัติทำร้ายคนในครอบครัวถึงขั้นเสียชีวิต มีชีวิตประจำวันเร่ร่อนภายในหมู่บ้าน อาศัยหลับนอนในกระท่อมห้างบ้าน ผมเฝ้ารุ่งรัง แต่งกายด้วยเสื้อผ้าเก่าขาด เนื้อตัวมอมแมม ถูกตราหน้าว่าเป็น “ผีบ้ากินแมว” ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ครอบครัวรู้สึกอับอาย สังคมถูกเหยียดหยามที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางจิตเวช “หมอให้ฉีดยา 3 เดือนไม่มีใครบังคับไปได้ มันกะป่วนขึ้น บางวันกะตั้งตั้ง ลีเอาค้อนมาใส่ ยายกินข้าวอยู่ในเฮือนถ้าหนีปิ่นกะตายกะบ่ต้องชอยหยั่งดอก มีแต่ชอยปลูกเฮือนให้มันอยู่ต่างหาก กะห้องน้ำกะอยากให้มีต่างหากเพราะเข้าร่วมเฮาบได้ ที่บางวัน แกจะเก็บแมว มาทำกินอยู่กระท่อมนั่นแหละ แมวรถถ้าเก็บแล้วกะมาทำสุกกิน เอาไก่ เอาหมา แล้วก็แมวใส่กรงนั่นแล้วก็เอาใส่ฟ่ง แล้วกะเอารถจักรยานแกนะ ปั่นไปตามหมู่บ้าน” (Care Giver, 49 ปี)

ประเภทที่ 5 ผู้สูงอายุมีความทุกข์ยากลำบากจากภาวะดูแลสมาชิกในครอบครัว มักพบในครอบครัวฐานะยากจน ในขณะที่ผู้สูงอายุเองมีโรคประจำตัว ยังต้องมีภาระดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วยเรื้อรัง เด็กวัยก่อนเรียนและผู้พิการทางการเคลื่อนไหวในบ้าน เป็นต้น ในขณะที่บุตรหลานที่อยู่ในวัยทำงานต้องย้ายถิ่นฐานไปรับจ้างต่างถิ่น และขาดการติดต่อหรือไม่ได้ให้การช่วยเหลือใด ๆ สร้างความทุกข์ยากลำบากในการใช้ชีวิตเป็นอย่างยิ่ง เกิดความเครียด ความเหนื่อยล้า พักผ่อนที่พอเพียง นอนไม่หลับ ร่างกายผ่ายผอมเบื่ออาหาร ท้อแท้ในโชคชะตาทำให้ขาดความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ รวมถึงขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะโรคในครอบครัว เกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา ในผู้ป่วยภาวะไตวายเรื้อรังและผู้พิการ เป็นต้น

ประเภทที่ 6 ผู้สูงอายุที่มีความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ จากข้อมูลที่ได้พบว่าผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ร้อยละ 88 มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะหลอดเลือดสมอง ตาบอดมองไม่เห็น อาการเจ็บตา มีน้ำตาไหล ปวดหลังเรื้อรังจากกระดูกทับเส้นประสาท กลายเป็นกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง บางรายมีความทุกข์ทรมานจากการปวดของโรคผิวหนังเรื้อรังไม่ได้รับการดูแลรักษาตามต้องการ หลังจากพบแพทย์หลายครั้งอาการไม่ดีขึ้นจึงซื้อยาสมุนไพรตามรถเร่โฆษณาตามหมู่บ้าน หรือ สมุนไพรจากหลวงพ่อดังบริเวณหมู่บ้านใกล้เคียง เพื่อทุเลาอาการปวดทรมานเวลามีอาการท้องผูกเบ่งถ่ายลำบาก นอกจากนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการเจ็บป่วยเรื้อรังยาวนาน มักรู้สึกไม่สบายใจที่ต้องเป็นภาระให้ลูกหลานพาไปหาหมอตามนัดบ่อยครั้ง และต้องหยุดงาน

2. สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนที่ศึกษา

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในชุมชนที่ศึกษา พบมีการจัดบริการและการดูแลผู้สูงอายุที่ถูกระบุทั้ง 6 ประเภท ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอตามศักยภาพการพึ่งตนเองและการจัดการของชุมชน 4 ระดับตามบทบาทหน้าที่ ได้แก่ การดูแลภาคประชาชน การดูแลโดยท้องที่ การดูแลโดยท้องถิ่น และการดูแลโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ มีรายละเอียด ดังนี้



2.1 การดูแลโดยภาคประชาชน ประกอบด้วย การดูแลตนเอง ครอบครัว เพื่อนบ้าน และหน่วยงานองค์กร หรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ประกอบด้วย 1) การดูแลตนเอง โดยการดูแลกิจกรรมส่วนตัวในสภาวะปกติ ไม่เป็นภาระผู้อื่น ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน ขับถ่ายและทำความสะอาดได้เอง รับประทานอาหารและยาได้เอง สำหรับการดูแลตัวเองในสภาวะการเจ็บป่วย โดยการประเมินตนเองและตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา เช่น ซื้อยากินเองจากร้านขายยา ใช้สมุนไพรพื้นบ้านตามร่ำเร่ และวัดในชุมชน หากอาการไม่ดีขึ้นผู้ดูแลพาไปตรวจรักษาที่ รพ.สต.ศรีอุบล เป็นต้น 2) การดูแลโดยครอบครัวและเพื่อนบ้าน กิจกรรมประจำวันบางอย่างที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ ต้องมีการฝึกฝนให้ผู้ดูแลตัวเองในกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน เพื่อความสบาย และป้องกันการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อน โดยเฉพาะครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลานานและเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา บางครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลลดลงควรมีแหล่งทุนทั้งในและนอกชุมชนร่วมดูแล 3) การดูแลโดยกลุ่มทางสังคม มีรูปแบบการดูแลโดยผ่านการดำเนินงานและกิจกรรมของกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มจิตอาสา แหล่งเรียนรู้ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ในรายที่เจ็บป่วยต้องดูแลระยะยาวและต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีกลุ่มกองทุนสวัสดิการชุมชนจัดการตนเอง กองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์ของชุมชน กลุ่มอาชีพ เช่น กลุ่มเลี้ยงจิ้งหรีด กลุ่มกล้วยฉาบ ผักปลอดสาร กลุ่มหมอร่าพื้นบ้าน มูลนิธิธิดาแม่ธารธรรม ที่จัดแบ่งรายได้จากการขายผลิตภัณฑ์สำหรับดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือผู้พิการในชุมชนในขณะติดเตียงที่บ้าน

2.2 การดูแลโดยท้องที่ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน คณะกรรมการชุมชน ซึ่งมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในระยะยาวหรือกลุ่มที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การดูแล ได้แก่ 1) การสำรวจจัดทำข้อมูล ผู้ใหญ่บ้านและผู้นำชุมชนได้ทำงานร่วมประสานกันในการสำรวจข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการให้การช่วยเหลือผู้ต้องการความช่วยเหลือในชุมชน เช่น สำรวจผู้สูงอายุที่พิการ ค้นหาผู้พิการรายใหม่ที่ยังไม่ได้รับการรับรองผู้พิการ ผู้ที่ยากจน และการสำรวจสภาพที่อยู่อาศัย จัดส่งข้อมูลให้กับ อบต. เพื่อรับการสนับสนุน นอกจากนี้ยังเป็นผู้ประสานความช่วยเหลือกรณีผู้สูงอายุพิการต้องการกายอุปกรณ์ หรือมีความเดือดร้อนต้องการความช่วยเหลือ 2) การเฝ้าระวังความปลอดภัยในหมู่บ้าน การกำหนดกติกาข้อตกลง ผู้ใหญ่บ้านและคณะกรรมการหมู่บ้านทุกหมู่ เป็นส่วนหนึ่งของทีม อปพร. ทำหน้าที่ดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยในหมู่บ้านหรือในงานเทศกาล และวันที่มีตลาดนัด นอกจากนี้ในแต่ละหมู่บ้านมีกฎกติกาข้อตกลงในการอยู่ร่วมกันเกี่ยวกับความปลอดภัยของสมาชิกในชุมชน

2.3 การดูแลโดยท้องถิ่น คือ อบต.ภูหอ เป็นการจัดการให้กลุ่มผู้ด้อยโอกาสทุกประเภทให้สามารถเข้าถึงสิทธิพึงมีพึงได้ มีการสนับสนุนงบประมาณโครงการสร้างอาชีพ จัดจ่ายเบี้ยยังชีพ ประสานการช่วยเหลือ จัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อสนับสนุนการรวมกลุ่มเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็ง เช่น โรงเรียน และชมรมผู้สูงอายุ ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็ง เพื่อให้เกิดการพึ่งพาตนเองในพื้นที่ โดยผู้สูงอายุกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือได้รับการดูแลช่วยเหลือ ดังนี้ 1) การจัดสวัสดิการชุมชนตามที่กฎหมายกำหนด สิทธิได้รับสวัสดิการเบี้ยยังชีพ ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ยากจนที่ได้รับการสงเคราะห์รายได้ เพื่อช่วยเหลือและเอื้ออำนวยให้ผู้ที่ต้องได้รับการช่วยเหลือเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อบต.ภูหอ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดสวัสดิการดังกล่าว และประสานงานในระดับสูงขึ้นไปเพื่อให้การช่วยเหลือ โดยจัดทำทะเบียน จำแนกประเภทความต้องการ ประสานงานกับกลุ่มผู้นำชุมชน อาสาสมัคร หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ จัดทำเอกสารขึ้นทะเบียน ประกาศแจ้งสิทธิ รวมถึงการจัดตั้งกองทุนสวัสดิการชุมชนเพื่อเป็นสวัสดิการให้กับประชาชนในพื้นที่ 2) การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ผู้สูงอายุที่พิการ ผู้มีโรคเรื้อรัง ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน และต้องการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน เช่น โรงเรียน ผู้สูงอายุปัจจุบันเปิดบริการ 2 แห่ง การเข้าร่วมกิจกรรมงานประเพณีต่าง ๆ อบต.ภูหอ ได้จัดรถรับส่งในบางครั้ง การเข้าร่วมกิจกรรมได้เพิ่มความรู้สึกมีคุณค่า ได้รับกำลังใจ มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยหรือ

ความพิการที่เป็นอยู่แก่ผู้อื่น ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาศักยภาพ และดูแลตนเอง เกิดเครือข่ายช่วยเหลือกันและกันเป็นต้น 3) การสนับสนุนกายอุปกรณ์สำหรับผู้พิการ พื้นที่ศึกษาได้ให้ความสำคัญกับการจัดหา และจัดจ่ายกายอุปกรณ์สำหรับผู้ที่ต้องการร่วมกับ รพ.สต.ศรีอุบล เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและผู้พิการสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างอิสระตามศักยภาพของแต่ละคน แต่ยังไม่พอเพียงกับความต้องการของคนในตำบล ขาดการหมุนเวียนและการจัดทำทะเบียนอุปกรณ์อย่างเป็นระบบ 4) การจัดการที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตร อบต.ภูหอ ได้ประสานงานหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนภาครัฐและเอกชน ในการสรรหาครอบครัวผู้พิการ ยากจน ที่เข้าเกณฑ์การช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยที่ไม่ปลอดภัย ได้แก่ การซ่อมแซมปรับปรุง หรือต่อเติม ตลอดช่วงเวลาที่ผู้วิจัยศึกษา มีการสนับสนุนผู้สูงอายุที่พิการ ในด้านที่อยู่อาศัย และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ราย ด้วยงบประมาณ จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ จังหวัดเลย (พมจ.) แต่ยังไม่ครอบคลุมและพอเพียงแก่ความต้องการของชุมชน

2.4 การดูแลโดยหน่วยบริการสุขภาพ การจัดการบริการสุขภาพในพื้นที่ศึกษา โดยหน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.ศรีอุบล และโรงพยาบาลภูหลวง ซึ่งเป็นโรงพยาบาล ระดับ 30 เตียง ดูแลประชากรในพื้นที่ศึกษา 13 หมู่บ้าน การดูแลช่วยเหลือของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ มีดังนี้ 1) จัดบริการเชิงรับ-เชิงรุกและการดูแลต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมชน มีหน่วยบริการโดยตรงสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ จัดให้บริการทั้งในภาวะปกติและฉุกเฉิน มีคลินิกเฉพาะโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง คลินิกโรคหอบหืด ส่วนใหญ่ผู้ใช้บริการเป็นผู้ป่วยสูงอายุ หน่วยบำบัดฟื้นฟูในโรงพยาบาล มีนักกายภาพบำบัด 1 คน ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (continuing of care: coc) กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน ทำงานร่วมกับงานกายภาพบำบัด และแพทย์แผนไทยในการให้บริการเชิงรุก มีแผนการติดตามเยี่ยมในผู้สูงอายุพิการติดเตียง และผู้ที่ได้รับการประสานให้ติดตามเยี่ยมบ้านหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล เป็นต้น 2) การประสานความช่วยเหลือ รพ.สต. และ โรงพยาบาล มีการประสานความช่วยเหลือ กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลต่อเนื่อง และหน่วยงาน อบต.ภูหอ เพื่อขึ้นทะเบียนรับรองให้ผู้พิการได้รับการช่วยเหลือตามสิทธิ์ที่พึงมีพึงได้ การสนับสนุนกายอุปกรณ์ จัดตั้งศูนย์กายอุปกรณ์ ประสานข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพและสนับสนุนอาชีพสำหรับคนพิการเป็นต้น

3. ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรม

จากการวิเคราะห์ จัดประเภท และจัดบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ดังนำเสนอในเบื้องต้น ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชนท้องถิ่นตามปัญหา เพื่อให้เห็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลของชุมชน สรุปได้ดังนี้

3.1 การพัฒนาระบบข้อมูลและการจัดการข้อมูลผู้สูงอายุและกลุ่มเตรียมความพร้อมเข้าสู่ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ 6 ประเภทตามข้อค้นพบ เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดทำแผน และออกแบบการดูแลให้ครอบคลุมสภาพปัญหาและความต้องการอย่างเป็นรูปธรรม ภายใต้ความร่วมมือของ 4 องค์กรหลัก และภาคีเครือข่ายทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่

3.2 การจัดกิจกรรมเพิ่มศักยภาพให้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลทุกระดับให้ครอบคลุมหลากหลายมิติ ได้แก่ มิติสังคมควบคู่ไปกับเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและการมีส่วนร่วม โดยชุมชนท้องถิ่นร่วมกันดำเนินการในบทบาทผู้นำกลุ่มองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน ภายใต้หลักการมีส่วนร่วมและเป็นภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพ เช่น การจัดหาหรือบริการรถรับส่งฟรีสำหรับผู้ที่ต้องการพบแพทย์ตามนัด หรือรับส่งในภาวะเร่งด่วนในครอบครัวที่มีข้อจำกัดในการเข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพ

3.3 งานและกิจกรรมในพื้นที่ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ เป็นการดูแลที่มากกว่า “การบริการสุขภาพ” ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ควรครอบคลุมงานและกิจกรรมดังนี้ 1) การดูแล

ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน 2) การดูแลรักษาในเบื้องต้นตามความจำเป็นและความต้องการ 3) การร่วมกันทำกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพ และ 4) การจัดสวัสดิการสังคมโดยชุมชน

3.4 การสร้างแรงจูงใจรุ่มต่อรุ่มให้ชุมชนในรูปแบบจิตอาสา โดยเฉพาะกลุ่มเด็กและเยาวชนให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ปลุกจิตสำนึกให้อยู่ร่วมอย่างมีความสุขแม้มีความต่างระหว่างวัย มุ่งเน้นประโยชน์ส่วนรวมมากกว่าประโยชน์ส่วนตน ทำงานร่วมกับทุกภาคส่วน มีความซื่อสัตย์สุจริต โปร่งใสตรวจสอบได้ และทำโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน

3.5 การพัฒนานโยบายสาธารณะระดับท้องถิ่น เช่นการจัดทำธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ขับเคลื่อนและติดตามแผนงานด้านผู้สูงอายุ เป็นแนวทางในการปฏิบัติ และส่งเสริมการเตรียมความพร้อมเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม

3.6 การใช้ทุนและศักยภาพชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาและความต้องการ จำเป็นต้องมีทรัพยากรที่ผู้สูงอายุกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงบริการได้ ดังนี้ 1) กองทุนหรือการจัดสวัสดิการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อน 2) ศูนย์กายอุปกรณ์พอเพียงตามความต้องการ และ 3) บุคลากรด้านการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่ได้รับการพัฒนาจัดสรรพอเพียง และให้บริการได้อย่างครอบคลุมตามความต้องการ

3.7 ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล พร้อมทั้งจะเรียนรู้ และรับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ และให้การดูแลตามหลักวิชาการ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมทั้งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และการเจ็บป่วยในกลุ่มเป้าหมาย อย่างเป็นองค์รวม (มิติทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ)

3.8 ผู้นำมีวิสัยทัศน์ ทีมงานมีความมุ่งมั่น เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และส่งเสริมองค์กรแห่งการเรียนรู้

4. ระบบการดูแลและข้อเสนอแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือของชุมชนตามบริบทสังคม วัฒนธรรมชุมชน



ภาพที่ 2 ระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ต.ภูหอ อ.กุหลอง จ.เลย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในประเด็นสภาพปัญหาและความต้องการ การดูแลจากบุคคลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปัจจัยเงื่อนไขสำคัญ และแนวทางสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอ ดังภาพที่ 2 องค์ประกอบที่สำคัญของระบบการดูแลของชุมชนท้องถิ่น 3 ส่วน มีดังนี้



องค์ประกอบที่ 1 ผู้ดำเนินการหลัก 4 องค์ ในระบบการดูแลผู้สูงอายุ ที่ครอบคลุม 5 มิติปัญหา เชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นอยู่และสภาพปัญหาและความต้องการ (ด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม ภาวะสุขภาพ และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ) อย่างเป็นองค์รวม (ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ) จำเป็นต้องทำงานร่วมระหว่าง 1) ภาคประชาชน เป็นแหล่งทุนทางสังคม ทั้งระดับบุคคล และองค์กรชุมชน ที่ให้การช่วยเหลือและมีส่วนร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระบบสุขภาพภาคประชาชน ในพื้นที่ตำบลภูหอ มีทุนทางสังคม ได้แก่ กลุ่ม อสม. กลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้พิการหมู่บ้าน (อพม.) อปพร. กู้ชีพกู้ภัย และมูลนิธิธิดาแม่ตาธรรม ชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็ง กลุ่มอาชีพ กลุ่มวัฒนธรรมพื้นบ้าน ดำเนินการโดยผู้สูงอายุผลผลิต ผลลัพธ์ที่ได้สนับสนุนกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมเยี่ยมบ้านเพื่อนช่วยเพื่อน และกิจกรรมสาธารณประโยชน์ เป็นต้น 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.ภูหอ) เป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนในการนำนโยบาย แผนงานและข้อบัญญัติท้องถิ่นที่เกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับภาคส่วนมีบทบาทหน้าที่โดยตรงในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตคนในพื้นที่รับผิดชอบทุกช่วงวัย ทุกสภาวะสุขภาพ เป็นหน่วยงานที่จัดสรร งบประมาณ กำลังคน จัดหาสถานที่และวัสดุอุปกรณ์ที่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างยั่งยืนนอกจากนี้ผลการวิจัยยังสะท้อนบทบาทสำคัญ อบต.ภูหอ ต้องมีการจัดการความรู้ (KM) สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเสริมสร้างนวัตกรรมเด่นพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ 3) ภาคท้องถิ่น ได้แก่ กลุ่มแกนนำหมู่บ้านหรือตำบล ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการระดับตำบลและหมู่บ้าน มีบทบาทในการดูแลประชาชนให้เกิดความมั่นคงปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน รวมถึงมีอำนาจในการตัดสินใจพิจารณาคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายให้ได้รับสวัสดิการตามความจำเป็น และจัดสรรอย่างเท่าเทียมและเป็นธรรม 4) หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ รพ.สต. ศรีอุบล หน่วยบริการด้านการดูแลสุขภาพชุมชนภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพพื้นที่หรือตำบล จัดระบบการดูแลต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อ และการดูแลระยะยาว (LTC & Care Giver) จัดบริการผสมผสานครอบคลุมทั้ง 4 มิติ รวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เข้าร่วมกิจกรรมการถอดบทเรียนและการจัดการความรู้ สร้างเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้ามพื้นที่ในประเด็นผู้สูงอายุ เป็นข้อมูลนำเข้าสู่การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ เกิดสังคมแห่งการเรียนรู้และการพัฒนาที่ยั่งยืนของระบบการดูแลผู้สูงอายุตำบลภูหอต่อไป

องค์ประกอบที่ 2 กิจกรรมดำเนินงานผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ 6 ชุดกิจกรรมหลัก เพื่อให้การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือบรรลุเป้าหมายการดูแล ภายใต้บริบทที่แตกต่างได้ครอบคลุมทุกมิติ และเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลถูกนำมาวิเคราะห์ จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์ให้เห็นระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือที่สามารถนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อสร้างการเรียนรู้และสนับสนุนการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่นต่อไป มีรายละเอียดดังนี้

ชุดกิจกรรมที่ 1 การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล เสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานจาก 4 องค์กรหลัก ร่วมดำเนินการและติดตามพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง ผ่านกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ภายใต้การดูแลของ อบต.ภูหอ และกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่มีความเข้มแข็ง และ กำหนดให้มีแผนและดำเนินการพัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรม อพส. อสม. caregiver อพม. กสศ. ส่งเสริมกิจกรรมศึกษาดูงาน และสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีโอกาสเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในและนอกพื้นที่ เกิดเครือข่ายการพัฒนาที่ยั่งยืนในระบบการดูแลผู้สูงอายุ

ชุดกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ จากข้อมูลเบื้องต้นพบว่าครอบครัวผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือมีฐานะยากจน ที่อยู่อาศัยไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิต ได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน และประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดทำทะเบียนผู้สมควรได้รับการสนับสนุนและจัดสรรอย่างเป็น



ธรรมชาติลำดับความจำเป็น นอกจากนี้ อบต.ภูหอ ควรมีแผนการพัฒนาสภาพแวดล้อมของสถานบริการพื้นฐาน ภาครัฐ โดยการปรับโครงสร้างทางกายภาพของ อบต.ภูหอ และ รพ.สต.ศรีอุบล ให้เอื้อต่อการเข้าใช้บริการของผู้สูงอายุ เช่นการจัดทำทางลาด ราวจับ รวมถึงการจัดหาอุปกรณ์พร้อมใช้อย่างพอเพียงกับความต้องการของประชาชน เป็นต้น

ชุดกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาระบบบริการ การจัดบริการที่ต้องจัดเพิ่ม มี รพ.สต.ศรีอุบล เป็นหลักในการวางแผนกิจกรรมบริการร่วมกับ อบต.ภูหอ ได้แก่ การจัดบริการรถรับส่งเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง ลดค่าใช้จ่ายในครอบครัวยากจน ลดภาวะแทรกซ้อน เนื่องจากแต่ละหมู่บ้านในพื้นที่ตำบลภูหอ มีความห่างไกล ดังนั้นอาจจะต้องจัดหาศูนย์กลางการบริการรับส่งแต่ละโซนในรูปแบบของรถขนส่งจิตอาสา นอกจากนี้สิ่งที่ควรพัฒนาเพิ่มเติมในอนาคต ควรสอดคล้องกับประเด็นที่ชุมชนได้สะท้อน คือ การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุกลางวัน (day care) และมีการติดตามดูแลที่บ้านแบบสหวิชาชีพ ร่วมกับ caregiver ประจำหมู่บ้าน เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่เจ็บป่วยซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยจิตเวช ได้รับการดูแลที่เหมาะสม

ชุดกิจกรรมที่ 4 การจัดตั้งกองทุนหรือจัดหาสวัสดิการช่วยเหลือกัน เพื่อสนับสนุนการออมในครัวเรือน ผู้สูงอายุ และในช่วงวัยเตรียมก่อนเข้าวัยสูงอายุ เป็นการลดภาระหนี้สินและการกู้ยืมระบบ แกนหลักสำคัญในการขับเคลื่อนชุดกิจกรรมนี้อย่างต่อเนื่องคือ ชมรมผู้สูงอายุ และโรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งเดิมมีการออมในโรงเรียนผู้สูงอายุ 20 บาทต่อเดือน และพบว่าทุกหมู่บ้านในตำบลภูหอ มีการจัดตั้งกองทุนอย่างน้อย 1 กองทุน แต่ผู้สูงอายุกลุ่มยากจน ได้รับโอกาสเข้าร่วมเป็นสมาชิกน้อย ในระดับตำบลมีการจัดตั้งกองทุนสงเคราะห์ศพผู้สูงอายุตำบลภูหอ และกองทุนธนาคารขยะตำบลภูหอ เพื่อให้มีสวัสดิการในการดูแลกันเองทั้งในสภาวะสุขภาพดีและเมื่อมีการเจ็บป่วย ชุดกิจกรรมนี้อาจเป็นจุดแข็งที่ชุมชนต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และคาดว่าจะสามารถขยายผลครอบคลุมครอบครัวผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือต่อไป

ชุดกิจกรรมที่ 5 การพัฒนาและนำใช้ข้อมูลในการส่งเสริม แก้ไข/จัดการปัญหาผู้สูงอายุ ปัจจุบันพบว่า มีเพียงฐานข้อมูลการเข้ารับการรักษา (JHCIS) ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ จึงมีข้อเสนอให้มีการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุระดับบุคคล ครอบครัว และระดับตำบล ที่ครอบคลุมสภาวะด้านสังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อมที่อยู่อาศัย และบทบาทในชุมชน เป็นต้น รวมทั้งพัฒนาระบบการจัดเก็บให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน มีการตรวจสอบก่อนนำไปใช้ร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ชุดข้อมูลเหล่านี้สามารถนำไปใช้ในการทำวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาชุมชน และเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุต่อไป

ชุดกิจกรรมที่ 6 การมีกฎระเบียบ แนวปฏิบัติ เพื่อหนุนเสริมการดำเนินกิจกรรมเสริมความเข้มแข็งชุมชนท้องถิ่น ในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล อบต.ภูหอ ได้กำหนดประเด็นการสร้างเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุปีละ 2 โครงการ และในปี 2564 มีโครงการ “บ้านเยี่ยมใจ ใส่ใจผู้พิการ” และ โครงการ LTC ภายใต้การสนับสนุนของกองทุนสร้างเสริมสุขภาพระดับพื้นที่ เป็นการจัดบริการผสมผสานแบบสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน จากการสนทนากลุ่มพบประเด็นที่สามารถนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชนได้สะท้อนว่าสิ่งที่ต้องดำเนินการเพื่อเป็นแนวปฏิบัติในการหนุนเสริมการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยชุมชนท้องถิ่นคือ การประกาศธรรมนูญสุขภาพตำบลภูหอว่าด้วยระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชนท้องถิ่น เพื่อเป็นนโยบายสาธารณะในระดับท้องถิ่นต่อไป

องค์ประกอบที่ 3 กิจกรรม 5 อ.และ 5 ก. เพื่อการพึ่งตนเองของชุมชนท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ ข้อมูลที่ได้สะท้อนปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายคือ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ครอบครัวยากจน การแบกรับภาระดูแลสมาชิกในครอบครัวที่อ่อนด้อย และการขาดการมีส่วนร่วมในชุมชน จากการสนทนากลุ่มมีการให้ความเห็นว่าควรมีการส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินกิจกรรม 5 อ.อย่างเป็นรูปธรรม กิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีความพร้อม ได้แก่

การใส่ใจด้านอาหาร การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพอย่างเต็มศักยภาพ การร่วมจิตอาสาในชุมชน และกิจกรรมการออมที่ อบต. จัดขึ้นโดยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นสมาชิกอย่างน้อย 1 กองทุน ส่วน กิจกรรม 5 ก. เป็นกิจกรรมที่ 4 องค์กรหลักจะต้องดำเนินการเพื่อสนับสนุนและขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน และท้องถิ่น ได้แก่ การจัดกิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ การจัดทากายอุปกรณ์ให้พอเพียง การป้องกันและลดการเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ และการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือทั้ง 6 กลุ่ม ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลในเบื้องต้น

การอภิปรายผล

การวิจัยเพื่อสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยชุมชนท้องถิ่น ตำบลภูหอ จากข้อค้นพบ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. **คุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ** จำแนกได้เป็น 6 ประเภท ดังแผนภาพที่ 1 เห็นได้ชัดเห็นว่าชุมชน องค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีมุมมองที่ครอบคลุม มิติทางการแพทย์ (Biomedical) เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย และมิติทางสังคมวัฒนธรรม (Social culture) เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม สังคมวัฒนธรรม และความสามารถในการเข้าถึงบริการ (Nuntaboot, 2016; Suansawat, 2013) และสอดคล้องกับการศึกษาการให้ความหมายของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชน เทศบาลตำบลแม่สะเรียง ที่พบความหมายครอบคลุมคุณลักษณะ ดังนี้ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ยากจน 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้ชีวิตเพียงลำพัง และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่ขาดสิทธิและโอกาสในการเข้าถึงบริการ (Mahem, & Nuntaboot, 2018) แต่ผลจากการวิจัยครั้งนี้ต่างจากผลการศึกษาที่ตำบลแม่สะเรียงในประเด็นผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ จากผลการสำรวจข้อมูลประชากรตำบลภูหอไม่พบผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง แต่พบว่าผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในครอบครัวขยายเป็นส่วนใหญ่ และครอบครัวยังให้ความสำคัญกับการเคารพนับถือผู้สูงวัย รวมทั้งมีความเชื่อเรื่องกตัญญูต่อบุพการี แต่มีบางครอบครัวที่ผู้สูงอายุต้องแบกรับภาระในการดูแลสมาชิกที่อ่อนด้อยในครอบครัว และในการศึกษครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่ามีองค์ประกอบที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) คุณลักษณะที่สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านกายภาพและด้านจิตใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการใช้ชีวิต 2) คุณลักษณะที่สะท้อนถึงข้อจำกัดด้านศักยภาพในการดำเนินชีวิตภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรม ที่ส่งผลต่อการพึ่งตนเอง ความมีคุณค่าในตน ความสามารถในการเข้าถึงสิทธิและโอกาสในการได้รับความคุ้มครองในฐานะบุคคลในสังคมอย่างเท่าเทียมและมีศักดิ์ศรี (Suansawat, 2013; Office for the Promotion and Protection of the Under-privileged, 2018) ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวยากจนหรือยากจนจากขาดผู้ดูแลหาเลี้ยงจากการไร้ซึ่งทรัพย์สิน รวมถึงผู้สูงอายุที่ต้องแบกรับภาระเลี้ยงดูผู้ที่เปราะบางในครอบครัว ข้อค้นพบจากการเทียบเคียงการระบุคุณลักษณะของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือของชุมชนและหน่วยงานภาครัฐในการจำแนกกลุ่ม พบว่ามีความสอดคล้องกันทั้งสององค์ประกอบ ด้านศักยภาพการพึ่งตนเอง ด้านเศรษฐกิจ ภาวะแวดล้อม การเข้าถึงบริการและโอกาสทางสังคม ส่วนสิทธิด้านกฎหมายหรือการเข้าถึงสวัสดิการที่รัฐจัดหาให้ ได้แก่ เบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ รวมถึงการสงเคราะห์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ ในมูลค่าที่แตกต่างไม่เท่าเทียมและขาดความเป็นธรรม โดยเฉพาะการใช้อำนาจของรัฐและความเป็นพวกพ้องที่คอยเกื้อกูลกันยังมีสูง สะท้อนให้เห็นความยากลำบากในการใช้ชีวิต โดยครอบครัวของผู้ป่วยและกลุ่มอาสาสมัครมีความเห็นว่าควรได้รับความช่วยเหลือเบี้ยยังชีพในจำนวนที่มากกว่าในปัจจุบัน

2. **สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือของชุมชนที่ศึกษา** ระบบการดูแลของชุมชนท้องถิ่นในพื้นที่ศึกษา ผลการวิเคราะห์เครือข่ายทำงาน 4 องค์กรหลัก ดังภาพที่ 2 โดยเฉพาะการดูแลโดยท้องถิ่น



ที่มุ่งเน้นการจัดสวัสดิการชุมชนตามบทบาทหน้าที่ การจัดกิจกรรมชุมชนตามตัวบ่งชี้ และนโยบายของหน่วยงาน การดูแลจากท้องถิ่น เน้นความมั่นคงปลอดภัย การเข้าถึงสวัสดิการด้านเศรษฐกิจและสังคม และการดูแลโดยหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำงานร่วมประสานกับหน่วยที่เกี่ยวข้องทั้งภาคประชาชน และหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ซึ่งเห็นได้ชัดว่าการดำเนินงานมีเพียงบางกิจกรรมเท่านั้นที่ดำเนินการร่วมกัน ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นแบบแยกส่วน ในมิติสังคม เศรษฐกิจ สภาวะแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการเมืองการปกครอง ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาที่ต่อเนื่องจึงต้องมีการส่งเคราะห์ระบบที่เหมาะสมของพื้นที่ศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Sawatphol, Pengpinit, Senanikorn & Srisuraphol, 2017) พบว่า กิจกรรมที่มีความสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เป็นการดูแลนอก ได้แก่ เครือญาติ กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลายและระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ แต่บทบาทและการจัดการบริการโดยชุมชนท้องถิ่นยังสามารถกระทำการได้ในวงแคบ ๆ ที่ไม่ทั่วถึง ไม่ครอบคลุม ไม่ต่อเนื่อง และเข้าไม่ถึงผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

3. ปัจจัยเงื่อนไขสำคัญในการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือโดยชุมชนท้องถิ่น ระบบการดูแลที่สอดคล้องสังคม วัฒนธรรม ชุมชนพื้นที่ศึกษา ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยเงื่อนไขที่สำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือชุมชนเสนอไว้ 8 ข้อ ดังข้อมูลข้างต้นโดยเฉพาะการนำใช้ทรัพยากร หรือแหล่งประโยชน์ เพื่อแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา และความต้องการ สอดคล้องกับการศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (Sawatphol et al., 2017) สะท้อนประเด็นการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล และเน้นการทำงานร่วมกับหน่วยงานภายนอกครอบคลุม รวมถึงการพัฒนากระบวนการข้อมูลและงานบริการวิชาการด้านผู้สูงอายุ และจากการศึกษาทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ ตำบลศิรีวัง อำเภอปลายพระยา จังหวัดกระบี่ (Boonrodchu, 2021) พบว่าทุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมตามบริบท ใน ต.ศิรีวัง และจากการทบทวนเอกสารวิชาการพบว่า หลายพื้นที่ที่เข้าสู่สังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ (ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20) นั่นคือสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือมีเพิ่มมากขึ้น (Prasartkul, 2013) ในขณะที่ระบบการดูแลผู้สูงอายุในมิติอื่น ๆ ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงาน เช่น ความไม่เท่าเทียมและเสมอภาคในการเข้าถึงสวัสดิการพื้นฐานภาครัฐ ดังนั้นการดำเนินการพัฒนาชุดกิจกรรมต่าง ๆ จะช่วยเติมเต็มระบบการทำงานของภาครัฐภายใต้ระบบใหญ่ ระบบการดูแลสุขภาพชุมชนเป็นระบบที่ใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งและใช้ทุนทางสังคมที่มีในพื้นที่เป็นหลักร่วมเป็นเจ้าภาพ (Key Actors) โดยใช้หลักการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานโดยใช้ 6 ชุดกิจกรรมหลักในการดำเนินงานและยุทธศาสตร์ 5 อ. และ 5 ก. เป็นกลไกสำคัญที่ออกแบบมาเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีไปพร้อม ๆ กับอายุที่ยืนยาว ดังภาพที่ 2 สอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของ ชนิษฐา นันทบุตร (Nuntaboot, 2016) เกี่ยวกับระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งมีสาระสำคัญคือ 1) การนำใช้ทุนและศักยภาพทุนทางสังคมในระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ โดย 4 ภาคีเครือข่ายหลัก ปฏิสัมพันธ์ระหว่างทุนทางสังคม ส่งผลให้เกิดวัฒนธรรมจิตอาสาเกิดชุมชนจัดการตนเอง ซึ่งทุนทางสังคมไม่สามารถสร้างขึ้นได้ในระยะเวลาอันสั้น หากสร้างในระยะสั้นเป็นการสร้างขีดความสามารถ (capacity building) 2) การมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ เป็นการเชื่อมโยงกับแนวคิดการใช้ศักยภาพทุนทางสังคม และแนวคิดการมีส่วนร่วมภายในชุมชน หน่วยงานทั้ง 4 องค์กรหลักเปิดกว้างให้ประชาชนทุกเพศทุกวัยเข้าร่วม เกิดกลุ่มจิตอาสา เข้าร่วมเก็บข้อมูล วิเคราะห์และนำใช้ร่วมกับ อปท. กศน. และโรงพยาบาลชุมชน เกิดแหล่งเรียนรู้เป็นการพัฒนาสภาวะในพื้นที่ 3) การพัฒนานโยบายสาธารณะ ระดับพื้นที่ พื้นที่ศึกษา ได้มีแผนการจัดทำ



ธรรมนูญสุขภาพ สนับสนุนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ 13 หมู่บ้านในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาผลลัพธ์ของระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสา (Nokham, Kitisri, Chaiwong, Unuai & Mongkhonittivech, 2020)

ผลการวิจัยพบว่า ชุมชนสามารถนำระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังด้วยกระบวนการจิตอาสาไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ มีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นแนวทางสำหรับการนำระบบการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังไปปรับใช้ในชุมชนอื่นได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการนำระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ ตำบลภูหอ ร่วมกับ 4 องค์กรหลัก
2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรร่วมกับ รพ.สต. พัฒนาระบบฐานข้อมูล และการสนับสนุนนำใช้เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ และมีการส่งต่อข้อมูลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประโยชน์ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรร่วมกับท้องที่ในการพิทักษ์สิทธิ์ที่พึงมีพึงได้ของผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุยากจน และผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นพิเศษ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการเข้าถึงบริการที่เท่าเทียมและเสมอภาค
4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรพิจารณาจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา มีความทุกข์ยากในการใช้ชีวิต นอกเหนือจากสวัสดิการที่หน่วยงานภาครัฐจัดให้
5. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการเสริมสร้างศักยภาพแก่ผู้ดูแล กลุ่มอาสาสมัคร ในการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อการฟื้นฟูหายจากความพิการ และป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในผู้สูงอายุที่ด้อยศักยภาพในการพึ่งตนเอง หรือมีความพิการ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาระบบการดูแลของชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคที่ต้องดูแลเป็นระยะเวลายาวนาน เพื่อให้ชุมชนเกิดความตระหนักถึงปัญหา ความทุกข์ยากของครอบครัว และมีส่วนร่วมในการดูแล
2. ควรพัฒนาระบบสนับสนุนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ คลังสมอง ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อพัฒนาชุมชนท้องถิ่น
3. ควรพัฒนาการจัดการความรู้และพัฒนาหลักสูตร เพื่อเสริมสร้างการเรียนรู้จากการสังเคราะห์รูปธรรมการดูแลกลุ่มประชากรเป้าหมายในพื้นที่ เพื่อเพิ่มศักยภาพชุมชนจัดการตนเอง

References

- Boonrodchu, A. (2021). Social capital for elderly care, Khriwong Sub District, Plaipraya District, Krabi Province. *Journal of Social Science and Buddhist Anthropology*, 6(12), 652-668. (in Thai)
- Mahem, K. & Nuntaboot, K. (2018). The community's meanings of the older people who require assistance: Mae Sariang Municipality, Mae Sariang District, Mae Hong Son Province. *Journal of Nursing Science & Health*, 41(3), 65-76. (in Thai)



- Nokham, R., Kitisri, C., Chaiwong, P., Unuai, K., & Mongkhonittivech, N. (2020). Outcomes of the care system for older people with chronic disease by volunteer process. *Nursing Journal*, 47(1), 268-279. (in Thai)
- Nuntaboot, K. (2016). *Guidelines for promoting the development of the elderly care system by community and local government organization*. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)
- Nuntaboot, K. (2020). *Guidelines for promoting the development of the elderly care system by community and local government organization*. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)
- Office for the Promotion and Protection of the Underprivileged. (2018). *Strategy to promote the development of potential and protect the rights of the underprivileged for 5 years*. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security. (in Thai)
- Phu Ho Sub District Administrative Organization. (2020). *The report on the situation of the elderly, Phu Ho Sub District, Phu Luang District, Loei*. Loei: Phu Ho Subdistrict office.
- Prachuabmoh, V. (2015). *Strategic planning work of the elderly phase 1 (2016-2020)*. Bangkok: Thanachet Printing. (in Thai).
- Prasartkul, P. (2013). *Older people: Insiders who will be pushed to the edge*. Retrieved from http://www.2ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVIII/Download/Article_Files/5-Elderly-Pramote
- Sawatphol, C., Pengpinit, T., Senanikorn, A., & Srisuraphol, V. (2017). Care for elderly dependents in the Northeast of Thailand. *Journal of MCU Peace Studies*, 5(special), 387-405. (in Thai)
- Suansawat, O. (2013). *Academic articles on social issues: Problems of underprivileged group*. Retrieved from <http://sd-group1.blogspot.com/2013/01/53242919.html>
- Vattanaamon, S. (2011). *Community care system for the people who require assistance* (Unpublished dissertation). Khon Kaen University, Thailand. (in Thai)



Factors Predicting Hearing Protection Device Use Among Workers in Kaolin Mineral Dressing Factories

ปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาว

วัชรพงศ์	เยาวรัตน์**	Watcharapong	Yaowarat**
ธานี	แก้วธรรมานุกุล***	Thanee	Kaewthummanukul***
วรรณธรณ์	จรุงโรจน์สกุล***	Waruntorn	Jongrungsakul***

Abstract

Noise-induced hearing loss, the most significant occupational and safety problem among the working population, can be effectively prevented through hearing protection devices (HPDs) use. This predictive study aimed to examine whether the following factors, perceived benefits, perceived barriers, perceived self-efficacy, interpersonal and situational influences about using hearing protection, could predict HPD use among 132 qualified workers in production lines at kaolin mineral dressing factories, in Uttaradit and Lampang provinces. Data collection was undertaken during August to September 2020 using an interview form developed by Yaruang et al. (2010), which was validated by a panel of experts with a reliability value at an acceptable level (.81-1.00). Data analysis was performed using logistic regression analysis.

The results revealed that only the situational factor on using hearing protection could predict HPD use, which accounted for 21.8% of the total variance for HPD use. It was also found that participants who had a score for situational factors on using hearing protection greater than or equal to the median were 4.16 times more likely to use HPDs than those who had lower median scores (OR = 4.16, $p < .05$).

The results, thus, indicate that enhancing a supportive environment for HPD use, in particular, the provision of various HPDs, is of great importance. Therefore, occupational health nurses and related health teams should effectively enhance workers' use of HPDs through knowledge dissemination and adopting strategies appropriate to the workplace context leading to the achievement of worker health policy focusing on work safety.

Keywords: Hearing protection device, Factors predicting, Hearing protection device use, Workers, Kaolin mineral dressing factories

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

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Occupational Health Nurse Practitioner, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: watcharapong_yao@cmu.ac.th

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



บทคัดย่อ

การสูญเสียการได้ยินของประชากรวัยทำงานเป็นปัญหาสำคัญด้านอาชีวอนามัย และความปลอดภัย สามารถป้องกันได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง การวิจัยเชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานแผนกผลิตโรงงานแต่งแร่ดินขาว จังหวัดอุดรธานีและลำปาง จำนวน 132 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนด รวบรวมข้อมูลในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ตามแบบสัมภาษณ์ซึ่งพัฒนาโดย จันทรจิรา ยารวง, ขวพรพรรณ จันทร-ประสิทธิ์, และ ธาณี แก้วธรรมมานุกูล (Yarung, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2010) ที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยในระดับที่ยอมรับได้ (.81-1.00) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ logistic regression analysis

ผลการวิจัย พบว่า เฉพาะปัจจัยด้านสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเท่านั้นที่สามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ร้อยละ 21.80 ทั้งยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนปัจจัยด้านสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมากกว่าหรือเท่ากับค่ามัธยฐานจะมีแนวโน้มการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนต่ำกว่าค่ามัธยฐานถึง 4.16 เท่า ($OR = 4.16, p < .05$)

ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า การสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงโดยเฉพาะการจัดอุปกรณ์ป้องกันเสียงที่หลากหลายมีความสำคัญยิ่ง ดังนั้นพยาบาลอาชีวอนามัย และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรเสริมสร้างให้คนทำงานมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีประสิทธิภาพผ่านการเผยแพร่ความรู้ที่ต้องประยุกต์กลวิธีที่เหมาะสมกับบริบทของสถานประกอบการ เพื่อบรรลุนโยบายด้านสุขภาพคนทำงานที่มุ่งเน้นการทำงานที่ปลอดภัย

คำสำคัญ: อุปกรณ์ป้องกันเสียง ปัจจัยทำนาย การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง คนทำงาน โรงแต่งแร่ดินขาว

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติอาชีวอนามัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: watcharapong_yao@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 24 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 12 มิถุนายน 2665 วันที่ตอบรับบทความ 20 มิถุนายน 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูญเสียการได้ยินเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญในระดับโลก (Sliwinska-Kowalska & Zaborowski, 2017; Zhou, Shi, Zhou, Hu, & Zhang, 2020) ทั้งเป็นปัญหาสุขภาพจากการทำงานที่พบได้บ่อยในลำดับต้นทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย (Metidieri et al., 2013) ในปี ค.ศ. 2018 พบอุบัติการณ์การสูญเสียการได้ยินทั่วโลกประมาณ 466 ล้านคน และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 630 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2030 และมากกว่า 900 ล้านคน ในปี ค.ศ. 2050 โดยเฉพาะคนทำงานในประเทศที่พัฒนาแล้ว มีภาวะการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังมากกว่าร้อยละ 10 สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น ประเทศไทย มีรายงานในปี พ.ศ. 2558 ระบุอัตราการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังในคนทำงาน 81.48 ต่อแสนประชากรคนทำงานและเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2559 เป็น 101.49 ต่อแสนประชากรคนทำงาน (Division of Occupational and environmental Disease, 2015, 2016) จากสถิติดังกล่าวชี้ชัดว่าการสูญเสียการได้ยินเป็นปัญหาสุขภาพหนึ่งที่สำคัญในคนทำงานที่จำเป็นต้องให้ความสนใจต่อการดำเนินป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังในที่ทำงาน

มาตรการการป้องกันอันตรายจากการสัมผัสเสียงดังในที่ทำงานที่เป็นที่ยอมรับทางวิชาการ ประกอบด้วย มาตรการควบคุมด้านวิศวกรรม (engineering controls) ด้านบริหารจัดการ (administration controls) และ มาตรการควบคุมที่ตัวคนทำงาน (personal controls) แต่สองมาตรการแรกมีค่าใช้จ่ายสูงและยากต่อการปฏิบัติที่จะบรรลุผล (Levy & Wegman, 2017) ส่วนมาตรการควบคุมที่ตัวคนทำงานที่เน้นการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง จากหลักฐานเชิงประจักษ์เป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการสูญเสียการได้ยินและเป็นไปได้ในการปฏิบัติ แต่ทั้งนี้การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังต้องถูกต้องตามหลักการที่ประกอบด้วย 1) การเลือกชนิดอุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างถูกต้อง 2) การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างถูกวิธีและสม่ำเสมอ และ 3) การดูแลอุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างถูกต้อง (Canadian Centre for Occupational Health and Safety [CCOHS], 2017; National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH], 1998)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุว่า คนทำงาน ร้อยละ 10.1-91.3 ไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงขณะทำงานในบริเวณที่มีเสียงดังในระดับที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (Tanchumporn, Chanprasit, & Songkham, 2008; Yaruang, Chanprasit, & Kaewthummanukul, 2010) โดยเหตุผลสำคัญของการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของคนทำงานทั้งในและนอกระบบ โดยเฉพาะในประเทศไทยพบว่า คนทำงานไม่รู้วิธีการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงสูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ป้องกันเสียง และสถานประกอบการจัดอุปกรณ์ป้องกันเสียงไม่เพียงพอ (Niumnoi, Damrongsak, & Thongbai, 2013) ขณะที่การศึกษาในต่างประเทศพบเหตุผลที่สำคัญ คือ ไม่เห็นประโยชน์ของอุปกรณ์ป้องกันเสียง การสวมใส่อุปกรณ์ดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน รวมถึงเห็นตัวอย่างการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงจากเพื่อนร่วมงานและหัวหน้างาน (Pelegrin, Canuet, Rodriguez, & Morales, 2015) จะเห็นได้ว่า เหตุผลของการไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของคนทำงานมีความต่างกันตามบริบทของการทำงาน ลักษณะสถานประกอบการ หรืออาจเกี่ยวกับนโยบายด้านสุขภาพของสถานประกอบการในแต่ละแห่ง การส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในขั้นแรกจึงจำเป็นที่จะต้องตระหนักถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง เพื่อการพัฒนาแนวทางป้องกันและลดการเกิดการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดังที่สอดคล้องกับบริบทการทำงานในแต่ละพื้นที่

พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง สามารถอธิบายด้วยแบบจำลองการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (predictors of use of hearing protection model [PUHPM]) ที่พัฒนาโดยฮอง, ลัสก์ และ โรนีส (Hong, Lusk, & Ronis, 2005) แบบจำลองดังกล่าวอธิบายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของบุคคลขึ้นกับปัจจัยหลัก 2 ประการ คือ ปัจจัยร่วม (modifying factors) และปัจจัยด้านการรับรู้-สติปัญญา (cognitive-perceptual factors) ปัจจัยร่วมได้แก่ 1) ปัจจัยด้านประชากรและประสบการณ์การทำงาน 2) อิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับ

การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง เช่น บรรทัดฐานทางสังคม แบบอย่างทางสังคมและการสนับสนุนระหว่างบุคคล และ 3) สถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง เช่น การจัดอุปกรณ์ป้องกันเสียงให้กับคนทำงาน การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียงที่ถูกต้อง และการให้ความดูแลด้านสุขภาพคนทำงานของสถานประกอบการ ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้-สติปัญญา เกี่ยวข้องกับการรับรู้ของคนทำงานซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง

การศึกษาทั้งในและต่างประเทศที่ประยุกต์แบบจำลองดังกล่าว พบว่าปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของคนทำงานจะแตกต่างกัน ดังการศึกษาในประเทศไทยของ จันทรจิรา ยารวง และคณะ (Yaruang et al., 2010) ให้ผลว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง และอิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แต่ปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของคนทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ได้แก่ อิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ขณะที่การศึกษาในต่างประเทศพบว่า การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Hong et al., 2005; Raymond & Lusk, 2006) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีความสัมพันธ์ทางลบต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ในกลุ่มคนทำงานผิวขาวและกลุ่มคนทำงานผิวดำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Hong et al., 2005; Raymond & Lusk, 2006) สำหรับอิทธิพลระหว่างบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในกลุ่มคนทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ในกลุ่มคนทำงาน (ที่ไม่ใช่ชาวลาตินอเมริกันและกลุ่มคนทำงานผิวขาว) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) (Hong et al., 2005; Raymond & Lusk, 2006) ส่วนสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในกลุ่มคนทำงานที่มีเชื้อชาติแตกต่างกันทั้งกลุ่มคนทำงานผิวขาว กลุ่มคนทำงานผิวดำ กลุ่มคนทำงานชาวลาตินอเมริกัน และกลุ่มคนทำงานที่ไม่ใช่ชาวลาตินอเมริกัน แต่ไม่สามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ (Hong et al., 2005; Raymond & Lusk, 2006)

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กล่าวมาชี้ให้เห็นว่า ทั้งการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง สามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในกลุ่มตัวอย่างทั้งในและต่างประเทศ แต่ผลการศึกษาในส่วนปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในแต่ละการศึกษาให้ผลแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเกี่ยวเนื่องกับความแตกต่างทางเชื้อชาติของคนทำงาน รวมทั้งประเด็นข้อมูลด้านประชากรหรือบริบทงานของแต่ละพื้นที่ ในแต่ละสถานประกอบการจะมีความต่างในสภาพแวดล้อมและการทำงาน จึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยในการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดังตามบริบทงานเฉพาะแต่ละกลุ่มอาชีพ เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีประสิทธิภาพ ที่สอดคล้องกับทั้งบริบทงานและกลุ่มคนทำงาน

โรงงานแต่งแร่ดินขาวเป็นหนึ่งในอุตสาหกรรมขนาดกลางที่พบมากในจังหวัดอุดรดิตถ์และลำปาง (Hawa, Tonnayopas, Prachasaree, & Taneerananon, 2013) ซึ่งในกระบวนการผลิตมีการใช้เครื่องจักรขนาดใหญ่เพื่อคัดแยกขนาดของแร่ดินขาว จากข้อมูลการสำรวจระดับเสียงดังในสิ่งแวดล้อมการทำงานของโรงแต่งแร่ดินขาวในจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่าเครื่องจักรที่นำมาใช้ในแต่ละกระบวนการผลิต มีระดับความดังเสียงเกินค่ามาตรฐานที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (86.5-88.5 เดซิเบลเอ) ทำให้คนทำงานมีโอกาสสัมผัสเสียงดังตลอดระยะเวลาการทำงานประมาณ 8-12 ชั่วโมงต่อวัน (Uttaradit Hospital, 2017) ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลอาชีวอนามัยมี

บทบาทหลักสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงาน จึงมีความสนใจทำการศึกษาปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาวเพื่อได้ผลลัพธ์ที่เป็นฐานในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาวอย่างมีประสิทธิภาพ ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดการสูญเสียการได้ยินจากการทำงานสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานอย่างเป็นรูปธรรมในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

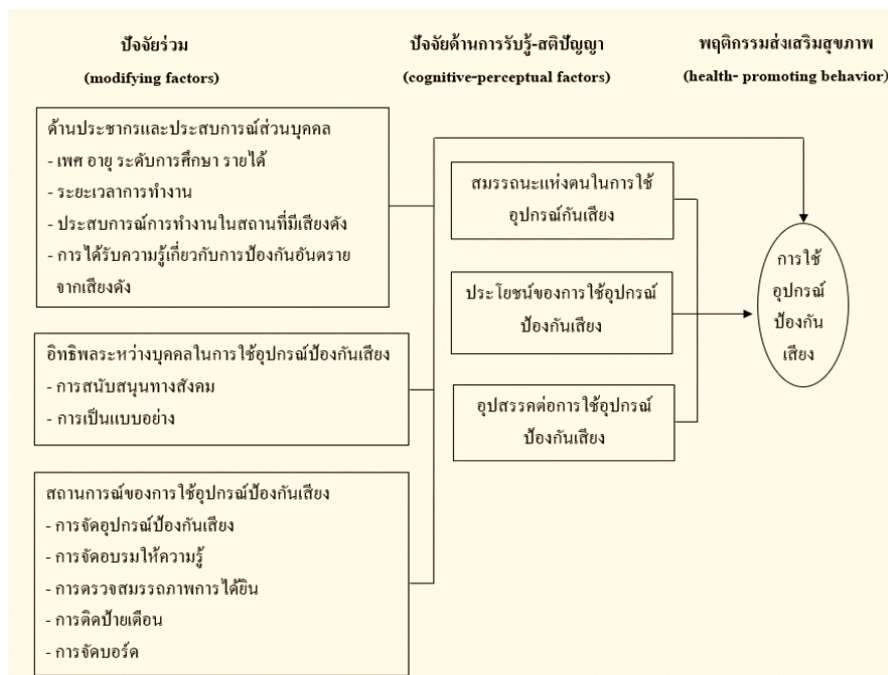
เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาว

คำถามการวิจัย

ปัจจัยใดบ้างต่อไปนี้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง สามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ ประยุกต์แบบจำลองการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (predictors of use of hearing protection model [PUHPM]) พัฒนาโดย ฮอง และคณะ (Hong et al., 2005) ปัจจัยร่วม ประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรและประสบการณ์ส่วนบุคคล ปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง และปัจจัยด้านสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้-สติปัญญา ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ซึ่งปัจจัยร่วมและปัจจัยด้านการรับรู้-สติปัญญามีอิทธิพลโดยตรงต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงหรืออีกนัยหนึ่งคือพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของคนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาว ในอำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์และลำปาง ในช่วงเดือนสิงหาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คนทำงานที่สัมผัสเสียงดังในแผนกผลิตแร่ดินขาว โรงงานแต่งแร่ดินขาวของจังหวัดอุตรดิตถ์และลำปาง มีคนทำงานจำนวนประมาณ 180 คน (Department of Labor Protection and Welfare, Lampang province, 2020; Department of Labor Protection and Welfare, Uttaradit province, 2020)

กลุ่มตัวอย่าง คือ คนทำงานที่สัมผัสเสียงดังในแผนกผลิตแร่ดินขาว โรงงานแต่งแร่ดินขาวของจังหวัดอุตรดิตถ์และลำปาง คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกำหนดโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (power analysis) ของโคเฮน (Cohen, 2009) ในการวิจัยครั้งนี้มี 5 ปัจจัยทำนาย กำหนดระดับนัยสำคัญ .05 อำนาจการทดสอบ (power) กำหนดที่ .80 และขนาดของความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) ที่ .20 (Yarung et al., 2010) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงงานแต่งแร่ดินขาวของจังหวัดอุตรดิตถ์และลำปางตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย 3) ทำงานในแผนกผลิตแร่ดินขาวเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมงต่อวัน และ 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 132 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงซึ่งพัฒนาโดย จันทรจิรา ยารวง และคณะ (Yarung et al., 2010) ตามแนวคิดของลุค โรนีส เคอร์ และแอตวูด (Lusk, Ronis, Kerr, & Atwood, 1994) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลประชากรและประสบการณ์ทำงาน จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ฯลฯ 2) การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย 3 ประเด็นหลัก คือ การเลือกชนิดของอุปกรณ์ป้องกันเสียง การสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียง และการดูแลอุปกรณ์ป้องกันเสียง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (จำนวน 10 ข้อ) การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (จำนวน 10 ข้อ) การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (จำนวน 13 ข้อ) และสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (จำนวน 8 ข้อ) ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 4 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 4) อิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (จำนวน 19 ข้อ) ลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ คือ สม่าเสมอ บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่เคย โดยให้เลือกเพียงคำตอบเดียว และหาผลรวมคะแนนของแต่ละตัวแปรตามเกณฑ์การให้คะแนน

แบบสัมภาษณ์นี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญจำนวน 6 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลอาชีวอนามัยจำนวน 3 ท่าน แพทย์อาชีวเวชศาสตร์จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขศาสตร์อุตสาหกรรมจำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์จำนวน 1 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา รายข้อและทั้งฉบับเท่ากัน คือ 1.00 (Yarung et al., 2010) และผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำไปทดสอบกับคนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาวที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างการวิจัย ในจังหวัดอุตรดิตถ์จำนวน 12 คน จากนั้นนำผลที่ได้มาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ในส่วนของการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเท่ากับ 0.81 การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเท่ากับ 0.84 การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเท่ากับ 0.87 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเท่ากับ 0.94 อิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเท่ากับ 0.93 และสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเท่ากับ 1.00

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการรับรองจากคณะกรรมการด้านจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (ใบรับรองเลขที่ 2563-103) ผู้วิจัยทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลการวิจัย ขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากผู้จัดการโรงงานและกลุ่มตัวอย่างด้วยการลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อการประเมินผลการปฏิบัติงานและสวัสดิการที่พึงได้รับของกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อโรงงานและกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ถึงผู้จัดการโรงแต่งแร่ดินขาวในจังหวัดอุดรธานีและลำปางเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการทำวิจัย ภายหลังได้รับอนุญาตจากโรงงาน ผู้วิจัยเข้าพบคนทำงานโรงแต่งแร่ดินขาว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งนัดหมายวันและเวลาที่สะดวกในการให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 132 คนตามขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่คำนวณได้ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างประมาณ 10 นาทีต่อราย ดำเนินการสัมภาษณ์ในห้องประชุมของโรงงานซึ่งมีความเป็นส่วนตัว ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อให้คนทำงานมีอิสระ เกิดความสบายใจในการให้ข้อมูล ภายหลังจากการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์ก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านประชากรและประสบการณ์การทำงาน การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน อิทธิพลระหว่างบุคคล และสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics)

2. วิเคราะห์ความสามารถในการทำนายของปัจจัยต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง เนื่องจากทุกตัวแปรมีการกระจายตัวแบบไม่เป็นโค้งปกติซึ่งไม่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของ multiple regression analysis จึงใช้การวิเคราะห์ logistic regression analysis โดยได้ปรับตัวแปรเป็นแบบทวิ (dichotomous หรือ binary) โดยใช้ค่ามัธยฐานของแต่ละตัวแปรเป็นตัวแบ่งกลุ่ม ทั้งนี้ผลการทดสอบได้ผ่านข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติดังกล่าว คือ ตัวแปรตาม (การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง) เป็นตัวแปรประเภททวิ และตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูงหรือไม่มีปัญหา multicollinearity

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านประชากรและประสบการณ์ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเกือบสามในสี่เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 22 - 58 ปี ($\bar{X}$ = 38.41 ปี SD = 9.21) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ ร้อยละ 30.30 และ 26.52 ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,000 - 20,000 บาท (Median = 9,000 บาท) กลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 12.12 เคยทำงานในสถานที่ที่มีเสียงดัง โดยร้อยละ 43.75 มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงดัง กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาการทำงานอยู่ในช่วง 1 ปี ถึง 28 ปี (Median = 6.50 ปี, Mode = 2 ปี) โดยร้อยละ 59.85 มีระยะเวลาการทำงานอยู่ในช่วง 1 ปี ถึง 9 ปี กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีชั่วโมงการทำงานเฉลี่ยน้อยกว่าหรือเท่ากับ 48 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ (Median = 40 ชั่วโมง, Mode = 48 ชั่วโมง) และเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตราย

และการป้องกันอันตรายจากเสียงดัง และมีกลุ่มตัวอย่างเพียงร้อยละ 6.80 ที่มีประวัติความผิดปกติของการได้ยิน ซึ่งเป็นลักษณะการได้ยินลดลงทั้งหมด

2. การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.18) มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง โดยใช้เป็นประจำตลอดเวลา (ร้อยละ 43.90) บางครั้ง (ร้อยละ 27.64) และนาน ๆ ครั้ง (ร้อยละ 14.64) โดยชนิดอุปกรณ์ป้องกันเสียงเป็นที่อุดหูและที่ครอบหู ร้อยละ 77.24 และ 22.76 ตามลำดับ ในส่วนการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันเสียง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สวมใส่ที่อุดหู มีการตรวจสอบสภาพก่อนสวมใส่ ร้อยละ 65.26 สวมใส่ได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 10.53 และถอดที่อุดหูได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 1.06 สำหรับการดูแลรักษาที่อุดหู พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำความสะอาดที่อุดหูหลังใช้งาน ร้อยละ 47.37 มีวิธีการทำความสะอาดได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 37.90 และมีการเก็บรักษาที่อุดหูได้ถูกต้อง ร้อยละ 94.74 ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่สวมใส่ที่ครอบหูทุกคนไม่มีการตรวจสอบสภาพก่อนสวมใส่ มีการสวมใส่ได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 10.72 และถอดที่ครอบหูได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 3.57 สำหรับการดูแลรักษาที่ครอบหู พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการทำความสะอาดที่ครอบหูหลังใช้งาน ร้อยละ 21.43 มีวิธีการทำความสะอาดได้ถูกต้องครบถ้วน ร้อยละ 7.14 และมีการเก็บรักษาที่ครอบหูได้ถูกต้อง ร้อยละ 96.43

3. อำนาจการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนการวิเคราะห์อำนาจการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงกับปัจจัยทำนาย และปัจจัยด้านประชากรและประสบการณ์ทำงานซึ่งเป็นอีกปัจจัยร่วม (modifying factor) พบว่า ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงและปัจจัยสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .32, .40$ ตามลำดับ, $p < .001$) (ตารางที่ 1) และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงและการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 132$)

ปัจจัย	การใช้อุปกรณ์ ป้องกันเสียง	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง	.09	.263	ไม่สัมพันธ์
การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง	-.02	.821	ไม่สัมพันธ์
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง	.02	.846	ไม่สัมพันธ์
อิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง	.32	.001	ปานกลาง
สถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง	.40	.001	ปานกลาง

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลด้านประชากรและประสบการณ์การทำงานกับ
การใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่าง (n= 132)

ข้อมูลด้านประชากรและประสบการณ์การทำงาน	การใช้อุปกรณ์ ป้องกันเสียง	p-value
ข้อมูลด้านประชากร		
เพศ	-.17	.058
อายุ	-.11	.226
การศึกษา	.29	.001
รายได้	-.00	.974
ข้อมูลด้านประสบการณ์การทำงาน		
ระยะเวลาการทำงาน	-.15	.079
ประสบการณ์การทำงานในบริเวณที่มีเสียงดัง	.09	.259
ประวัติความผิดปกติเกี่ยวกับการได้ยิน	-.15	.096

การวิเคราะห์ multiple logistic regression analysis พบว่ามีเพียงปัจจัยด้านสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงที่สามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ ซึ่งสามารถทำนายได้ร้อยละ 21.80 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนปัจจัยด้านสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมากกว่าหรือเท่ากับค่ามัธยฐานจะมีแนวโน้มการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงสูงกว่ากลุ่มที่มีคะแนนต่ำกว่าค่ามัธยฐานถึง 4.162 เท่า (ตารางที่ 3) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในแต่ละข้อคำถามกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าโรงงานที่มีการจัดอุปกรณ์ป้องกันเสียงหลายชนิดให้เลือกใช้ และการจัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง มีความสัมพันธ์กับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .00, p < .001$)

ตารางที่ 3 ปัจจัยทำนายโดยวิเคราะห์ multiple logistic regression analysis (n= 132)

ปัจจัยทำนาย	OR	95% C.I.	p-value
การศึกษา	1.27	(.47-3.43)	.631
อิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง	1.53	(.52-4.45)	.438
สถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง	4.16	(1.30-13.28)	.016

หมายเหตุ Nagelkerke R Square = .218

การอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาว ซึ่งประยุกต์ตามแบบจำลองการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงโดย ฮอง และคณะ (Hong et al., 2005) ได้แก่ ปัจจัยร่วม ประกอบด้วย อิทธิพลระหว่างบุคคลและสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง และปัจจัยด้านการรับรู้-สติปัญญา ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้

ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงและการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีเพียงอิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงและสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอยู่ในระดับปานกลาง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32, .40$ ตามลำดับ, $p < .001$) (ตารางที่ 1) และผลการทดสอบความสัมพันธ์ของข้อมูลด้านประชากรและประสบการณ์การทำงานของกลุ่มตัวอย่างกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง พบว่า มีเพียงระดับการศึกษาเท่านั้นที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .29, p < .001$) (ตารางที่ 2)

ปัจจัยอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการได้รับการสนับสนุนและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ได้แก่ ผู้ร่วมงาน หัวหน้างาน บุคลากรทางด้านสุขภาพ เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยของสถานประกอบการ และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งอิทธิพลระหว่างบุคคลที่สำคัญและมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมและการเป็นแบบอย่าง โดยการสนับสนุนทางสังคม เป็นแรงสนับสนุนหรือกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง ด้วยการกระตุ้น ชมเชย ตักเตือน เพื่อให้เกิดพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งขึ้นและส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องของพฤติกรรมนั้น (Murdaugh, Pender, & Parsons, 2019) ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้หมายถึงการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง สำหรับการเป็นแบบอย่างเป็นพฤติกรรมของบุคคลหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อบุคคลอื่น บุคคลอื่นจะสังเกตและเรียนรู้ ทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนหรือเลียนแบบพฤติกรรมให้เป็นไปตามบุคคลนั้น ดังนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคลจึงทำให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (Murdaugh et al., 2019) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มากกว่าครึ่งของการศึกษาทั้งหมด (ร้อยละ 57) สนับสนุนปัจจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลว่ามีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Murdaugh et al., 2019)

ปัจจัยสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเป็นการรับรู้ของบุคคลในการเข้าถึงการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง โดยทั่วไปสถานการณ์จะมีผลต่อการรับรู้ถึงทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความตึงเครียดและสภาพแวดล้อมที่พึงพอใจ ดังนั้นสถานการณ์จึงมีผลต่อความคิดและการรับรู้ในการเอื้ออำนวย หรือขัดขวางการแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล (Murdaugh et al., 2019) อีกทั้งมีการระบุว่า สิ่งที่ปรากฏเป็นประจำในสิ่งแวดล้อมยังทำให้บุคคลเกิดการรับรู้และตระหนักถึงผลของสิ่งนั้นต่อสุขภาพ บริบทของสถานการณ์จึงมีความสำคัญที่ก่อให้เกิดการแสดงออกของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Kaplan and Kaplan as cited in Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 56 ของการศึกษาของมูรดอท และคณะ (Murdaugh et al., 2019) สนับสนุนปัจจัยด้านสถานการณ์เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ทางโรงงาน หรือสถานประกอบการมีนโยบายขององค์กรที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของคนทำงาน โดยมีการจัดอุปกรณ์ป้องกันเสียง การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง และการตรวจสมรรถภาพการได้ยินให้กับคนทำงาน ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการสนับสนุนให้เกิดการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (Hong, Chin, & Ronis, 2013; Hong et al., 2005; Raymond & Lusk, 2006) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ฮอง และคณะ (Hong et al., 2005) พบว่าการจัดอุปกรณ์ป้องกันเสียงหลายชนิดให้เลือกใช้ และการจัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีความสัมพันธ์กับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ จากการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มคนทำงานผิวดำและผิวขาวจำนวน 2,119 คน พบว่าสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานผิวดำและผิวขาวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .14, .07, p < .05$) (Hong et al., 2005) และการศึกษาของ จันทรจิรา ยารวง และคณะ (Yaruang et al., 2010) ที่ศึกษาในคนทำงานโรงงานผลิตมันฝรั่งทอดกรอบ พบว่าสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .17, p < .001$)

จากผลการศึกษาครั้งนี้ ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (ตารางที่ 2) ซึ่งปัจจัยด้านการศึกษามีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ทำให้

เกิดการเรียนรู้และความเข้าใจ สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีทักษะในการเข้าถึงข้อมูลและสามารถนำข้อมูลที่ได้มาประยุกต์ในการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาน้อย (Murdaugh et al., 2019) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่ระบุว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาน้อย (Genther et al., 2015)

สำหรับผลการศึกษาปัจจัยทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง พบว่า ปัจจัยร่วมเฉพาะสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงสามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ร้อยละ 21.80 (ตารางที่ 3) สอดคล้องตามแนวคิดของแบบจำลองการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (PUHPM) และการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ปัจจัยด้านสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ดังการศึกษาของ สุริสา ต้นชุมพร และคณะ (Tanchumporn et al., 2008) ศึกษาในคนทำงานโรงงานไม้แปรรูปจำนวน 142 คน ที่พบว่า สถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงโดยเฉพาะการจัดอุปกรณ์ป้องกันเสียงสามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านสถานการณ์เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงรายชื่อกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าสถานประกอบการ หรือโรงงานที่มีการจัดอุปกรณ์ป้องกันเสียงหลายชนิดให้เลือกใช้ และจัดบอร์ดให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง มีความสัมพันธ์กับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเป็นการสนับสนุนให้เกิดการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงตามแนวคิดของแบบจำลองการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (PUHPM) (Hong et al., 2005; Raymond & Lusk, 2006) ดังการศึกษาของ สุริสา ต้นชุมพร และคณะ (Tanchumporn et al., 2008) ศึกษาในคนทำงานโรงงานไม้แปรรูปจำนวน 142 คน ที่พบว่า การจัดอุปกรณ์ป้องกันเสียงให้กับคนทำงานของสถานประกอบการมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .32$) และสามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ส่วนปัจจัยร่วมด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (ตารางที่ 3) และปัจจัยด้านการรับรู้-สติปัญญา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ไม่สามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ การที่อิทธิพลระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงไม่สามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ อาจเนื่องมาจากการขาดแบบอย่างของคนทำงานที่มีการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างถูกต้องในสถานที่ทำงาน ส่งผลให้คนทำงานไม่มีต้นแบบที่จะสนใจให้เกิดพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงตามบุคคลนั้น (Murdaugh et al., 2019)

การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงไม่สามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดของแบบจำลองการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (PUHPM) ที่ระบุว่า การรับรู้ประโยชน์ของการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเป็นความคิดเห็นหรือความเชื่อของคนทำงานถึงผลบวกของการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเพื่อป้องกันหรือลดการสูญเสียการได้ยินซึ่งเป็นแรงจูงใจให้เกิดการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (Hong et al., 2005; Raymond & Lusk, 2006) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาคนทำงานโรงงานไม้แปรรูป (Tanchumporn et al., 2008) และคนทำงานโรงงานผลิตมันฝรั่งทอดกรอบ (Yaruang et al., 2010) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ไม่สามารถร่วมทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างทุกคนในการวิจัยครั้งนี้ได้รับความรู้เกี่ยวกับอันตรายและการป้องกันอันตรายจากเสียงดังจากบุคลากรทางด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี

การรับรู้อุปสรรคต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงไม่สามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้ สอดคล้องกับการศึกษาคนทำงานแผนกผลิตในโรงงานผลิตสีของ กณิศนันท์ ไชยคำ และ นิรัญญาญ์ จันทรา (Chaikham & Chantra, 2016) ที่ระบุว่า การรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่เป็นไปตามแนวคิดของแบบจำลองการทำนายการใช้
อุปกรณ์ป้องกันเสียง (PUHPM) ที่ระบุว่า การรับรู้อุปสรรคเป็นความคิดเห็นของบุคคลที่เป็นแรงจูงใจในการ
หลีกเลี่ยงหรือยับยั้งการมีพฤติกรรม ทำให้ความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนลดลง การรับรู้อุปสรรคอาจ
เป็นสิ่งที่คาดคะเนหรือเกิดขึ้นจริง ประกอบด้วย การรับรู้ที่เกี่ยวกับการไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการ หรือสิ่ง
เอื้ออำนวยสะดวกต่าง ๆ การขาดแคลนอุปกรณ์ ความยากลำบากและการใช้เวลาในการกระทำพฤติกรรมนั้น
อุปสรรคจึงถูกพิจารณาว่าเป็นตัวขัดขวางทางด้านจิตใจ เป็นความยากลำบากที่บุคคลจะต้องพยายามจัดการ
(Hong et al., 2005) แม้ว่าโรงงานจะมีการจัดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากเสียงดังให้แก่คนทำงานทุกคน

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ไม่สามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงได้
ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวคิดของแบบจำลองการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (PUHPM) ที่ระบุว่า การรับรู้
สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อมั่นในการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะแสดงพฤติกรรมอย่างใด
อย่างหนึ่งให้สำเร็จ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้ความสำคัญทั้งทักษะส่วนบุคคลและความคิดในการตัดสินใจถึง
ความสามารถของตนในการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ทักษะและศักยภาพของตนเป็นแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิด
พฤติกรรม บุคคลที่รับรู้ว่ามีทักษะและศักยภาพจะแสดงพฤติกรรมนั้นได้บ่อยครั้งกว่าบุคคลที่ขาดทักษะหรือ
รู้สึกว่าคุณไม่มีความสามารถ (Hong et al., 2005) การศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาในคนทำงานโรงงาน
อุตสาหกรรม ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่สามารถทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (Tantranont &
Codchanak, 2017)

ข้อจำกัดในการวิจัย

การประยุกต์ผลการวิจัยครั้งนี้จะต้องพิจารณาอย่างรอบคอบจากข้อจำกัดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ค่อนข้าง
ต่ำ เนื่องด้วยสถานการณ์ข้อจำกัดการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 จึงอาจส่งผลต่อ
ความสามารถในการทดสอบความเป็นไปได้ของแบบจำลองการทำนายการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง (predictors of
use of hearing protection model [PUHPM]) แต่อย่างไรก็ตาม ขนาดกลุ่มตัวอย่างยังเป็นไปตามเกณฑ์ขั้นต่ำ
ที่คำนวณได้ของการวิจัยครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลอาชีวอนามัยและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องสามารถใช้ผลการวิจัย
เป็นพื้นฐานในการพัฒนากลยุทธ์การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร หรือความรู้ในการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงเพื่อให้
คนทำงานโรงงานแต่งแร่ดินขาวมีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงอย่างต่อเนื่องมีประสิทธิภาพ
2. ด้านการบริหารการพยาบาล พยาบาลอาชีวอนามัยและทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องควรร่วมประสาน ผลักดัน
ให้บุคลากรของสถานประกอบการกำหนดนโยบายขององค์กรที่ให้ความสำคัญต่อสุขภาพของคนทำงานอย่างเป็น
รูปธรรม สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง ดังเช่น การจัดหาชนิดอุปกรณ์ป้องกัน
เสียงที่หลากหลาย ตลอดจนกำหนดแนวทางหรือมาตรฐานการทำงานที่ปลอดภัยสำหรับคนทำงาน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. เนื่องจากผลการวิจัยครั้งนี้ ยังไม่สามารถสรุปข้อค้นพบได้ชัดเจน ตามกรอบแนวคิดที่ประยุกต์ ด้วย
ข้อจำกัดของขนาดตัวอย่าง จึงอาจทำการศึกษาซ้ำเพื่อตรวจสอบอำนาจการทำนาย โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง
และจำนวนสถานประกอบการที่มีบริบทการทำงานที่คล้ายคลึงกับการวิจัยครั้งนี้ เพื่อให้ได้ข้อสรุปผลการวิจัยที่
ชัดเจน



2. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียงในคนทำงานที่ต้องสัมผัสเสียงดังที่เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อม หรือสถานการณ์ที่เอื้อต่อการใช้อุปกรณ์ป้องกันเสียง เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยสำหรับคนทำงาน

References

- Canadian Centre for Occupational Health and Safety [CCOHS]. (2017). *Occupational health and safety* (Second Canadian Edition for Ryerson University; Ryerson Custom). New York: Pearson Education.
- Chaikham, K. & Chandra, N. (2016). *RSU National Research Conference 2016, April 29, 2016*. Retrieved from <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2016/G1-17.pdf> (in Thai)
- Cohen, J. (2009). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Psychology Press, Taylor & Francis Group.
- Department of Labor Protection and Welfare, Lampang province, (2020). *Yearbook of Labor Protection and Welfare Statistics 2020*. Retrieved from <https://www.labour.go.th/index.php/service-statistic/service-statistic-m/category/22-report2>
- Department of Labor Protection and Welfare, Uttaradit province, (2020). *Yearbook of Labor Protection and Welfare Statistics 2020*. Retrieved from <https://www.labour.go.th/index.php/service-statistic/service-statistic-m/category/22-report2>
- Division of Occupational and environmental Disease. (2015). *Report on the situation of disease and health hazards from occupation and environment in 2015*. Retrieved from <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents?g=11&page=1>. (in Thai)
- Division of Occupational and environmental Disease. (2016). *Report on the situation of disease and health hazards from occupation and environment in 2016*. Retrieved from <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents?g=11&page=1>. (in Thai)
- Genther, D. J., Betz, J., Pratt, S., Kritchevsky, S. B., Martin, K. R., Harris, T. B., ... Lin, R. F. (2015). Association of hearing impairment and mortality in older adults. *The Journals of Gerontology*, 70(1), 85–90. doi.org/10.1093/gerona/глу094
- Hawa, A., Tonnayopas, D., Prachasaree, W., & Taneerananon, P. (2013). Properties of metakaolin based geopolymers binder used in repair of concrete pavement. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 5(2), 37-47.
- Hong, O., Chin, D. L., & Ronis, D. L. (2013). Predictors of hearing protection behavior among firefighters in the United States. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(1), 121-130.
- Hong, O., Lusk, S. L., & Ronis, D. L. (2005). Ethnic differences in predictors of hearing protection behavior between black and white workers. *Research Theory Nursing Practice*, 19(1), 63-76



- Levy, B. S., Wegman, D. H., Baron, S. L., & Sokas, R. K. (2017). *Occupational and environmental health. In Occupational and environmental health challenges and opportunities*. Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/oso/9780190662677.003.0001
- Lusk, S. L., Ronis, D. L., Kerr, M. J., & Atwood, J. R. (1994). Test of the health promotion model as a causal model of workers' use of hearing protection. *Nursing Research*, 43, 151-157.
- Metidieri, M. M., Rodrigues, H. F. S., Oliveira Filho, F. J. M. B. D., Ferraz, D. P., Almeida Neto, A. F. D., & Torres, S. (2013). Noise-Induced Hearing Loss (NIHL): Literature review with a focus on occupational medicine. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 17, 208-212.
- Murdaugh, C. L., Pender, N. J., & Parsons, M. A. (2019). *Health promotion in nursing practice* (8th ed.). New York: Pearson.
- National Institute for Occupational Safety and Health [NIOSH]. (1998). *Occupational noise exposure (Rev. criteria, 1998, Ser. Criteria for a recommended standard)*. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Institute for Occupational Safety and Health.
- Niumnoi, J., Damrongsak, M. & Thongbai, W. (2013). Predictive factors in the use of personal protective equipment for workers in the automotive parts industries in Samutprakan Province. *Nursing Journal*, 40(3), 30-39. (in Thai)
- Pelegri, A. C., Canuet, L., Rodríguez, Á. A., & Morales, M. P. A. (2015). Predictive factors of occupational noise-induced hearing loss in Spanish workers: A prospective study. *Noise & Health*, 17(78), 343.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice* (5th ed.). New York: Appleton & Lange.
- Raymond, D. M., & Lusk, S. L. (2006). Testing decisional balance and self-efficacy applied to workers' use of hearing protection. *Nursing Research*, 55(5), 328-335.
- Sliwiska-Kowalska, M., & Zaborowski, K. (2017). WHO environmental noise guidelines for the European region: A systematic review on environmental noise and permanent hearing loss and tinnitus. *International Journal of Environmental Research and Public*, 14(10), 1139. doi:10.3390/ijerph14101139
- Tanchumporn, S., Chanprasit, C., & Songkham, W. (2008). Predicting factors of hearing protection devices use among worker in a large lumber mill. *Academic Journal of Community Public Health*, 17(1), 31-39. (in Thai)
- Tantranont, K., & Codchanak, N. (2017). Predictors of hearing protection use among industrial workers. *Workplace Health & Safety*, 65(8), 365-371. (in Thai)
- Uttaradit Hospital. (2017). *Report of occupational risk assessment: Result of hearing tests*. Uttaradit: Uttaradit Hospital.
- Yarung, J., Chanprasit, C. & Kaewthummanukul, T. (2010). Predictors of hearing protection device usage among workers in potato chips factory. *The Public Health Journal of Burapha University*, 5(2), 51-60. (in Thai)



Zhou, J., Shi, Z., Zhou, L., Hu, Y., & Zhang, M. (2020). Occupational noise- induced hearing loss in China: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 10, e039576.
doi:10.1136/bmjopen-2020-039576



Development of an Instructional Video for Self-Directed Learning on Systematic Physical Examination on Nursing Students' Practice Skills and Satisfaction

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบต่อทักษะปฏิบัติและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล

ศิวพร อั้งวัฒนา* Sivaporn Aungwattana*
 สุกฤตา ไชยมชื่น** Sukritta Jaichomcheun**
 วิลาวรรณ เตือนราษฎร์* Wilawan Tuanrat*

Abstract

Encouraging self-learning is an essential aspect of teaching and learning in the current situation that provides nursing students with the skills to perform an efficient physical examination system. This developmental research aimed to develop an instructional video for self-directed learning on practical systemic physical examination and to study the effect of an instructional video on practical skills and satisfaction of nursing students. The development consisted of five stages: Planning, Preparation, Production, Editing, and Evaluation. The subjects, recruited by cluster sampling, consisted of 66 second-year nursing majors in the academic year 2021. The research instruments included an expert opinion questionnaire towards the instructional video, a health assessment form from head to toe, and a Satisfaction Questionnaire for students towards the instructional video. The instruments were tested for validity and reliability, and data were analyzed using descriptive statistics.

The developed instructional video consisted of content about the history of taking the general physical examination and psychosocial assessment; physical examination of the head, eyes, ears, throat, and nose; physical examination of the respiratory system; physical examination of the cardiovascular system; physical examination of the gastrointestinal tract, kidneys, and urinary tract; and physical examination of the nervous system and skeletal muscles. Each story is approximately 10 minutes in length.

Results: 1) The experts were in the highest agreement on the instructional video ($\bar{X} = 4.56$, $SD = 0.75$); 2) The efficiency of the instructional video ($E1/E2$) was at 82.85/84.81, which is not less than 2.5% of the benchmark set at 85/85, indicating that the instructional video was adequate; 3) The students' practical skills scores, after learning from the instructional video, were excellent ($\bar{X} = 88.17$, $SD = 6.13$); and 4) The subjects displayed high overall satisfaction with the instructional video ($\bar{X} = 4.41$, $SD = 0.03$).

The findings showed that the instructional video for self-directed learning on physical examination resulted in nursing students' practical skills and satisfaction in using it. Therefore, teachers and interested people can use it to promote self-learning on physical examination for students, nurses, and health personnel.

Keywords: Self-Directed learning, Systematic physical examination, Nursing students, Instructional video

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail; sukritta.s@cmu.ac.th



บทคัดย่อ

การส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองนับเป็นสิ่งสำคัญในการจัดการเรียนการสอนในสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้ให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบที่มีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบที่มีประสิทธิภาพ และศึกษาผลของสื่อวีดิทัศน์ต่อทักษะปฏิบัติและความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาล การพัฒนาประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นเตรียมการ ขั้นดำเนินการผลิต ขั้นตัดต่อ และขั้นประเมินผล กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 66 คน คัดเลือกโดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อสื่อวีดิทัศน์การสอน แบบประเมินสุขภาพตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า และแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ เครื่องมือได้ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่นแล้ว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

สื่อวีดิทัศน์ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับ การซักประวัติ การตรวจร่างกายทั่วไปและการประเมินจิตสังคม การตรวจร่างกายระบบศีรษะ ตา หู คอ จมูก การตรวจร่างกายระบบหายใจ การตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด การตรวจร่างกายระบบทางเดินอาหาร ไต และทางเดินปัสสาวะ และการตรวจร่างกายระบบประสาทและโครงร่างกล้ามเนื้อ โดยมีความยาวเรื่องละประมาณ 10 นาที

ผลการวิจัย พบว่า 1) ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, $SD = 0.75$) 2) ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ (E_1/E_2) เท่ากับ 82.85/84.81 ซึ่งมีค่าน้อยกว่าเกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 2.5 ของเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 85/85 แสดงว่าสื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ 3) คะแนนทักษะปฏิบัติหลังเรียนสื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษาพยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับดีเยี่ยม ($\bar{X} = 88.17$, $SD = 6.13$) และ 4) ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.41$, $SD = 0.03$)

ผลการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะปฏิบัติและความพึงพอใจในการทำงาน ซึ่งผู้สอนและผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเองในการตรวจร่างกายตามระบบแก่นักศึกษา พยาบาล และบุคลากรสุขภาพได้

คำสำคัญ: การเรียนรู้ด้วยตนเอง การตรวจร่างกายตามระบบ นักศึกษาพยาบาล สื่อวีดิทัศน์

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; e-mail; sukritta.s@cmu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การตรวจร่างกายตามระบบเป็นทักษะปฏิบัติที่สำคัญของพยาบาล ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ เพื่อค้นหาความผิดปกติ ประกอบการวินิจฉัย และให้การพยาบาลผู้รับบริการได้อย่างถูกต้อง ซึ่งทักษะปฏิบัตินี้จะทำให้พยาบาลสามารถค้นหาความผิดปกติหรือค้นหาโรคของผู้รับบริการได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยลดความรุนแรงของโรคที่อาจเกิดขึ้นกับผู้รับบริการได้ ดังนั้น การตรวจร่างกายตามระบบจึงเป็นทักษะที่สำคัญในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ได้มีการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการเรียนรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการของนักศึกษาพยาบาล โดยมุ่งให้ผู้เรียนมีความเข้าใจหลักการและวิธีการประเมินสุขภาพ ครอบคลุมการซักประวัติ การตรวจร่างกายทั่วไป การประเมินจิตสังคม การตรวจตา การตรวจร่างกายระบบหู คอ และจมูก การตรวจร่างกายระบบหายใจ การตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด การตรวจร่างกายระบบทางเดินอาหารและระบบไตและทางเดินปัสสาวะ และการตรวจร่างกายระบบประสาทและโครงร่างกล้ามเนื้อ (Faculty of Nursing Chiang Mai University, 2021) โดยในอดีตได้มีการจัดการเรียนการสอนในห้องเรียน และมุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติเพื่อให้เกิดทักษะปฏิบัติในการตรวจร่างกายตามระบบ โดยมีผู้สอนคอยชี้แนะหลักการและวิธีการตรวจร่างกายตามระบบอย่างถูกต้องและครอบคลุม มีวิธีการสาธิตการตรวจร่างกายโดยผู้สอนและให้ผู้เรียนสาธิตย้อนกลับ อย่างไรก็ตามในสภาวะปัจจุบัน สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการศึกษาในทุกระดับ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่จึงมีมาตรการการจัดการเรียนการสอนที่สอดคล้องกัน โดยให้จัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ ตลอดปีการศึกษา 2564 โดยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ของกระบวนวิชา (Chiang Mai University, 2021)

เทคโนโลยีเพื่อการศึกษาถือเป็นเครื่องมือและวิธีการเรียนรู้ ที่ทำให้ผู้เรียนมีโอกาสเข้าถึงความรู้และทักษะปฏิบัติที่กว้างขวาง สถานศึกษาจึงต้องมีการส่งเสริมให้มีการพัฒนาสื่อการเรียนการสอน เพื่อพัฒนาระบบการเรียนรู้และส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนที่มีประสิทธิภาพ (Ministry of education, 2017) ซึ่งจะสามารถเชื่อมโยงและถ่ายทอดความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียนได้อย่างถูกต้องและรวดเร็ว ทั้งนี้ สื่อวีดิทัศน์ถือเป็นเทคโนโลยีเพื่อการศึกษาที่ถูกนำมาใช้เพื่อเป็นสื่อการเรียนการสอนอย่างแพร่หลาย เนื่องจากสามารถนำมาส่งเสริมให้เกิดความรู้และการฝึกทักษะปฏิบัติที่ถูกต้อง เนื่องด้วยเป็นสื่อที่มีทั้งภาพและเสียง โดยเฉพาะภาพเคลื่อนไหวสามารถสร้างความสนใจของผู้เรียน ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้น เนื่องจากแสดงหลักการ ขั้นตอน และวิธีการต่างๆ ได้อย่างชัดเจน ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนสามารถสร้างประสบการณ์ที่เป็นรูปธรรมได้เป็นอย่างดี (Buajama, 2018) นอกจากนี้ยังสามารถใช้เป็นสื่อการเรียนการสอนสำหรับผู้เรียนกลุ่มใหญ่ ช่วยประหยัดเวลาในการสอน ส่งเสริมการเรียนรู้ที่มีความสะดวก รวดเร็ว เนื่องจากสามารถจัดเก็บในรูปแบบไฟล์ออนไลน์ในระบบอินเทอร์เน็ตได้ ซึ่งมีความเหมาะสมกับการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ ที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเองในเวลาที่ใดก็ได้ตามความสะดวก ซึ่งเหมาะแก่การฝึกทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบที่ผู้เรียนสามารถชมซ้ำได้ตามต้องการ เพื่อฝึกทักษะที่เสมือนจริง ซึ่งจะเป็นการทบทวนความจำ ทำให้เกิดการเรียนรู้ได้มากยิ่งขึ้น (Kammanee, 2015)

ในปัจจุบัน แม้จะมีสื่อวีดิทัศน์ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกายตามระบบทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศเป็นจำนวนมาก แต่สื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวยังมีความหลากหลายในด้านวิธีการตรวจร่างกายและเครื่องมือที่ใช้ นอกจากนี้ยังพบว่าสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวยังมีเนื้อหาการตรวจร่างกายในแต่ละระบบที่ไม่สอดคล้องตาม



วัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวังของกระบวนวิชาพยาบาลและการประเมินสุขภาพ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะผู้สอนจึงสนใจที่จะพัฒนาการเรียนการสอนในรายวิชาการกระบวนพยาบาลและการประเมินสุขภาพแบบออนไลน์ ด้วยการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ เพื่อให้สอดคล้องกับการเรียนการสอนที่มีความเฉพาะเจาะจง ตามขอบเขตวิชาชีพพยาบาลและกระบวนพยาบาล ตลอดจนสอดคล้องกับการประเมินผู้รับบริการในขั้นตอนตรวจร่างกาย ผ่านระบบบริหารจัดการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (KC Moodle) ซึ่งสามารถเพิ่มลิงค์แอปพลิเคชันสื่อการเรียนการสอนในรายวิชา ซึ่งผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับแนวทางการจัดการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เน้นกระบวนการเรียนรู้ และเน้นกระบวนการศึกษาทักษะปฏิบัติ โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้ที่เสมือนจริง โดยมีผู้สอนเป็นผู้ชี้แนะ และส่งเสริมให้มีการประยุกต์ใช้สื่อเทคโนโลยีในการจัดการเรียนรู้ (Office of the Basic Education Commission, 2015) สอดคล้องกับการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์และผลของการใช้สื่อต่อความรู้ ความมั่นใจ และความพึงพอใจ เพื่อเตรียมนักศึกษาพยาบาล ในการฝึกประสบการณ์เด็กและวัยรุ่น พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความรู้และความมั่นใจในการปฏิบัติการพยาบาลเด็กและวัยรุ่นหลังการเตรียมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์มากกว่าก่อนได้รับการเตรียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Sirichareonwong, Methapattana, Sawangjit, Pijadee, 2020) และผลการศึกษาด้านการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ตามแนวคิด Flipped Classroom เรื่องการตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจ รายวิชาการประเมินภาวะสุขภาพ พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีทักษะปฏิบัติหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และนักศึกษาพยาบาลมีความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ในระดับมากที่สุด โดยมีความคิดเห็นว่าสื่อวีดิทัศน์มีการนำเสนอที่ทำให้เกิดความเข้าใจได้ง่าย สามารถสร้างความรู้และประสบการณ์ได้โดยตรง และเหมาะสำหรับการเรียนรู้ด้วยตนเอง (Chungkrit & Pramanee, 2017)

การจัดการศึกษาให้เหมาะสมกับผู้เรียนถือเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของผู้สอน โดยวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-directed learning) จะทำให้ผู้เรียนเกิดความตระหนัก และรับผิดชอบต่อการเรียนของตนเอง โดยผู้เรียนจะทำการวางแผนและกำหนดกิจกรรมการเรียนรู้ เลือกแหล่งข้อมูล เลือกวิธีการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเหมาะสำหรับการเรียนการสอนแบบออนไลน์ของนักศึกษาพยาบาลในศตวรรษที่ 21 (Keawphunum, Yuenyung & Phanwised, 2021) ซึ่งเป็นผู้เรียนในระดับอุดมศึกษา ที่มีความสามารถ มีความรับผิดชอบในการควบคุมจัดการตนเองได้ โดยการศึกษาเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการตรวจร่างกายตามระบบ พร้อมทั้งการเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ที่ผู้สอนได้จัดเตรียมไว้ในระบบบริหารจัดการเรียนรู้ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (KC Moodle) ประกอบกับการได้รับคำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง หลักการและวิธีการตรวจร่างกายจากผู้สอน ตลอดจนนวัตกรรมสื่อวีดิทัศน์สามารถส่งผ่านเก็บในหน่วยความจำของเครื่องมือที่ใช้ในการเรียนเพื่อการเรียนรู้ได้ตลอดเวลา ซึ่งจะทำให้การจัดการเรียนการสอนรายวิชาการกระบวนพยาบาลและการประเมินสุขภาพ เป็นไปตามวัตถุประสงค์และผลลัพธ์การเรียนรู้ของกระบวนวิชาได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ในรายวิชาการกระบวนพยาบาลและการประเมินสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้ และการฝึกทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบของนักศึกษาพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบที่มีประสิทธิภาพ
2. เพื่อประเมินทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



3. เพื่อศึกษาความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ

คำถามการวิจัย

1. สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบมีประสิทธิภาพจริงหรือไม่
2. ทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่เป็นอย่างไร
3. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ เพื่อใช้ในการส่งเสริมทักษะปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาล โดยเป็นสื่อที่นักศึกษาพยาบาลสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสื่อวีดิทัศน์ ประกอบด้วย ตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและเสียง ส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลมีทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบที่ถูกต้อง และเกิดความพึงพอใจในการใช้งาน โดยการวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ของประทีน คล้ายนาค (Klaynak, 2007) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นตอนการวางแผน 2) ขั้นตอนการเตรียมการ 3) ขั้นตอนการดำเนินการผลิต 4) ขั้นตอนการติดต่อ และ 5) ขั้นตอนการประเมินผล และประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ตามเกณฑ์มาตรฐานของมนตรี แยมกสิกร (Yamkasikorn, 2007) โดยสัดส่วนคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติระหว่างเรียนและหลังเรียนรู้ด้วยสื่อวีดิทัศน์ กำหนดให้คะแนนเฉลี่ยไม่น้อยกว่าหรือมากกว่าร้อยละ 2.5 ของเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ แสดงว่า สื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ และประเมินคุณภาพของสื่อวีดิทัศน์ ทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบ และความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ โดยประเมินจากแบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อสื่อวีดิทัศน์การสอน แบบประเมินสุขภาพตั้งแต่สี่ระยะจรดห้า และแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์ ทั้งนี้ สื่อวีดิทัศน์เป็นสื่อการเรียนการสอนที่สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของอาร์แมนและออกฟอร์ด (Ehrman & Oxford, 1989) กล่าวถึงวิธีการเรียนรู้ที่จะช่วยให้เกิดการจดจำแก่ผู้เรียน ประกอบด้วย การใช้ภาพและเสียง การทบทวนซ้ำ การฝึกทักษะปฏิบัติ และการสรุปความคิดรวบยอด ซึ่งจะทำให้ผู้เรียนสามารถจดจำรายละเอียด และมีทักษะการปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ยังได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง (self-directed learning) ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ผู้เรียนเป็นผู้กำหนดความต้องการ วางแผนการเรียน และดำเนินการกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยมีผู้สอนเป็นผู้อำนวยการความสะดวก และให้คำปรึกษา ซึ่งจะช่วยให้เกิดความพึงพอใจจากการได้รับกระบวนการเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) เพื่อพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยศึกษาประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ ทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบและความ



พึงพอใจหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบของนักศึกษาพยาบาล
ใช้ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 6 เดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ.2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ
ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชั้นปีที่ 2 ปีการศึกษา 2564 ที่ลงทะเบียนเรียนในรายวิชา กระบวนการพยาบาลและการ
ประเมินสุขภาพ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และ
มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 66 คน โดยวิธีการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Sampling)
โดยใช้ตอนเรียนเป็นหน่วยสุ่ม ได้กลุ่มตัวอย่าง 2 ตอนเรียน คือตอนเรียนที่ 2 และ 4 หลังจากได้รับการชี้แจงการ
วิจัย การศึกษาครั้งนี้มีอาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมวิจัยจำนวน 66 คน และกลุ่มตัวอย่างทุกคนสามารถเข้าร่วมการ
วิจัยได้ทุกขั้นตอนตลอดโครงการ

เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชั้นปีที่ 2
และลงทะเบียนเรียนในรายวิชา กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564
2. สมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ
3. มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่สามารถรองรับการใช้งานในระบบออนไลน์ได้
4. สามารถสื่อสารความหมายและเข้าใจภาษาไทย

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion criteria)

1. ไม่สามารถเข้าร่วมการเรียนการสอนในรายวิชา กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพแบบ
ออนไลน์ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อสื่อวีดิทัศน์การสอน (Aungwattana et al., 2020) มีค่า
ดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.98 จำนวน 25 ข้อ ข้อคำถามแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านเนื้อหา
จำนวน 12 ข้อ และด้านคุณภาพสื่อ จำนวน 13 ข้อ คำถามเป็นแบบปรนัยและอัตนัย คำถามปรนัยมีลักษณะ
มาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (Likert, 1967) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อย
ที่สุด ให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่า 25-125 คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายระดับ
ความคิดเห็นแบ่งเป็น 5 ระดับ (Srisaard, 2002) คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.51 – 5.00 หมายถึง	เห็นด้วยระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51 – 4.50 หมายถึง	เห็นด้วยระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.51 – 3.50 หมายถึง	เห็นด้วยระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51 – 2.50 หมายถึง	เห็นด้วยระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.50 หมายถึง	เห็นด้วยระดับน้อยที่สุด

สำหรับคำถามอัตนัยให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม และให้ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปรับปรุง



2. แบบประเมินสุขภาพตั้งแต่ศีรษะจรดเท้า (สำหรับอาจารย์เพื่อประเมินการสอบปฏิบัติการตรวจร่างกาย) ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Faculty of Nursing Chiang Mai University, 2021) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 1.00 จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย ข้อความด้านเนื้อหา คำถามเป็นปรนัยลักษณะมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating Scale) ให้คะแนนเป็น 2, 1.5, 1, 0.5, 0 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่า 0 - 80 คะแนน เปรียบเทียบสัดส่วนร้อยละ 100 แปลความหมายตามเกณฑ์การให้คะแนนผลการเรียนรายวิชาการะบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (Faculty of Nursing Chiang Mai University, 2021) คือ

คะแนนร้อยละ 80 - 100 หมายถึง ทักษะปฏิบัติดีเยี่ยม

คะแนนร้อยละ 75 - 79 หมายถึง ทักษะปฏิบัติดีมาก

คะแนนร้อยละ 70 - 74 หมายถึง ทักษะปฏิบัติดี

คะแนนร้อยละ 65 - 69 หมายถึง ทักษะปฏิบัติค่อนข้างดี

คะแนนร้อยละ 60 - 64 หมายถึง ทักษะปฏิบัติผ่านเกณฑ์ขั้นต่ำ

คะแนนร้อยละ 0 - 59 หมายถึง ทักษะปฏิบัติต่ำกว่าเกณฑ์

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.98 โดยกำหนดค่าที่ยอมรับได้ที่ 0.80 (Cronbach, 1984)

3. แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 20 ข้อ ข้อคำถามแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านเนื้อหาและการดำเนินเรื่อง จำนวน 5 ข้อ ด้านภาพ เสียง คำบรรยาย จำนวน 9 ข้อ และด้านการนำไปใช้ จำนวน 6 ข้อ คำถามเป็นแบบปรนัยและอัตนัย คำถามปรนัยมีลักษณะมาตรวัดชนิดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ (Likert, 1967) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ให้คะแนนเป็น 5, 4, 3, 2, 1 ตามลำดับ คะแนนรวมมีค่า 20 - 100 คะแนน แปลความหมายตามเกณฑ์ของบุญใจ ศรีสถิตยัณรากร (Srisatitnarakun, 2007) คือ

คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

สำหรับคำถามอัตนัยให้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม

แบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน และด้านเทคโนโลยีการศึกษาจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.82 โดยกำหนดค่าความตรงที่ยอมรับได้ที่ 0.80 (Grant & Davis, 1997) และผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในนักศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 10 คน โดยหาค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์ Conbarch's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 โดยกำหนดค่าที่ยอมรับได้ที่ 0.70 (Cronbach, 1984)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 2564 – EXP103 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงการวิจัย โดยมีผู้ชี้แจงเป็นผู้วิจัยที่ไม่ใช่ผู้สอนในตอนเรียนที่เก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งนักศึกษามีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งมีอิสระในกระบวนการประเมินความรู้และเสนอความคิดเห็น การเข้าร่วมการวิจัย และผลการวิจัยจะไม่มีผลต่อคะแนนการฝึกปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ในกรณีนักศึกษาไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้สอนจะดำเนินการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบปกติ และดำเนินการหากลุ่มตัวอย่างในตอนถัดไป ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถือเป็นความลับ และมีการนำเสนอเป็นภาพรวมโดยไม่มีการเปิดเผยชื่อหรือนามสกุลจริง หลังจากกลุ่มตัวอย่างยินดียินดีเข้าร่วมการวิจัย ได้เซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ของประทีน คล้ายนาค (Klaynak, 2007) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ประกอบด้วย การวิเคราะห์เนื้อหาของสื่อวีดิทัศน์ การวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่าง การกำหนดวัตถุประสงค์ และการเขียนบทวีดิทัศน์

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมการ โดยจัดเตรียมบุคลากร วัสดุอุปกรณ์ สถานที่ถ่ายทำ ผู้แสดง งานกราฟิกที่นำมาใช้ประกอบสื่อวีดิทัศน์ ฉากและอุปกรณ์ประกอบฉาก

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการผลิต โดยจัดทำตารางในการบันทึก มอบหมายงาน เตรียมงานศิลป์สำหรับหัวเรื่อง ฉาก อุปกรณ์ประกอบฉากและอื่นๆ เตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่ใช้และบันทึกสื่อวีดิทัศน์

ขั้นตอนที่ 4 การตัดต่อ โดยทำการตัดต่อตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและเสียงที่ได้ถ่ายทำ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ Filmora Video Editor 9

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผล ผู้วิจัยได้นำสื่อวีดิทัศน์ที่ตัดต่อสมบูรณ์แล้ว ไปประเมินคุณภาพด้านเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน ดังที่กล่าวไว้ในเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยใช้แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญต่อสื่อวีดิทัศน์การสอน (Aungwattana et al., 2020) หลังจากนั้นปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยกำหนดให้ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อสื่อวีดิทัศน์ที่ผ่านเกณฑ์ต้องอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด

หลังการปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หลังจากผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยนำสื่อวีดิทัศน์ไปเผยแพร่ในเว็บไซต์ยูทูป และให้กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์ผ่านลิงค์ URL ในระบบการเรียนการสอนแบบออนไลน์ของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (KC Moodle) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์ และสามารถเรียนรู้เนื้อหาการตรวจร่างกายตามระบบจากสื่อวีดิทัศน์ได้ด้วยตนเอง เป็นระยะเวลา 4 เดือน และประเมินผลการทดลองใช้สื่อวีดิทัศน์ เป็นระยะเวลา 2 เดือน โดยมีการดำเนินงาน ดังนี้



1. จัดการเรียนการสอนรายวิชากระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ โดยให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้จากการรับภาพและเสียงที่มีความน่าสนใจ สามารถทบทวนซ้ำวิธีการตรวจร่างกายตามระบบได้ตามความต้องการ โดยมีผู้สอนที่ไม่ใช่ผู้วิจัยเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงสื่อวีดิทัศน์ และให้คำปรึกษาการตรวจร่างกายตามระบบในสื่อวีดิทัศน์

2. ภายหลังจากการเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อวีดิทัศน์ในแต่ละระบบ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างฝึกทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบตามสื่อวีดิทัศน์ และเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามและร่วมกันอภิปรายระหว่างเพื่อนและผู้สอนที่ไม่ใช่ผู้วิจัย เพื่อให้เกิดการสรุปความคิดรวบยอดในการฝึกทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบ ซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำรายละเอียด และมีทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบได้อย่างถูกต้อง

3. ภายหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายแต่ละระบบ ผู้สอนที่ไม่ใช่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทดสอบทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายแต่ละระบบ โดยใช้แบบประเมินสุขภาพตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าเฉพาะระบบ (Faculty of Nursing Chiang Mai University, 2021) ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เพื่อประเมินทักษะปฏิบัติระหว่างเรียนจากชุดการสอนของผู้เรียน และนำผลไปประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ (E_1) (Yamkasikorn, 2007)

4. ภายหลังการใช้สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบครบทั้งหมด มีการดำเนินการ ดังนี้

4.1 ผู้สอนที่ไม่ใช่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามความพึงพอใจของนักศึกษาต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบแบบออนไลน์ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ใช้เวลา 10 นาที

4.2 ผู้สอนที่ไม่ใช่ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทดสอบทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบ โดยใช้แบบประเมินสุขภาพตั้งแต่ศีรษะจรดเท้าทั้งฉบับ (Faculty of Nursing Chiang Mai University, 2021) ใช้เวลา 30 นาที เพื่อประเมินทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์ครบทั้งหมด และนำผลไปประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ (E_2) (Yamkasikorn, 2007)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

1. วิเคราะห์คะแนนความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบด้วยสถิติค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และเกณฑ์การแปลความหมาย

2. วิเคราะห์ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้สูตร E_1/E_2 (Yamkasikorn, 2007) เมื่อ E_1 หมายถึง ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติระหว่างเรียนจากชุดการสอนของผู้เรียน (ประสิทธิภาพของกระบวนการเรียนรู้) และ E_2 หมายถึง ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์ครบทั้งหมด (ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การเรียนรู้)

$$\text{โดยคำนวณจากสูตร } E_1 = \frac{\sum x}{x} \times 100 \text{ เมื่อ}$$

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทักษะปฏิบัติระหว่างเรียนของกลุ่มตัวอย่างทุกคน

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง



A แทน คะแนนเต็มของทักษะปฏิบัติระหว่างเรียน และ

$$\text{สูตร } E_2 = \frac{\sum x}{x} \times 100 \text{ เมื่อ}$$

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทักษะปฏิบัติหลังเรียนของกลุ่มตัวอย่างทุกคน

N แทน จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

B แทน คะแนนเต็มของทักษะปฏิบัติหลังเรียน

3. วิเคราะห์คะแนนทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบของนักศึกษา ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และเกณฑ์การแปลความหมาย

4. วิเคราะห์คะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และเกณฑ์การแปลความหมาย

ผลการวิจัย

1. สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 7 เรื่อง ได้แก่ 1) การซักประวัติ 2) การตรวจร่างกายทั่วไปและการประเมินจิตสังคม 3) การตรวจร่างกายระบบศีรษะ ตา หู คอ จมูก 4) การตรวจร่างกายระบบหายใจ 5) การตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด 6) การตรวจร่างกายระบบทางเดินอาหารและระบบไตและทางเดินปัสสาวะ 7) การตรวจร่างกายระบบประสาทและโครงร่างกล้ามเนื้อ ความยาวแต่ละเรื่องไม่เกิน 10 นาที ประกอบด้วย ตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและเสียง มีเนื้อหาเกี่ยวกับการตรวจร่างกายตามระบบ และผลการตรวจร่างกาย ประเมินคุณภาพด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิแปลความหมายระดับความคิดเห็นตามเกณฑ์ (Srisaard, 2002) พบว่า ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด โดยคะแนนเฉลี่ยโดยรวมเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, SD = 0.75) ในด้านเนื้อหาเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, SD = 0.55) และในด้านสื่อเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$, SD = 0.95)

2. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ โดยใช้สูตร E_1/E_2 (Yamkasikorn, 2007) มีค่าเท่ากับ 82.85/84.81 ซึ่งไม่น้อยกว่าหรือมากกว่าร้อยละ 2.5 ของเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 85/85 แสดงว่าสื่อวีดิทัศน์มีประสิทธิภาพ

3. นักศึกษาพยาบาลมีคะแนนทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ เมื่อแปลความหมายคะแนนทักษะปฏิบัติตามเกณฑ์การให้คะแนนผลการเรียนรายวิชา กระบวนการพยาบาลและการประเมินสุขภาพ (Faculty of Nursing Chiang Mai University, 2021) พบว่า คะแนนทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์ของนักศึกษาอยู่ในระดับดีมากถึงดีเยี่ยม และคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับดีเยี่ยม ($\bar{X} = 88.17$, SD = 6.13) ดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 คะแนนทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบของนักศึกษาพยาบาล (n = 66)

ระดับคะแนนทักษะปฏิบัติหลังเรียน	คะแนนร้อยละ	จำนวน (ร้อยละ)	Mean (SD)
ดีมาก	75 - 79	5 (7.57)	78.27 (1.02)
ดีเยี่ยม	80 - 100	61 (92.43)	88.98 (5.64)
โดยรวม			88.17 (6.13)

4. ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบเมื่อแปลความหมายคะแนนความพึงพอใจตามเกณฑ์ (Srisatitnarakun, 2007) พบว่า ความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.41, SD = 0.03) โดยด้านการนำไปใช้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.47, SD = 0.05) รองลงมาคือด้านเนื้อหาและการดำเนินเรื่องมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.40, SD = 0.12) และด้านภาพ เสียง คำบรรยายมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.37, SD = 0.08) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 คะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ (n = 66)

ความพึงพอใจ	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean (SD)	ระดับ
ด้านเนื้อหาและการดำเนินเรื่อง					4.40 (0.12)	มาก
1. เนื้อหาแต่ละหัวข้อมีความเหมาะสม	41 (62.13)	23 (34.85)	1 (1.51)	1 (1.51)	4.58 (0.60)	มากที่สุด
2. เนื้อหาช่วยให้เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติ	33 (50.00)	23 (34.85)	7 (10.60)	3 (4.55)	4.30 (0.84)	มาก
3. มีการนำเสนอเนื้อหาที่น่าสนใจ เข้าใจง่าย ชวนติดตาม	31 (46.96)	24 (36.36)	10 (15.15)	1 (1.51)	4.29 (0.77)	มาก
4. มีการสรุปเนื้อหากระชับ ชัดเจน	37 (56.06)	24 (36.36)	4 (6.07)	1 (1.51)	4.47 (0.68)	มาก
5. เนื้อหาเหมาะสมกับระยะเวลา	34 (51.53)	24 (36.36)	7 (10.60)	1 (1.51)	4.38 (0.73)	มาก
ด้านภาพ เสียง คำบรรยาย					4.37 (0.08)	มาก
6. ภาพในวีดิทัศน์มีความเหมาะสม	36 (54.55)	18 (27.27)	10 (15.15)	2 (3.03)	4.33 (0.84)	มาก
7. ตัวอักษรขนาดเหมาะสม ข้อความชัดเจน อ่านง่าย	35 (53.04)	19 (28.78)	10 (15.15)	2 (3.03)	4.32 (0.84)	มาก
8. ภาพสัมพันธ์กับคำบรรยาย	41 (62.13)	17 (25.75)	3 (4.55)	5 (7.57)	4.42 (0.89)	มาก
9. ภาพชัดเจน สื่อความหมายได้ดี	38 (57.58)	20 (30.30)	5 (7.57)	3 (4.55)	4.41 (0.82)	มาก
10. การลำดับภาพเหมาะสม	42 (63.63)	17 (25.75)	3 (4.55)	4 (6.07)	4.47 (0.84)	มาก
11. การนำเสนอภาพน่าสนใจ	32 (48.49)	22 (33.33)	10 (15.15)	2 (3.03)	4.27 (0.83)	มาก
12. การใช้คำพูดชัดเจนเข้าใจง่าย	34 (51.53)	24 (36.36)	6 (9.08)	2 (3.03)	4.36 (0.77)	มาก
13. ภาษาที่ใช้มีความเหมาะสม	40 (60.62)	19 (28.78)	5 (7.57)	2 (3.03)	4.47 (0.76)	มาก
14. เสียงบรรยายชัดเจน น่าฟัง	32 (48.49)	20 (30.30)	11 (16.66)	3 (4.55)	4.23 (0.89)	มาก
ด้านการนำไปใช้					4.47 (0.05)	มาก
15. วีดิทัศน์ช่วยให้เกิดความเข้าใจ กระบวนการ ขั้นตอนในการตรวจร่างกายตาม ระบบ	40 (60.61)	22 (33.33)	3 (4.55)	1 (1.51)	4.53 (0.66)	มากที่สุด
16. วีดิทัศน์ช่วยให้มีความมั่นใจในการฝึก ปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบ	37 (56.06)	19 (28.78)	8 (12.13)	2 (3.03)	4.38 (0.81)	มาก
17. วีดิทัศน์ช่วยให้เข้าใจขั้นตอนการตรวจร่างกาย ตามระบบได้	43 (65.16)	16 (24.24)	5 (7.57)	2 (3.03)	4.52 (0.76)	มากที่สุด



ตารางที่ 2 คะแนนความพึงพอใจของนักศึกษาพยาบาลที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ (n = 66) (ต่อ)

ความพึงพอใจ	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	Mean (SD)	ระดับ
18. วีดิทัศน์ช่วยให้เกิดแรงจูงใจในการศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม	36 (54.56)	24 (36.36)	5 (7.57)	1 (1.51)	4.44 (0.70)	มาก
19. วีดิทัศน์สามารถใช้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง	43 (65.16)	16 (24.24)	4 (6.06)	3 (4.54)	4.50 (0.80)	มาก
20. วีดิทัศน์ใช้ทบทวนขั้นตอนการตรวจร่างกายตามระบบได้จริง	42 (63.64)	16 (24.24)	4 (6.06)	4 (6.06)	4.45 (0.86)	มาก
โดยรวม					4.41 (0.03)	มาก

การอภิปรายผล

การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยใช้แนวคิดการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์ของประทีน คล้ายนาค (Klaynak, 2007) ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน ขั้นตอนการเตรียมการ ขั้นตอนการดำเนินการผลิต ขั้นตอนการตัดต่อ และขั้นตอนการประเมินผล โดยมีเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับการตรวจร่างกายตามระบบ 7 เรื่อง คือ การซักประวัติ การตรวจร่างกายทั่วไปและการประเมินจิตสังคม การตรวจร่างกายระบบศีรษะ ตา หู คอ จมูก การตรวจร่างกายระบบหายใจ การตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด การตรวจร่างกายระบบทางเดินอาหาร ไต และทางเดินปัสสาวะ และการตรวจร่างกายระบบประสาทและโครงร่างกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย ตัวอักษร ภาพนิ่ง ภาพเคลื่อนไหวและเสียง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, $SD = 0.75$) โดยในด้านเนื้อหาเห็นด้วยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.63$, $SD = 0.55$) และในด้านสื่อเห็นด้วยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$, $SD = 0.95$) ซึ่งอาจเนื่องมาจาก การพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบมีการวางแผนและการเตรียมการที่ดี ซึ่งทำให้สามารถผลิตสื่อวีดิทัศน์ที่มีเนื้อหาสาระตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ และมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง (Ubonratchathani University, 2017) นอกจากนี้ การบันทึกสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบมีการใช้นักแสดงในการสาธิตการตรวจร่างกายตามระบบตามวิธีการตรวจจริง มีการจัดเตรียมสถานที่และใช้วัสดุอุปกรณ์ในการตรวจที่เหมาะสม ซึ่งทำให้สามารถจำลองภาพการตรวจร่างกายในแต่ละระบบของผู้ตรวจได้อย่างชัดเจน และสามารถมองเห็นปฏิกิริยาตอบสนองของผู้ถูกตรวจ ซึ่งจะนำไปสู่การแปลผลการตรวจร่างกายที่ถูกต้อง (Chungkrit & Pramanee, 2017) ประกอบกับเทคนิคการตัดต่อสื่อวีดิทัศน์ที่ดี ทำให้สื่อวีดิทัศน์มีความน่าสนใจ ส่งผลให้สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบมีองค์ประกอบด้านเนื้อหาและด้านสื่อที่มีคุณภาพ

ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ การศึกษาครั้งนี้มีการประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ โดยใช้สูตร E_1/E_2 เมื่อ E_1 หมายถึง ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติระหว่างเรียนจากชุดการสอนของผู้เรียน และ E_2 หมายถึง ค่าร้อยละของคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์ครบทั้งหมด โดยสามารถพิจารณาผลลัพธ์ได้ ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ โดยกำหนดให้ผลลัพธ์หรือค่า E_1/E_2 ควรมีค่าไม่น้อยกว่าหรือมากกว่าร้อยละ 2.5 ของเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ โดยผลลัพธ์ที่ได้ E_1/E_2 มีค่าเท่ากับ 82.85/84.81 ซึ่งไม่น้อยกว่าร้อยละ 2.5 ของเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้ที่ 85/85 ดังนั้นจะได้ว่า สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบมีประสิทธิภาพ (Yamkasikorn, 2007)

2. ความเหมาะสมของกิจกรรมระหว่างเรียนและหลังเรียน โดยกำหนดให้ผลลัพธ์หรือค่า E_1/E_2 ห่างกันไม่เกินร้อยละ 5 โดยผลลัพธ์ที่ได้ E_1/E_2 มีค่าเท่ากับ 82.85/84.81 ห่างกันร้อยละ 2.31 ดังนั้นจะได้ว่า กิจกรรมที่ให้นักศึกษาทำระหว่างเรียนและหลังเรียนมีความสอดคล้องกัน ซึ่งผลการประเมินประสิทธิภาพของสื่อวีดิทัศน์ดังกล่าวอาจเนื่องมาจาก สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบประกอบไปด้วยภาพ เสียง เนื้อหาที่มีความน่าสนใจ โดยนักศึกษาสามารถรับชมเพื่อทบทวนซ้ำ และสามารถฝึกทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบจากแบบอย่างที่ถูกต้องในสื่อวีดิทัศน์ ประกอบกับนักศึกษาพยาบาลยังได้รับการอำนวยความสะดวกจากผู้สอนในระหว่างการเรียนรู้จากสื่อวีดิทัศน์ สามารถพูดคุย ชักถาม ระหว่างเพื่อนร่วมกลุ่มและผู้สอนในภายหลังจากการเรียนรู้ด้วยตนเองจากสื่อวีดิทัศน์ ซึ่งส่งผลให้เกิดการสรุปความคิดรวบยอดในทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบ (Wongyai & Pattapon, 2020) และทำให้นักศึกษาพยาบาลสามารถจดจำรายละเอียด และมีทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนนักศึกษาพยาบาลยังเป็นผู้กำหนดความต้องการ วางแผนการเรียนรู้ และดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเอง จึงส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมีผลลัพธ์การเรียนรู้ คือ ทักษะปฏิบัติระหว่างเรียนจากชุดการสอนของผู้เรียนและทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์ครบถ้วนตามเกณฑ์ (Yamkasikorn, 2007) ซึ่งส่งผลให้สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบเป็นสื่อวีดิทัศน์ที่มีประสิทธิภาพ

ทักษะปฏิบัติของนักศึกษาหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์ ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษามีคะแนนทักษะปฏิบัติหลังเรียนจากสื่อวีดิทัศน์อยู่ในระดับดีมากถึงดีเยี่ยม และคะแนนเฉลี่ยทักษะปฏิบัติโดยรวมอยู่ในระดับดีเยี่ยม ($\bar{X} = 88.17$, $SD = 6.13$) ซึ่งอาจเนื่องมาจาก สื่อวีดิทัศน์เป็นสิ่งเร้าที่ผู้เรียนได้รับผ่านประสาทสัมผัสทางตาและหู จึงช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ และสามารถจดจำขั้นตอนการตรวจร่างกายตามระบบที่มีความต่อเนื่องได้อย่างชัดเจน (Jungpanich & Srisailaun, 2015) นอกจากนี้ สื่อวีดิทัศน์ยังทำให้ผู้เรียนเกิดการรับรู้เนื้อหาเกี่ยวกับการตรวจร่างกายตามระบบ สามารถสนใจให้ผู้เรียนศึกษาทบทวนความรู้ ทำให้ผู้เรียนสามารถเลียนแบบพฤติกรรมการตรวจร่างกายตามระบบจากภาพการสาธิต และส่งเสริมให้เกิดทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบที่ถูกต้องตามต้นแบบการตรวจร่างกายตามระบบในสื่อวีดิทัศน์ (Padelford, 1984) สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการดูแลเด็กทางจมูกและปากในเด็ก สำหรับนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีกทม. พบว่า หลังชมสื่อวีดิทัศน์ นักศึกษามีคะแนนสอบทักษะปฏิบัติการดูแลเด็กทางจมูกและปากในเด็กผ่านเกณฑ์ร้อยละ 65.00 (Wattanachai & Yingrengreung, 2019) และการศึกษาประสิทธิผลของการใช้สื่อวีดิทัศน์เรื่องวิถีลดปวดในระยะรอคลอด พบว่า นักศึกษามีคะแนนทักษะปฏิบัติการสอนลดปวดในระยะรอคลอดเพิ่มขึ้นจากก่อนชมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) (Buddam, Suwanpakdee, Ritmontree, Noonart, & Tantanokit, 2021)

ความพึงพอใจของนักศึกษาที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์ ผลการศึกษา พบว่า นักศึกษามีความพึงพอใจของต่อสื่อวีดิทัศน์โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.41$, $SD = 0.03$) โดยด้านการนำไปใช้มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.47$, $SD = 0.05$) โดยนักศึกษามีความคิดเห็นว่า สื่อวีดิทัศน์มีเนื้อหาที่เหมาะสมมากที่สุด รองลงมาคือ สื่อวีดิทัศน์ช่วยให้เกิดความเข้าใจ กระบวนการ ขั้นตอนในการตรวจร่างกายตามระบบ นอกจากนี้ยังช่วยให้สามารถจดจำขั้นตอนการตรวจร่างกายตามระบบได้ และสามารถใช้ศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งอาจเนื่องมาจาก สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบได้รับการประเมินคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยเป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหาและด้านเทคโนโลยีการศึกษา ซึ่งส่งผลให้สื่อวีดิทัศน์ได้รับการตรวจสอบถึงองค์ความรู้ในด้านทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบที่ถูกต้องและมีความน่าเชื่อถือ ตลอดจนสามารถใช้เทคโนโลยีในการผลิตสื่อวีดิทัศน์ที่มีคุณภาพ (Jituea & Pasunon, 2018) นอกจากนี้ สื่อวีดิทัศน์ยังมีคุณสมบัติที่



สามารถนำสิ่งที่อยู่นอกห้องเรียนเข้ามาสู่ผู้เรียนในห้องได้ โดยมีการนำเสนอเนื้อหาจากภาพและเสียงที่ทำให้ผู้เรียนเกิดแรงจูงใจในการเรียนรู้ด้วยตนเอง และช่วยกระตุ้นการเรียนรู้ของผู้เรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jungpanich & Srisailaun, 2015) ส่งผลให้ผู้เรียนเกิดความพึงพอใจในการใช้งานสื่อวีดิทัศน์ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาสื่อวีดิทัศน์เรื่องการทำคลอดสำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 มหาวิทยาลัยรังสิต พบว่า นักศึกษามีคะแนนความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์มากกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80.00 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยนักศึกษามีความพึงพอใจที่มีสื่อวีดิทัศน์ไว้ให้ศึกษาค้นคว้านอกเวลาเรียน และยังสามารถชมซ้ำเพื่อทบทวนความรู้ด้วยตนเองและช่วยฝึกฝนทักษะปฏิบัติได้จริง (Nakanakupt & Iamchareon, 2017)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการเผยแพร่สื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ เพื่อนำมาใช้ในรายวิชาที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการตรวจร่างกายตามระบบ โดยเฉพาะการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์ ที่มีการส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งสื่อวีดิทัศน์จะช่วยให้ผู้เรียนได้รับความรู้และช่วยส่งเสริมให้เกิดทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์ต่อความรู้และทักษะปฏิบัติการตรวจร่างกายตามระบบของนักศึกษาพยาบาลในระยะยาว และปรับปรุงสื่อวีดิทัศน์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. ควรศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อวีดิทัศน์กับการใช้สื่อในรูปแบบอื่นในการจัดการเรียนการสอน และการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. ควรศึกษาความพึงพอใจของผู้สอนที่มีต่อสื่อวีดิทัศน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองเรื่องการตรวจร่างกายตามระบบ ร่วมกับการจัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์ที่เน้นให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการมอบทุนสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

References

- Aungwattana, S., Suankaew, S., Tuanrat, W., Tamdee, D., Tantranont, K., Lirtmunlikaporn, S., ... Wongsuwan, J. (2020). Development of instructional video for home visits as part of family health services. *Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*, 35(3), 137-151. (in Thai)
- Buajama, P. (2018). *The development of video on the internet to promote the public consciousness of undergraduate students* Department of Educational Technology and Communication University of Technologyrajamongkol Thanyaburi (Master's thesis, University of Technologyrajamongkol Thanyaburi). Retrieved from DSspace JSPUI. (in Thai)



- Buddam, M., Suwanpakdee, W., Ritmontree, O., Noonart, T., & Tantanokit, J. (2021). Effectiveness of electronic media usage on pain relief strategy during labor. *Journal of Sakorn Nakhon Hospital*, 24(2), 13-25. (in Thai)
- Chiang Mai University. (2021). *Announcement of Chiang Mai University subject learning management guidelines teaching and exams: The first semester of the academic year 2021 in the situation of the pandemic of coronavirus disease 2019 (Covid 19)*. Retrieved from shorturl.at/gnCVW (in Thai)
- Chungkrit, J., & Pramane, P. (2017). Developing educational videos based on the flipped concept classroom on physical examination Health Assessment Course. *Eastern Asia University Academic Journal Social Sciences and Humanities*, 7(3), 70-80. (in Thai)
- Cronbach, L. J. (1984). *Essential of Psychology and Education*. Washington DC: Mc-Graw Hill.
- Ehrman, M., & Oxford, R. (1989). Effects of sex differences, career choice, and psychological type on adults' language learning strategies. *Modern Language Journal*, 7(3), 253-265.
- Faculty of Nursing Chiang Mai University. (2021). *Course code 562211 Nursing Process and Health Assessment*. Chiang Mai: Faculty of Nursing Chiang Mai University. (in Thai)
- Grant, J. S., & Davis, L. T. (1997). Selection and use of content experts in instrument development. *Research in Nursing & Health*, 20, 269-274.
- Jituea, N., & Pasunon, P. (2018). The use of tools to collect research data for education, the implementation of excellent schools. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 11(2), 2118-2135. (in Thai)
- Jungpanich, A., & Srisailaun, O. (2015). Effects of using daily care plan video teaching on clinical self-confidence and satisfaction of nursing students, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University. *Kuakarun Journal of Nursing*, 21(1), 17-34. (in Thai)
- Kammanee, T. (2015). *Teaching methods for professional teachers*. Bangkok: Chulalongkorn University book center. (in Thai)
- Keawphunum, W., Yuenyung, J., & Phanwised, P. (2021). Self-directed learning ability in difference ages of Sakaeo Community College in online instruction learning during the COVID-19 pandemics. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6(1), 98-112. (in Thai)
- Klaynak, P. (2007). *Educational television production*. Bangkok: Textbook and document project teaching, Faculty of Education, Silpakorn University. (in Thai)
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Likert, R. (1967). "The method of constructing and attitude scale", *reading in attitude theory and measurement*. New York: Wiley & Son.
- Ministry of education. (2017). *National education plan 2017-2036*. Retrieved from <http://www.lampang.go.th/public60/EducationPlan2.pdf> (in Thai)
-



- Nakanakupt, M., & Iamchareon, T. (2017). *Development of video media on childbirth for third year nursing students, Rangsit University*. RSU National Research Conference 2017. Retrieved from <https://rsucon.rsu.ac.th/files/proceedings/nation2017/G5-14.pdf>
- Nakhonsawan Rajabhat University. (2019). *Self-directed learning*. Retrieved from <https://blog.nsrui.ac.th/60111806013/2687> (in Thai)
- Office of the Basic Education Commission. (2015). *Guidelines for learning management in the 21st century. (21st Century Skills)*. Office of Higher Secondary Education Administration.
- Padelford, H. (1984). *Psychomotor skill acquisition in technical subjects. Presented at the American vocational association convention*. LA: (Unpublished Manuscript). Prosser, C. A; & Allen, C. R.
- Sirichareonwong, K., Methapattana, M., Sawangjit, S., & Pijadee, J. (2020). Media development video and the effect of media use on knowledge confidence and satisfaction for preparing nursing students in the practice of children and adolescents. *Journal of Health and Nursing Research*, 37(1), 218-229. (in Thai)
- Srisaard, B. (2002). *Preliminary research* (7th ed). Bangkok: Suwiriyan. (in Thai)
- Srisatitnarakun, B. (2007). *Research methods in nursing science* (4th ed). Bangkok: U & I Intermedia. (in Thai)
- Ubonratchathani University. (2017). *Video production process and current technology*. Retrieved from <https://www.oar.ubu.ac.th/old/km/attachments/article/111/v.1.pdf> (in Thai)
- Wattanachai, P., & Yingrengreung, S. (2019). The development of video lesson on nasopharyngeal and oral suction in children for nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 210-223. (in Thai)
- Wongyai, W., & Pattapon, M. (2020). *Learning management to enhance conceptualization*. Bangkok: Center for Innovation Leaders in Curriculum and Learning. (in Thai)
- Yamkasikorn, M. (2007). Criteria for efficiency in research and development of teaching materials, difference 90/90 Standard and E1/E2. *Journal of Education*, 10(1), 1-16. (in Thai)



Effects of Participatory Learning Program on Nursing Students' Knowledge
About Tobacco Consumption Control
ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ในการควบคุม
การบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาล

อัจฉริยา	เชื้อเย็น *	Achariya	Churyen *
กัญญาพัชญ์	จาอ้าย **	Kanyapat	Chaeye **
วโรดม	เสมอเชื้อ ***	Warodom	Samerchua ***
พิมพ์กา	ปัญญาใหญ่ **	Pimpaka	Panyoyai **

Abstract

This research is a quasi-experimental study over a two-week study period. The purpose was to study the effects of a participatory learning program on second-year nursing students' knowledge about tobacco consumption control. The sample group was divided into an experimental group and a control group, with 23 persons in each group. Random Sampling of Pairs was applied, and the experimental group used the participatory learning program while the control group did not use the program. The instruments used for the research analysis were the participatory learning program, a personal information questionnaire, and a knowledge test of tobacco consumption control, the content validity of which was verified by three experts with a reliability value of 0.70. Descriptive statistics and inferential statistics were used for analysis, in particular the Wilcoxon Signed-Rank test and Mann-Whitney U test.

The results found that the median score on knowledge about tobacco consumption control for the experimental group was statistically significantly higher than that of the control group ($P < 0.001$), and the median score on knowledge about tobacco consumption control for the experimental group was statistically significantly higher than before the experiment ($P = 0.001$).

The participatory learning program can develop nursing students' knowledge about tobacco consumption control. In addition, the program can be applied as a guideline to educate nursing students about tobacco consumption control for their knowledge development in order to utilise that acquired knowledge in their careers as nurses.

Keywords: Tobacco consumption control, participatory learning program, nursing students

* Corresponding Author, Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University;
e-mail: taew.achariya20@gmail.com

** Assistant Professor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

*** Instructor, McCormick Faculty of Nursing, Payap University

Received 6 January 2022; Revised 11 April 2022; Accepted 28 April 2022



บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ระยะเวลาที่ศึกษา 2 สัปดาห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาล กลุ่มตัวอย่าง คือนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีสุ่มแบบจับคู่ กลุ่มละ 23 คน โดยกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Wilcoxon Signed-Rank test และ สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ หลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) และกลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.001$)

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาลได้ นอกจากนี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานักศึกษาพยาบาลให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบได้ เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปใช้ตามบทบาทวิชาชีพพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: การควบคุมการบริโภคยาสูบ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักศึกษาพยาบาล

* ผู้เขียนหลัก, อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ, e-mail taew.achariya20@gmail.com

** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

*** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ

วันที่รับบทความ 6 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 11 เมษายน 2565 วันที่ตอบรับบทความ 28 เมษายน 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสถานการณ์การบริโภคยาสูบพบว่า มีประชากรทั่วโลกที่สูบบุหรี่ประมาณ 1,300 ล้านคน และในอนาคตกจำนวนผู้สูบบุหรี่ยังไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง (World Health Organization, 2019) ในกลุ่มประเทศอาเซียน ปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้สูบบุหรี่มากถึง 1,326 ล้านคน ซึ่งคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (World Health Organization, 2019) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 สำนักงานสถิติแห่งชาติได้สำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 55.9 ล้านคน พบว่า มีจำนวนผู้ที่สูบบุหรี่มากถึง 10.7 ล้านคน เป็นผู้ที่สูบเป็นประจำ 9.4 ล้านคน และเป็นผู้ที่สูบบางครั้ง 1.3 ล้านคน (National statistical office, Ministry of Digital Economy and Society, 2017) ปัญหาดังกล่าวจึงต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง เนื่องด้วยส่งผลกระทบต่อทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ (World Health Organization, 2019)

การบริโภคยาสูบส่งผลทำให้เสียชีวิต โดยการเสียชีวิตเฉลี่ย 1 คนในทุก 6 วินาทีหรือประมาณ 6 ล้านคนต่อปี และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2573 (World Health Organization, 2015) ซึ่งทั่วโลกต่างตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพของทั้งผู้สูบและบุคคลใกล้เคียง ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง เช่น โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง และโรคหัวใจ เป็นต้น และอาจนำไปสู่ความพิการหรือการเสื่อมสมรรถภาพร่างกาย (Ekezie, Murray, Agrawal, Bogdanovica, Britton, & Leonardi-Bee, 2020; Makmai, Preechawong, & Treenai, 2019) ซึ่งประเทศชาติสูญเสียงบประมาณปีละหลายหมื่นล้านบาทในการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่มากถึงร้อยละ 0.78 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (Bundhamcharoen, Aungkulanon, Makka, & Shibuya, 2016) จากผลกระทบของการบริโภคยาสูบสะท้อนให้เห็นถึงมาตรการควบคุมยาสูบที่ยังไม่ประสบผลสำเร็จหรือประชาชนยังมีความนิยมทางสังคมต่อการบริโภคยาสูบที่ผิด เช่น การได้รับการยอมรับในกลุ่มเพื่อนและสังคมรอบข้าง การให้คุณค่าของบุคคลที่มีต่อการสูบบุหรี่ไปในทางที่เห็นว่าเป็นสิ่งดี เป็นต้น (Chomsri, Aramratana, Siviroy, & Kuntawee, 2017) อาจเนื่องจากหลายเหตุผล เช่น การไม่ตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่ การขาดความรู้เกี่ยวกับโทษของบุหรี่ ความอยากลอง การเลียนแบบพฤติกรรมจากบุคคลในครอบครัวหรือกลุ่มเพื่อน รวมไปถึงการรณรงค์การป้องกันและลดอัตราการสูบบุหรี่ไม่บรรลุตามเป้าประสงค์ (Kaewsutha, Visalseth, Apiwat, & Thakolwiboon, 2014) ทำให้ประเทศมีประชากรที่มีสุขภาพเสื่อมโทรมและติดสารเสพติดจากยาสูบ จึงนับได้ว่าบุหรี่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระดับครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมทั้งในระดับชุมชนและประเทศ

องค์การอนามัยโลกมีมาตรการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยกำหนดเป็นกรอบอนุสัญญาว่าด้วยการควบคุมยาสูบ ที่กำหนดให้ประเทศสมาชิกดำเนินการควบคุมและสกัดกั้นการแพร่ระบาดของบุหรี่ในระดับนานาชาติด้วยมาตรการต่าง ๆ เช่น มาตรการเกี่ยวกับการลดอุปสงค์และอุปทานของยาสูบ และการลดอัตราการเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ (Sanadiasi, Vathesatogkokit, & Suwanratsamee, 2020) ประเทศไทยจึงได้ปรับปรุงกฎหมายควบคุมยาสูบตามข้อกำหนดในอนุสัญญาฯ และประกาศให้มีผลบังคับใช้พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบฉบับใหม่ พ.ศ. 2560 เป้าหมายเพื่อลดจำนวนผู้สูบบุหรี่โดยเฉพาะผู้ที่เริ่มสูบบุหรี่ (Tobacco Product Control Act, 2017) ซึ่งการขับเคลื่อนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความสามารถ บุคลากรทางการแพทย์จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในการควบคุมการบริโภคยาสูบอย่างมาก โดยเฉพาะกลุ่มนักศึกษาพยาบาล (Chaiyalab, Vongareesawat, & Riyaphan, 2018)

นักศึกษาพยาบาลเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญในวิชาชีพสุขภาพ เนื่องจากเป็นกลุ่มเยาวชนที่จะต้องทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพของประชาชนที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพจากพฤติกรรมการบริโภคบุหรี่หรือยาสูบอื่น ๆ ในอนาคตถ้าหากไม่ได้รับการพัฒนาฐานความรู้ให้เพียงพออาจกลายเป็นจุดอ่อนของการพัฒนาสุขภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับจรรยาปฏิบัติของบุคลากรวิชาชีพสุขภาพในการควบคุมยาสูบของ

องค์การอนามัยโลกข้อ 6 ที่ระบุให้มีการสอดแทรกเนื้อหาการควบคุมยาสูบในการเรียนการสอน และประกาศให้การเสพยาสูบทุกประเภทเป็นโรคเรื้อรังอย่างหนึ่งที่ต้องให้การบำบัดรักษา (World Health Organization, 2004) สภาการพยาบาลของประเทศไทยจึงได้บรรจุเรื่องโรคที่เกี่ยวกับบุหรี่ในหลักสูตรการเรียนการสอนทั้งภาครัฐและเอกชนในหลักสูตรวิชาชีพสุขภาพทุกสาขาของสถาบันที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่นเดียวกับเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทยที่ให้ความสำคัญด้านการพัฒนาสถาบันการศึกษาพยาบาลให้มีความเข้มแข็งในการควบคุมยาสูบ และส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลได้ประเมินการสูบบุหรี่ของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามประกาศขององค์การอนามัยโลกที่ประกาศไว้อย่างชัดเจนว่า การควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นสัญญาณชีพที่ 6 (the sixth vital signs) (Sanadiasi & Vathesatogkokit, 2020) ถ้าหากนักศึกษาพยาบาลได้เรียนรู้ภัยบุหรี่หรืออย่างเป็นรูปธรรม มีความรู้และตระหนักต่อภัยของบุหรี่ ตลอดจนมีทักษะการป้องกันการบริโภคยาสูบได้ด้วยตนเอง ย่อมเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชนให้มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี และมีทักษะในการควบคุมการบริโภคยาสูบ ได้แสดงศักยภาพและสมรรถนะในการรณรงค์ให้เกิดสังคมปลอดบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (participatory learning: PL) เป็นกระบวนการที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน การคิดวิเคราะห์ ที่นำไปสู่การประยุกต์ใช้ความรู้ที่เกิดขึ้นในการป้องกันและการแก้ไขปัญหา (Suttirut, Phunpanich, & Leamsuwan, 2019) เป็นรูปแบบการสอนที่ประสิทธิภาพในการพัฒนาบุคคลด้านความรู้ อันเนื่องมาจากโครงสร้างพื้นฐานของการการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ผสมผสานกับกระบวนการกลุ่ม และเนื่องด้วยผู้เรียนทุกคนมีประสบการณ์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบในเบื้องต้นจึงสามารถช่วยทำให้เกิดประโยชน์สูงสุดหรือเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกัน นำไปสู่เกิดความรู้ใหม่ ความเข้าใจ และความตระหนักถึงการควบคุมการบริโภคยาสูบตามบทบาทหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Punpom, 2018) ซึ่งผลการศึกษาของ สุธิกาญจน์ ไชยลาภ และคณะ (Chaiyalab et al., 2018) พบว่าภายหลังจากที่นักศึกษาได้รับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่มีกิจกรรมส่งเสริมประสบการณ์ชีวิตในการเสริมสร้างความรู้ ทัศนคติ และทักษะการป้องกันพิษภัยจากบุหรี่ นักศึกษามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ต่อการป้องกันพิษภัยจากบุหรี่สูงกว่าก่อนได้รับกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้การศึกษาศึกษาการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายของ เดือนฉาย ปิ่นป้อม (Punpom, 2018) พบว่าภายหลังจากที่นักเรียนได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่สูงขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้นักเรียนเกิดความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงพิษภัยของบุหรี่มากยิ่งขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศไทยมีการศึกษาด้านนี้ค่อนข้างจำกัด ดังนั้นคณะผู้วิจัยในฐานะอาจารย์พยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ในนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้นักศึกษาได้เตรียมความพร้อมสำหรับนำความรู้ไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเพียงพอ จึงเกิดแนวคิดที่ศึกษาถึงความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาลโดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เชื่อว่าสามารถพัฒนาผู้เรียนให้เกิดองค์ความรู้ได้เป็นอย่างดี โดยผลการศึกษาที่ได้จะเป็นข้อมูลสำหรับสถานศึกษาใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันยาสูบในนักศึกษาพยาบาล ให้สามารถถ่ายทอดความรู้แก่ประชาชนให้เกิดความตระหนักถึงการป้องกันอันตรายจากวันบุหรี่ รวมถึงการบริหารจัดการให้เกิดสังคมที่ปลอดบุหรี่ได้อย่างมีประสิทธิภาพได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมและกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

สมมติฐานการวิจัย

1. คำนวณคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบหลังการทดลองของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม
2. คำนวณคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาลกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวคิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Kolb & Kolb, 2008) มาประยุกต์ใช้โดยผ่านประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบร่วมกับการใช้กระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์ (Concrete Experiment) เป็นขั้นตอนการแลกเปลี่ยนความรู้และแบ่งปันประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ 2) การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (Reflection Observation) โดยการวิเคราะห์บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ 3) การสรุปเป็นความคิดรวบยอด (Abstract Conceptualization) โดยร่วมกัน และ 4) การทดลองปฏิบัติ (Active Experiment) โดยสามารถนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปสู่การเกิดการประยุกต์ใช้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบตามบทบาทพยาบาลได้ ดังนั้นเพื่อพัฒนา นักศึกษาพยาบาลให้เกิดองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เพิ่มขึ้น จึงนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมาเป็นตัวขับเคลื่อน ซึ่งเป็นความรู้ที่สามารถนำไปถ่ายทอดแก่ประชาชนให้เกิดความตระหนักถึงการควบคุมการบริโภคยาสูบ และการป้องกันอันตรายจากควันบุหรี่ต่อไปในอนาคต

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ปีการศึกษา 2564 จำนวน 118 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคเหนือ ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 โดยคัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) เป็นนักศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 2 ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2564 2) มีผลการเรียนเฉลี่ย (grade point average: GPA) อยู่ในช่วง 2.50 – 3.00 เนื่องจากต้องการกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้พื้นฐานที่ใกล้เคียงกัน และยินยอมในการเข้าร่วมในงานวิจัย

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเปิดตารางอำนาจการทดสอบ (Burns & Grove, 2009) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) ระดับปานกลาง คือ 0.45 กำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นที่ 0.05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 57 คน ซึ่งคณะผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (attrition rate) ดังนั้นได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบจับคู่ (randomized matching) ด้วยการเรียงลำดับเกรดเฉลี่ย (GPA) จาก 2.50 ถึง 3.00 เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่คล้ายกัน ทั้งนี้ ภายหลังการเรียงลำดับเกรดเฉลี่ย พบว่ามีนักศึกษาตามเกณฑ์ที่กำหนด 46 คน ซึ่งตามหลักการของโพลิต และ ฮังเลอร์ (Polit & Hungler, 1983) ที่กล่าวว่าถ้าเป็นการวิจัย

แบบทดลองที่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม แต่ละกลุ่มควรมีกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุดคือ 10 คน ผู้วิจัยจึงดำเนินการสุ่มแบบจับคู่ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ได้ จากนั้นทำการแยกแต่ละคู่ให้อยู่ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 23 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย คือ โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่ใช้การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และกระบวนการกลุ่ม ตามแนวคิดของโคลบ (Kolb & Kolb, 2008) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) ประสบการณ์ (concrete experiment) เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้และแบ่งปันประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ 2) การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (reflection observation) โดยการวิเคราะห์วิเคราะห์บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบจากกรณีศึกษา 3) การสรุปเป็นความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) โดยบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายยาสูบและบุหรี่ ระบาดวิทยาของยาสูบทุกชนิด กลไกการเสพติด ผลกระทบบุหรี่ต่อสุขภาพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมบริโภคยาสูบ และบทบาทพยาบาลในการควบคุมบริโภคยาสูบ ฉายวิทัศน์เกี่ยวกับบุหรี่ และการรณรงค์การไม่สูบบุหรี่ เสนอข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเนื้อหา เพื่อสรุปเป็นความรู้ใหม่สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และ 4) การทดลองปฏิบัติ (active experiment) โดยสามารถนำความรู้ที่เกิดขึ้นไปสู่การเกิดการประยุกต์ใช้ในการในการควบคุมการบริโภคยาสูบตามบทบาทพยาบาลได้

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาและความเหมาะสมด้านอื่น ๆ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลด้านการจัดการสอน 1 ท่าน อาจารย์ด้านการสอนการสร้างเสริมสุขภาพ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานเกี่ยวกับการควบคุมบริโภคด้านยาสูบ 1 ท่าน และนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาลที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง 20 คน จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาพยาบาล ได้แก่ เพศ และอายุ 2) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ที่ดัดแปลงมาจากคู่มือความสำเร็จของการบูรณาการเรื่องการควบคุมการบริโภคยาสูบในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตของ สุปรานี เสนาดีสัย, กรองจิต วาทีสาธกกิจ และ แสงเดือน สุวรรณรัตน์ (Sanadiasy, Vathesatogkokit, & Suwanrat-samee, 2020) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ซึ่งมีคำตอบที่ถูกต้องเพียงข้อเดียว เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 19 ข้อคำถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดย ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (index of item objective congruence: IOC) ได้เท่ากับ .50 (Meehanpong & Chatdokkaiprai, 2018) นำไปทดลองใช้กับนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 2 ที่คุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 คน แล้วนำไปหาความสอดคล้องภายในของแบบประเมิน โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20: KR 20 (Meehanpong & Chatdokkaiprai, 2018) ได้เท่ากับ .70

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองหลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยพายัพ ตามเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 64/013 พร้อมทำหนังสือขออนุญาตในการรวบรวมข้อมูลต่อคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ คณะผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดย แจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยครั้งนี้โดยละเอียด การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสมัครใจ กลุ่มตัวอย่าง

สามารถตอบรับ ปฏิเสธ หรือบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ พร้อมทั้งแจ้งว่าข้อมูลทั้งหมดที่ได้จากการวิจัยจะถือเป็นความลับ และไม่มีผลต่อคะแนนในรายวิชาใด ๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามรับทราบ ผู้วิจัยจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือต่อคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย และเมื่อได้รับอนุมัติให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ ดังรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วัดความรู้ก่อนการทดลองด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับด้านการควบคุมบริโภคยาสูบ (pre-test) กับกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 46 คน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

จากนั้น นำกลุ่มทดลอง จำนวน 23 คน เข้าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของโคลบ (Kolb & Kolb, 2008) ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 5 ชั่วโมง ซึ่งมีรายละเอียด คือ กิจกรรมขั้นตอนที่ 1 ประสบการณ์ (concrete experiment) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านการควบคุมบริโภคยาสูบ สรุปรวบยอดและวิเคราะห์สิ่งที่ได้จากการแบ่งปันประสบการณ์ ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดและการอภิปราย (reflection observation) จัดให้มีการวิเคราะห์วิเคราะห์บทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบจากกรณีศึกษา สรุปรวบยอดและวิเคราะห์สิ่งที่ได้จากการกรณีศึกษา ขั้นตอนที่ 3 การสรุปเป็นความคิดรวบยอด (abstract conceptualization) บรรยายความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบและบทบาทพยาบาลในการควบคุมบริโภคยาสูบ สรุปเป็นความรู้ใหม่ร่วมกัน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง

สัปดาห์ที่ 2 วัดความรู้เกี่ยวกับด้านการควบคุมบริโภคยาสูบ หลังการทดลอง (post-test) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และการให้ความรู้เชิงประสบการณ์ครั้งที่ 2 แก่กลุ่มทดลอง ใช้เวลาทั้งหมดประมาณ 3 ชั่วโมง ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1. จัดกิจกรรม ขั้นตอนที่ 4 การทดลองปฏิบัติ (active experiment) ให้กลุ่มทดลองศึกษาวิดีโอกรณีศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ของกองงานคณะกรรมการควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ กรมควบคุมโรค และสามารถสะท้อนกลับถึงความรู้ความเข้าใจตามบทบาทพยาบาลในการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยนำความรู้ที่เกิดขึ้นประยุกต์ใช้ในการในการควบคุมการบริโภคยาสูบตามบทบาทพยาบาลในแต่ละกรณีศึกษาได้ ร่วมกันเรียนรู้และสรุปกิจกรรมทั้งหมดร่วมกัน

2. ประเมินหลังเข้าร่วมโปรแกรม (post-test) ด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับด้านการควบคุมบริโภคยาสูบกับกลุ่มทดลองทั้ง 23 คน

ประเมินความรู้กลุ่มควบคุม (post-test) ด้วยแบบวัดความรู้เกี่ยวกับด้านการควบคุมบริโภคยาสูบทั้ง 23 คน ใช้เวลาประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วน

เนื่องด้วยช่วงระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ผู้วิจัยจึงได้ปรับรูปแบบกิจกรรมเป็นออนไลน์ ผ่านโปรแกรมคอมพิวเตอร์ (microsoft teams: MS Teams) และดำเนินการวิจัยให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์เดิม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติพรรณนา แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบข้อมูลเพศและอายุของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ exact probability test เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาลก่อนและหลัง



ทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test และเปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับความรู้เกี่ยวกับความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 91.30 มีอายุ 19 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็น ร้อยละ 69.60 สำหรับกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 95.70 มีอายุ 19 ปี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 73.90 เมื่อทำการทดสอบทางสถิติ พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศและอายุไม่แตกต่างกัน

2. ความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 กลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนทดลอง 7 คะแนน และหลังทดลอง 10 คะแนน เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

2.2 กลุ่มควบคุม มีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนทดลอง 8 คะแนน และหลังทดลอง 9 คะแนน เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ Wilcoxon signed rank test พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนทดลองและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ ก่อนทดลองและหลังทดลองของกลุ่มทดลอง ($n=23$) และกลุ่มควบคุม ($n=23$)

กลุ่ม	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง	Mean Rank	P-Value
	Median	Median		
กลุ่มทดลอง	7	10	13.53	0.001*
กลุ่มควบคุม	8	9	10.05	0.195

2.3 ภายหลังการทดลอง ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบกลุ่มทดลอง คือ 10 คะแนน และกลุ่มควบคุม คือ 9 คะแนน เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่า ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง ($n=23$) และกลุ่มควบคุม ($n=23$)

กลุ่ม	หลังทดลอง		P-Value
	Median	Mean Rank	
กลุ่มทดลอง	10	17.30	<0.001*
กลุ่มควบคุม	9	29.70	

การอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยสามารถอภิปรายตามสมมติฐานของการวิจัย ดังนี้

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของกลุ่มทดลองแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยพบว่า หลังการทดลอง ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของกลุ่มทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) คือ กลุ่มทดลอง 10 คะแนน และกลุ่มควบคุม 9 คะแนน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ของการวิจัย ที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เป็นผลเนื่องมาจากผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีการสอดแทรกการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ที่ได้รับการวิจัยนี้ ตามแนวคิดของโคลบ (Kolb & Kolb, 2008) ที่ได้อธิบายว่า การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือกระบวนการสร้างความรู้ที่ผู้เรียนแต่ละคนได้เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ อย่างเป็นกระบวนการที่ดำเนินไปเป็นวงจรตามแต่ละขั้นตอนของการเรียนรู้ และจะเป็นผลช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ ซึ่งแต่ละครั้งของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการวิจัยนี้มีกิจกรรมที่ผสมผสานขั้นตอนของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อันเป็นกระบวนการที่ทำให้นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยอาศัยประสบการณ์เดิมของนักศึกษาที่สัมพันธ์กับชีวิตจริง นำมาสู่การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน การคิดวิเคราะห์ร่วมกัน การตัดสินใจเลือกสิ่งที่ต้องการเรียนรู้ เกิดการเพิ่มความรู้ใหม่ และนำไปสู่การประยุกต์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นมาใช้เป็นแนวทางในการการควบคุมบริโภคยาสูบได้ (Punpom, 2018) จึงส่งผลให้ค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบของกลุ่มทดลองภายหลังได้รับโปรแกรมเพิ่มสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งวิธีการให้ความรู้และผลของการวิจัยนี้สอดคล้องกับการวิจัยของ พิพัฒน์พล พินิจดี และ จุฬารณ โสตะ (Pinitdee & Sota, 2015) ที่ศึกษาโปรแกรมการประยุกต์การสร้างเสริมทักษะชีวิตเพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี หลังการทดลองพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีคะแนนความรู้และทักษะชีวิตทั้ง 12 ด้านในการป้องกันการสูบบุหรี่สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) แสดงให้เห็นว่าเป็นผลมาจากการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม คือ การเรียนรู้เชิงประสบการณ์และการเรียนรู้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการที่จัดให้ผู้เรียนสามารถดึงความรู้ ศักยภาพ และประสบการณ์ของตนเองมาเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ได้

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบก่อนทดลองและหลังทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบ หลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) คือ หลังทดลอง 10 คะแนน และ ก่อนทดลอง 7 คะแนน ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ของการวิจัย ที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของโคลบ (Kolb & Kolb, 2008) ที่กลุ่มทดลองได้รับการวิจัยนี้ ช่วยเพิ่มความรู้ใหม่ทำให้คะแนนความรู้หลังการทดลองเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่เพิ่มขึ้น นักศึกษาพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางสำหรับการพัฒนาการเรียนรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบตามบทบาทของวิชาชีพพยาบาล กระตุ้นและตอบสนองความต้องการของนักศึกษาพยาบาลได้ เนื่องจากการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจะช่วยทำให้เกิดความรู้ใหม่ที่ถูกต้องและนำไปสู่การคิดตัดสินใจประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการเรียนรู้ ทำให้เกิดการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับเกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบตามบทบาทของวิชาชีพพยาบาลได้ จึงส่งผลให้ กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ในการควบคุมการบริโภคยาสูบหลังการทดลองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ



เดือนฉาย ปันป้อม (Punpom, 2018) ที่ศึกษาผลของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเลิกสูบบุหรี่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า ภายหลังจากจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม นักเรียนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี่และความรู้เรื่องการเลิกบุหรี่เพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

สรุปได้ว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีกิจกรรมและกระบวนการที่ทำให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ ได้วิเคราะห์และสังเคราะห์สิ่งที่ได้จากการเรียนรู้ สะท้อนเป็นความคิดและการร่วมกันอภิปราย นำไปสู่การเกิด ความคิดรวบยอดที่เป็นความรู้ของตนเอง และนักศึกษาสามารถนำความรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทาง ในการเพิ่มพูนความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบของตนเองตามบทบาทวิชาชีพพยาบาลได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการศึกษาพยาบาล หลักสูตรการศึกษาพยาบาลควรมีการบรรจุเนื้อหาส่งเสริมการควบคุมการบริโภคยาสูบ โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการเรียนการสอนเพื่อให้นักศึกษาพยาบาล ได้เรียนรู้ และเห็นความสำคัญและเข้าใจถึงการควบคุมการบริโภคยาสูบตามบทบาทของวิชาชีพพยาบาล เกิดเป็น ความรู้ใหม่ที่ถูกต้อง และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติการควบคุมการบริโภคยาสูบแก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมและต่อเนื่อง

2. ด้านการปฏิบัติพยาบาล นักศึกษาพยาบาลสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบที่เกิดขึ้นไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาความรู้ตามบทบาทหน้าที่ทางวิชาชีพหรือเป็นแนวทางในการเป็น แบบอย่างที่ดี เป็นผู้ให้คำแนะนำเลิกบุหรี่ เป็นผู้ให้คำแนะนำเรื่องพิษภัยของบุหรี่ต่อสุขภาพ รวมถึงการเป็นผู้นำทางสุขภาพในการควบคุมการบริโภคยาสูบ

3. ด้านการบริหารพยาบาล ผลการวิจัยนี้สามารถนำเสนอต่อผู้บริหารสถาบันการศึกษาพยาบาล เพื่อเป็น ข้อมูลประกอบการตัดสินใจเกี่ยวกับการจัดตั้งนโยบายให้นักศึกษาพยาบาล หรือบุคลากรวิชาชีพพยาบาล ในสังกัดเพิ่มพูนความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเชิงทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมในกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ที่เป็นนักศึกษาพยาบาล เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

2. ควรมีการศึกษาด้านพฤติกรรมหรือทักษะการปฏิบัติการควบคุมการบริโภคยาสูบในนักศึกษาพยาบาล เพื่อขยายผลการศึกษาหลังจากใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่นำความรู้หลังเข้าร่วมโปรแกรมนำไปสู่ ทักษะการปฏิบัติด้านวิชาชีพพยาบาล

3. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการให้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับพยาบาลวิชาชีพและ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับต่าง ๆ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการเผยแพร่ให้ความรู้แก่ประชาชนทั้งในโรงพยาบาลและ ชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศไทย สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ อย่างยิ่ง ที่สนับสนุนการทำวิจัยให้กับคณะพยาบาลศาสตร์แมคคอร์มิค มหาวิทยาลัยพายัพ ผ่านการดำเนินงาน ด้านการบูรณาการเนื้อหาการควบคุมยาสูบเข้าสู่หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพื่อให้เกิดความยั่งยืน



References

- Bundhamcharoen, K., Aungkulanon, S., Makka, N., & Shibuya, K. (2016). Economic burden from smoking-related diseases in Thailand. *Tobacco Control*, 25(5), 532–537.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence* (6th ed.). St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Chomsri, P., Aramratana, A., Siviroj, P., & Kuntawee, S. (2017). Prevalence of substance used and association between substances used with sensation seeking among vocational Students. *Nursing Journal*, 44(2), 172-181. (in Thai)
- Chaiyalab, S., Vongareesawat, C., & Riyaphan, S. (2018). Professional experience promoting activities for enhancing knowledge, attitude and practice skills against harmfulness of tobacco among nursing students. *Thai Journal of Nursing*, 67(1), 33-39. (in Thai)
- Ekezie, W., Murray, R. L., Agrawal, S., Bogdanovica, I., Britton, J., & Leonardi-Bee, J. (2020). Quality of smoking cessation advice in guidelines of tobacco-related diseases: An updated systematic review. *Clinical Medicine*, 20(6), 551.
- Kolb, A. Y. and Kolb, D. A. (2008). *Experiential learning theory: A dynamic, holistic approach to management learning, education, and development*. Armstrong: Management Learning, Edu. and Develop.
- Kaewsutha, N., Visalseth, W., Apiwat, S., & Thakolwiboon, D. (2014). The smoking situations of primary school children and the dental professional role. *Srinakharinwirot University Dental Journal*, 7(2), 103-120. (in Thai)
- Makmai, W., Preechawong, S., & Treenai, S. (2019). Effect of promoting smoking cessation program for parents to reduce secondhand smoke exposure in pediatric patients with asthma. *Nursing Journal*, 46(2), 59-69. (in Thai)
- Meehanpong, P., & Chatdokmaiprai, K. (2018). Assessing quality of research instrument in nursing research. *Journal of the Royal Thai Army Nurse*, 19(1), 9-15. (in Thai)
- National statistical office, Ministry of Digital Economy and Society. (2017). *The smoking and drinking behavior survey 2017*. Bangkok: Pimdeekampim. (in Thai)
- Punpom, D. (2018). *Effects of participatory learning on behavior changing for smoking cessation among high school students in Chiang Mai Province* (Master's thesis). Chiang Mai Rajabhat University, Thailand. Retrieved from <http://www.cmruir.cmru.ac.th/bitstream/123456789/1864/2/%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%89%E0%B8%B2%E0%B8%A2Fulltext.pdf>. (in Thai)
- Pinitdee, P., & Sota, C. (2015). The application of life skills to smoking prevention in junior secondary school students, Srithat District, Udonthani Province. *Journal of the Office of DPC 6 Khon Kaen*, 22(2). 11-20. (in Thai)
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1983). *Nursing research: Principles and methods*. Philadelphia: Lippincott.



- Suttirut, S., Phunpanich, T., & Leamsuwan, I. (2019). Participation learning management for development of immunology learning outcomes and 21st century skills. *Huachiew Chalemprakiet University Journal*, 23(2), 267-278. (in Thai)
- Sanadiasi, S., Vathesatogkokit, K., & Suwanratsamee, S. (2020). *Integration success on tobacco consumption control in Bachelor of Nursing Program*. Bangkok: Publishing of suetawan. (in Thai)
- Tobacco Product Control Act. (2017). *Tobacco product control act B.E. 2560*. Retrieved from <http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2560/A/039/27.PDF> (in Thai)
- World Health Organization. (2004). *Code of practice on tobacco control for health professional organizations*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2015). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco smoking*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025* (3rd ed.). Geneva: World Health Organization.



The Effects of a Self-efficacy Perception Promoting Program for Nursing Students on Knowledge about Tobacco and Self-efficacy to Promote Smoking Cessation ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับนิสิตพยาบาลต่อความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่

นริสา วงศ์พนารักษ์* Narisa Wongpanarak*
อภิญญา วงศ์พิริยโยธา** Apinya Wongpiriyayothar**

Abstract

This experimental study aimed to test the effects of self-efficacy promotion for nursing students on knowledge about tobacco and self-efficacy for smoking cessation. The sample of this study were second-year students from the Faculty of Nursing at Mahasarakham University who were randomly assigned into a control group and an experimental group with 30 in each group. The experimental group received the self-efficacy promoting program using Google classroom and Google meet, and the control group received the normal program of study arranged by an educational institution. Instruments for collecting data included: 1) the Tobacco Knowledge Testing Form, and 2) the Perception of Self-Efficacy to Promote Smoking Cessation Questionnaire which had a reliability of .70 and .91, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and the t-test.

The results of the study showed that after the intervention, the experimental group had statistically significantly higher mean scores of knowledge about tobacco and perception of self-efficacy to promote smoking cessation than before the intervention, and higher than those of the control group ($p < .05$).

From the study results, nursing institutions should use this program for increasing knowledge and perception of self-efficacy for students. The students can apply their knowledge and skills to motivate their clients to quit tobacco in the future.

Keywords: Perception of self-efficacy, Knowledge about tobacco, Smoke cessation, Online program

* Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University

** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Mahasarakham University; e-mail:nang880@hotmail.com

Received 2 September 2021; Revised 25 September 2021; Accepted 27 October 2021



บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับนิสิตพยาบาลต่อความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างเป็นนิสิตชั้นปีที่ 2 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คัดเลือกโดยการสุ่มเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับนิสิตพยาบาลแบบออนไลน์ผ่านห้องเรียนกูเกิล (Google classroom) และการประชุมออนไลน์ผ่านกูเกิล มีท (Google meet) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการเรียนการสอนตามปกติจากสถาบันการศึกษา เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ 1) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และ 2) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 และ .91 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ t-test

ผลการวิจัยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากผลการวิจัย สถาบันการศึกษาพยาบาลควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนให้กับนิสิตพยาบาล เพื่อให้มีทัศนคติและความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในการช่วยเหลือผู้รับบริการให้เลิกบุหรี่ต่อไป

คำสำคัญ: การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การเลิกบุหรี่ โปรแกรมออนไลน์

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

e-mail: nang880@hotmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูบบุหรี่เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี ค.ศ. 2018 มีประชากรโลก 5 พันล้านคนสูบบุหรี่ ในจำนวนนี้เสียชีวิตจากบุหรี่มากกว่า 8 ล้านคนต่อปี (World Health Organization, 2019) ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า ประชากรที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 53.9 ล้านคนเป็นผู้ที่สูบบุหรี่ 11.5 ล้านคน หรือร้อยละ 21.4 และจากการสำรวจอีกครั้งในปี พ.ศ. 2560 พบว่าผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 55.9 ล้านคน เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.1 (National Statistical Office, 2018) ถึงแม้ว่าอัตราการสูบบุหรี่ในประชากรกลุ่มนี้มีแนวโน้มลดลง แต่อย่างน้อยก็เท่ากับเป้าหมายของประเทศไทยที่ควรลดลงเหลือร้อยละ 15 ภายในปี พ.ศ. 2568 (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2020) ปัจจัยที่ทำให้ประชากรสูบบุหรี่มาจากการมีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับอันตรายของบุหรี่ มีเพื่อนสูบบุหรี่ และมีปัญหาด้านจิตใจ (Center for Disease Control and Prevention, 2020) การสูบบุหรี่มีผลเสียต่อสุขภาพเนื่องจากในบุหรี่มีสารนิโคตินที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ กระตุ้นหัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตสูงขึ้น (Crippa, Bergonzi, Bravi, Balordi, & Cassi, 2018) นอกจากนี้ในควันบุหรี่มีสารเคมีก่อให้เกิดโรคที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยและเสียชีวิต เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคมะเร็ง (World Health Organization, 2021)

การป้องกันไม่ให้ประชาชนสูบบุหรี่และเจ็บป่วยจากโรคที่สัมพันธ์กับบุหรี่ พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองผู้ที่สูบบุหรี่และช่วยเหลือให้เลิกสูบบุหรี่ เนื่องจากพยาบาลทำงานในทุกหน่วยบริการสุขภาพและในชุมชน นอกจากนี้ นักศึกษาพยาบาลมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เลิกบุหรี่ในระหว่างการฝึกปฏิบัติงานภายใต้การควบคุมของอาจารย์ แต่จากงานวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลยังขาดความรู้ ความมั่นใจ และทักษะที่จำเป็นในการคัดกรองผู้ที่สูบบุหรี่และช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ เช่น มีงานวิจัยที่ศึกษาสภาพการจัดการเรียนการสอนด้านการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ในวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่าไม่มีรายวิชาใดที่มีเนื้อหาการสอนสำหรับการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันการสูบบุหรี่และการเลิกสูบบุหรี่ และพบว่านักศึกษาส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในระดับปานกลาง มีเพียงร้อยละ 50 ที่เคยประเมินความพร้อมในการเลิกบุหรี่ เคยส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ และเคยติดตามประเมินผลและให้กำลังใจผู้ป่วย นักศึกษาส่วนใหญ่คิดว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งในการจัดให้มีการเรียนเกี่ยวกับการป้องกันการสูบบุหรี่และส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อช่วยลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ นักศึกษาต้องการให้สอนเนื้อหาโทษและพิษภัยของบุหรี่ แนวทางการเลิกสูบบุหรี่ และควรมีโจทย์หรือสถานการณ์จำลองให้ฝึกหัดคำแนะนำ (Raksatham, Nirotnun & Tirapaiwong, 2019) ในงานวิจัยที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติเพื่อควบคุมยาสูบของพยาบาลวิชาชีพที่เคยเป็นแกนนำนักศึกษาพยาบาล พบว่าพยาบาลกลุ่มนี้มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อควบคุมยาสูบอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อควบคุมยาสูบ (Pimroon, Pungbangkadee, Jewpattanakul, & Chuetaleng, 2021)

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) ได้เสนอโมเดล 5A's และ 5R's สำหรับทีมสุขภาพใช้เป็นเครื่องมือเพื่อช่วยเหลือบุคคลให้เลิกบุหรี่ ที่จะเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้คนเลิกสูบบุหรี่ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ได้ แต่มีงานวิจัยที่ศึกษาประสบการณ์ของนักศึกษาพยาบาลในการใช้โมเดล 5A's เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบในผู้ป่วยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่านักศึกษาพยาบาลยังขาดทักษะในการประเมินผู้ป่วยโดยใช้โมเดล 5A's ขาดทักษะในการให้คำแนะนำหรือพูดโน้มน้าวให้เลิกบุหรี่ และไม่สามารถประเมินผลได้

ว่าผู้ป่วยเลิกบุหรี่ได้หรือไม่ งานวิจัยได้เสนอแนะให้พัฒนานักศึกษาโดยใช้โมเดล 5A's ให้มีการจัดกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้นักศึกษาได้ฝึกทักษะในการให้คำแนะนำหรือพูดโน้มน้าวให้ผู้ป่วยเลิกบุหรี่ และมีรูปแบบที่หลากหลายเพื่อการนำไปใช้ได้จริงในการปฏิบัติการพยาบาลได้ (Damkliang, Kritpracha, Prasartwanakit, & Chinnawong, 2018) มีงานวิจัยที่พัฒนาศักยภาพแกนนำให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 ด้านความรู้ ทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ในชุมชน โดยมีกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ การจัดนิทรรศการ การสอนสุขศึกษา และการให้คำปรึกษาโดยใช้โมเดล 5A's ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีความรู้เรื่องบุหรี่ ทักษะการให้คำปรึกษาดีขึ้น นักศึกษามีความมั่นใจในการใช้โมเดล 5A's เพื่อให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย (Sanee, Pantaewan, & Boonrubpayap, 2013) ต่อมา สุธิกาญจน์ ไชยลาภ, จันทรรัตน์ วงศ์อารีย์สวัสดิ์ และสมบัติ รียาพันธ์ (Chaiyalap, Vongareesawat, & Riyaphan, 2018) ได้ใช้กิจกรรมส่งเสริมประสบการณ์วิชาชีพให้กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ทักษะการป้องกันพิษภัยจากบุหรี่ การช่วยเหลือผู้ที่ติดบุหรี่ การจัดนิทรรศการ การจัดกิจกรรมบนเวที การให้ความรู้ผ่านเสียงตามสาย และการออกแบบสื่อรณรงค์ ผลการวิจัยพบว่ากิจกรรมที่จัดไม่มีผลต่อความรู้และทัศนคติต่อการป้องกันพิษภัยบุหรี่ แต่มีผลทำให้ทักษะการป้องกันพิษภัยบุหรี่ดีขึ้น ต่อมาได้มีงานวิจัยที่พัฒนาศักยภาพแกนนำในนักศึกษาชั้นปีที่ 3 เพื่อให้ความรู้เรื่องบุหรี่และพัฒนาทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อการเลิกบุหรี่ด้วยโมเดล 5A's ทางออนไลน์ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษามีความรู้เรื่องพิษภัยบุหรี่และมีทักษะการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น (Chaiyasung, Tana, Sridet, & Wiset, 2020)

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่านักศึกษายังต้องการได้รับความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การสร้างความมั่นใจ และเพิ่มทักษะในการช่วยเหลือบุคคลให้เลิกบุหรี่ จะเห็นจากงานวิจัยว่าแม้สำเร็จการศึกษาไปแล้วสมรรถนะการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของพยาบาลยังอยู่ในระดับปานกลาง งานวิจัยที่ผ่านมาเน้นการพัฒนาความรู้ ความมั่นใจ และทักษะการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 3 และ 4 ผลงานวิจัยได้แสดงให้เห็นว่าการใช้โมเดล 5A's และการมีกิจกรรมที่หลากหลายจะเพิ่มทักษะการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ แต่ยังไม่มีการศึกษาในนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 ซึ่งเป็นชั้นปีที่เริ่มฝึกงานในวิชาการพยาบาลรากฐาน หากได้รับการพัฒนาให้มีความรู้และทักษะการให้คำปรึกษาเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ นักศึกษาชั้นปีที่ 2 จะสามารถนำความรู้ไปใช้ได้กับทุกรายวิชาปฏิบัติการพยาบาล แต่นักศึกษาชั้นปีที่ 2 มีประสบการณ์น้อยจำเป็นต้องใช้วิธีการที่จะช่วยเพิ่มสมรรถนะในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่มากกว่าชั้นปีที่ 3 และ 4 ผู้วิจัยจึงใช้โมเดล 5A's และ 5R's ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่ให้กับนักศึกษาชั้นปีที่ 2 (ในงานวิจัยนี้จะใช้คำว่า นิสิตแทนนักศึกษา) โดยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมได้สำเร็จตามเป้าหมายและมีความเชื่อมั่นในตนเอง โดยสร้างจาก 1) การส่งเสริมสภาวะร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อม 2) การได้รับคำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด 3) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จ

ผู้วิจัยคาดว่าผลการศึกษจะทำให้ นิสิตมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันการสูบบุหรี่ และการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ขณะฝึกปฏิบัติงาน และนำไปใช้เมื่อเป็นพยาบาลวิชาชีพในอนาคตต่อไป



วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง
3. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรีหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรีมากกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรีมากกว่าก่อนการทดลอง
3. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรีมากกว่ากลุ่มควบคุม
4. หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้โมเดล 5A's และ 5R's ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2014) และใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการทำวิจัย โมเดล 5A's ประกอบด้วย ชักถามค้นหาผู้สูบบุหรี (ask) ให้คำแนะนำ (advise) ประเมินความพร้อมเพื่อเลิกบุหรี (assess) การช่วยเหลือ (assist) และติดตามผลการเลิกบุหรี ปัญหาและอุปสรรค (arrange) โมเดล 5R's ประกอบด้วย ให้ข้อมูลผลของบุหรีต่อผู้สูบ (relevance) ให้ข้อมูลผลเสียของบุหรี (risks) บอกข้อดีจากการเลิกบุหรี (rewards) ค้นหาอุปสรรคของการเลิกบุหรี (roadblocks) และการกระตุ้นซ้ำ ๆ เพื่อให้เลิกบุหรี (repetition)

สำหรับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบนดูรา (Bandura, 1997) กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเพราะหากบุคคลไม่เชื่อมั่นในตนเอง แม้จะมีความรู้ความสามารถก็ไม่อาจทำกิจกรรมให้ประสบผลสำเร็จได้ การสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองให้กับนิสิตพยาบาล สร้างจาก 4 แหล่ง คือ 1) การส่งเสริมสภาวะร่างกายและอารมณ์ให้มีความพร้อม โดยมีกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและผ่อนคลาย มีการสอบถามความพร้อมของนิสิตก่อนนัดทำกิจกรรม 2) การให้คำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด ผู้วิจัยให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรีและแนวทางส่งเสริมการเลิกบุหรีโดยใช้โมเดล 5A's และ 5R's ให้คำแนะนำการนำความรู้มาใช้วางแผนให้การช่วยเหลือกรณีศึกษาได้ ให้คำชมเชยเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ สำเร็จ 3) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง ให้นิสิตฝึกทักษะการรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี การค้นหาบุคคลที่สูบบุหรี และฝึกทักษะส่งเสริมการเลิกบุหรีด้วยตนเองและวิเคราะห์ถึงความสำเร็จของตนเอง และ 4) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จผู้วิจัยยกตัวอย่างการช่วยเหลือผู้ป่วยกรณีศึกษาให้

เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และให้นิสิตแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จจากการทำกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่และการส่งเสริมบุคคลให้เลิกสูบบุหรี่

เมื่อนิสิตได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ที่พัฒนาจากแนวคิดโมเดล 5A's และ 5R's และทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน นิสิตจะมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง แบบสุ่มสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับนิสิตพยาบาล ส่วนกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่รับการเรียนการสอนตามปกติที่จัดโดยคณะพยาบาลศาสตร์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 2 จำนวน 98 คน ผู้วิจัยใช้งานวิจัยที่ผ่านมาของ อารีย์ เสนีย์ และคณะ (Sanee et al., 2013) มาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางทดสอบ ค่า t แบบทางเดียวของโคเฮน (Cohen, 1988) กำหนดค่าความเชื่อมั่น 95% และใช้ค่า effect size ขนาดใหญ่เท่ากับ .8 ใช้ค่า power of test ที่ 90% ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 27 คน ผู้วิจัยจึงป้องกันการสูญเสียของตัวอย่าง 10% ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้การสุ่มอย่างง่าย เกณฑ์การคัดออสาสมัครออกจากการศึกษา ได้แก่ นิสิตที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ครบตามที่กำหนดไว้ในโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย และเครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ คู่มือการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับนิสิตพยาบาล ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ส่วนที่ 2 แนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ ตามโมเดล 5A's และ 5R's และ ส่วนที่ 3 แผนการดำเนินงานในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม (ดังรายละเอียดการดำเนินการในกลุ่มทดลอง)

2. เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ประวัติการสูบบุหรี่ ผู้ใกล้ชิดที่สูบบุหรี่ และการประสบการณ์การอบรมเรื่องเกี่ยวกับบุหรี่และการช่วยส่งเสริมการเลิกบุหรี่

- ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม สอบถามเกี่ยวกับสารพิษและโทษของสารพิษในบุหรี่ อาการติดสารนิโคติน และแนวทางการรักษา จำนวน 20 ข้อ เป็นคำตอบ ถูก-ผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 0-20 คะแนน การแปลผลระดับความรู้ เป็นเป็น 3 ระดับดังนี้ 1) น้อย (0.00 - 06.66 คะแนน) 2) ปานกลาง (06.67 - 13.33 คะแนน) และ 3) สูง (13.34 - 20.00 คะแนน)

- ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับโมเดล 5A's และ 5R's (World Health Organization, 2014) และจากการทบทวนวรรณกรรม ใช้วัดความมั่นใจในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่



โดยใช้โมเดล 5A's และ 5R's มีจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนตัวเลขจาก 1-5 เป็นข้อความทางบวกทั้งหมด ให้คะแนนจากความมั่นใจน้อยที่สุดจนถึงมากที่สุด คะแนนรวมทั้งฉบับอยู่ระหว่าง 12-60 การแปลผลระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ 1) น้อย (12.00 - 28.00 คะแนน) 2) ปานกลาง (28.01 - 44.00 คะแนน) และ 3) สูง (44.01 - 60.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ของคู่มือการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับนิสิตพยาบาล ได้ค่า CVI ของส่วนที่ 1, 2 และ 3 เท่ากับ .86, .91 และ 1.00 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00 และ .83 ตามลำดับ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ไปตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยสูตร Kuder-Richardson 20 (KR 20) และหาค่า Cronbach's Alpha Coefficient ในนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 และ .91 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยยื่นแบบเสนอเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ เลขที่ 221/2562 ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่กระทบใด ๆ ต่อการเป็นนิสิต การเก็บข้อมูลเป็นความลับ และกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้หากมีข้อสงสัย จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เนื่องจากในช่วงเก็บข้อมูลเกิดสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทย ซึ่งมีผลกระทบต่อการจัดการเรียนการสอนและการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยแบบออนไลน์

1. หลังจากได้รับการรับรองโครงการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ผู้วิจัยขอหนังสืออนุมัติเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
2. ประสานนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละกลุ่ม โดยการประชุมออนไลน์ผ่านกูเกิล มีท (Google meet) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย และให้นิสิตลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผ่านระบบออนไลน์
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ดำเนินการแบบออนไลน์โดยสร้างห้องเรียนกูเกิล (Google classroom) แยกกลุ่ม เพื่อใช้ประสานงานและส่งไฟล์เอกสารประกอบโครงการ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนเพื่อป้องกันการสอบถามข้อมูลในการทดลองจากกลุ่มทดลอง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคม - กรกฎาคม 2563 โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยในแต่ละกลุ่มดังนี้

กลุ่มควบคุม:

1. ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบคำถามตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ บุหรี่ และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ในแบบสอบถามออนไลน์ผ่านกูเกิล (Google form) ใช้เวลาประมาณ 15 นาที หลังจากนั้นให้เรียนตามปกติ 6 สัปดาห์

2. ในสัปดาห์ที่ 6 หลังการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการให้กลุ่มควบคุมตอบคำถามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ในแบบสอบถามออนไลน์ผ่านกูเกิล

3. นิตยพนิติตทางห้องเรียนกูเกิล อีกครั้งหลังเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มทดลองเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแนวทางการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ พร้อมให้กลุ่มทดลองถ่ายทอดผลงานโปสเตอร์รณรงค์ให้เลิกบุหรี่ของกลุ่มทดลองให้กลุ่มควบคุมได้เรียนรู้ ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

กลุ่มทดลอง:

1. ในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบคำถามตามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ในแบบสอบถามออนไลน์ผ่านกูเกิล ผู้วิจัยได้ให้เอกสารความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแนวทางส่งเสริมการเลิกบุหรี่ หลังจากนั้นดำเนินงานตามแผนการดำเนินงานโปรแกรมฯ (แบบออนไลน์) โดยการประชุมออนไลน์ผ่านกูเกิล มีท ในสัปดาห์ที่ 1-6 โดยมีกิจกรรม 6 กิจกรรมดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 ให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแนวทางการเสริมสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ใช้โมเดล 5A's และ 5R's

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของนิสิตในการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 ฝึกทักษะการรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่และแนวทางการเลิกบุหรี่

สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 ฝึกทักษะการค้นหาบุคคลที่สูบบุหรี่และการเสริมให้เลิกบุหรี่

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้จากโครงการ

สัปดาห์ที่ 6 กิจกรรมที่ 6 สรุป ทบทวน สะท้อนคิด ประเมินผล

2. หลังจากเสร็จกิจกรรมที่ 6 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบคำถามแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ในแบบสอบถามออนไลน์ผ่านกูเกิล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) สถิติพื้นฐาน ความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ทดสอบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่หลังการทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test และระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ independent t-test เนื่องจากการแจกแจงข้อมูลปกติ

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.30 อายุเฉลี่ย 21.33 ปี (SD = 2.93) ทุกคนไม่เคยสูบบุหรี่ มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ร้อยละ 53.3 และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับบุหรี่ร้อยละ 90 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 21.27 ปี (SD = 2.94) ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 96.70 มีบุคคลใกล้ชิดสูบบุหรี่ร้อยละ 46.70 และไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับบุหรี่ร้อยละ 76.70

ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ผลการวิจัยพบว่าในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุรืก่อนการทดลองเท่ากับ 16.63 (SD = 1.38) อยู่ในระดับสูง ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้ลดลงเหลือ 16.37 (SD = 2.03) อยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุรืก่อนการทดลองเท่ากับ 45.40 (SD = 7.07) อยู่ในระดับสูง หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยลดลงเหลือ 44.80 (SD = 6.22) อยู่ในระดับสูง



ในกลุ่มทดลอง คะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรีก่อนการทดลองเท่ากับ 16.93 (SD = 1.80) อยู่ในระดับสูง ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรีเพิ่มขึ้นเป็น 18.30 (SD = 1.39) อยู่ในระดับสูง ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี ก่อนการทดลองเท่ากับ 41.60 (SD = 5.44) อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 47.57 (SD = 4.89) อยู่ในระดับสูง

การทดสอบสมมติฐาน ผลการทดสอบสมมติฐาน พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรีและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรีมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1) และกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรีและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรีมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรีและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	t	p-value
กลุ่มควบคุม (n = 30)						
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี	16.63	1.38	16.37	2.03	.87	.187
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริม การเลิกบุหรี	45.40	7.07	44.80	6.22	.47	.321
กลุ่มทดลอง (n = 30)						
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี	16.93	1.80	18.30	1.39	-4.72	.001*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริม การเลิกบุหรี	41.60	5.44	47.57	4.89	-7.38	.001*

* $p < .05$

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรีและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรีหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปรที่ศึกษา	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	t	p-value
	$\bar{X}$	$\bar{X}$		
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี	16.37	18.30	4.317	.001*
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี	44.80	47.57	2.77*	.035*

* $p < .05$



การอภิปรายผล

การดำเนินการวิจัยได้ผลตามวัตถุประสงค์ และผลการวิจัยสนับสนุนสมมติฐานการวิจัยทุกข้อ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่มากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 2 ที่พัฒนาตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ให้แนวทางในการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากแหล่ง 4 แหล่ง และตามแนวคิดตามโมเดล 5A's และ 5R's เพื่อช่วยเหลือบุคคลให้เลิกบุหรี่มาใช้ผสมผสานกันร่วมกันได้อย่างเหมาะสมดังนี้ 1) การส่งเสริมสภาวะร่างกายและอารมณ์ของนิสิตให้มีความพร้อมก่อนและขณะเข้าร่วมกิจกรรม โดยสอบถามวันที่พร้อมเข้าร่วมกิจกรรมและมีการกิจกรรมสร้างสัมพันธ์ภาพและผ่อนคลายให้กับนิสิต 2) การให้คำแนะนำหรือชักจูงด้วยคำพูด ผ่านกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแนวทางส่งเสริมการเลิกบุหรี่โดยใช้โมเดล มีตัวอย่างกรณีศึกษาให้นิสิตได้แสดงความคิดเห็นและผู้วิจัยให้คำแนะนำแนวทางให้การช่วยเหลือกรณีศึกษาตามโมเดล 5A's และ 5R's ให้คำชมเชยเพื่อให้นิสิตมีกำลังใจในการทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จ 3) การกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง มีกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันการสูบบุหรี่ โดยทำโปสเตอร์รณรงค์ให้ความรู้ การป้องกันการสูบบุหรี่และแนวทางการเลิกบุหรี่ มีกิจกรรมฝึกทักษะส่งเสริมบุคคลให้เลิกบุหรี่ โดยนำความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และแนวทางการช่วยเหลือตามโมเดล 5A's และ 5R's มาใช้และให้นิสิตวิเคราะห์ถึงความสำเร็จของตนเอง และ 4) การสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นที่ประสบความสำเร็จผ่านกิจกรรมวิเคราะห์ตัวอย่างกรณีศึกษาที่ได้รับการช่วยเหลือให้เลิกบุหรี่ได้สำเร็จ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความสำเร็จของนิสิตและเพื่อน ๆ

นอกจากนี้ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด ผู้วิจัยจัดโปรแกรมแบบออนไลน์ผ่านห้องเรียน ภูเกิล และการประชุมออนไลน์ผ่านภูเกิล มีท และให้นิสิตตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านภูเกิล ที่เป็นช่องทางที่มีประสิทธิภาพในการจัดกิจกรรมได้ครบตามที่กำหนดไว้ นิสิตสามารถเข้ามาเรียนรู้และทำกิจกรรมได้ทุกที่และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันได้ ช่วยให้นิสิตได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและทักษะต่าง ๆ รวมทั้งให้นิสิตได้ฝึกให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชันกับผู้ที่สูบบุหรี่ ที่ช่วยให้นิสิตนำความรู้ไปใช้และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อส่งเสริมการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น และมีงานวิจัยสนับสนุนว่าการให้นักศึกษาฝึกทักษะการให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่โดยฝึกตอบคำถามออนไลน์ช่วยให้นักศึกษามีทักษะการให้คำปรึกษาเพิ่มขึ้น (Chaiyasung et al., 2020)

ในการวิจัยครั้งนี้มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนฯ แม้ว่าการทดลองกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับสูงและคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าการจัดเรียนการสอนในระบบปกติของสถาบันการศึกษา อาจมีส่วนให้นิสิตทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ปีก่อนการทดลองอยู่ในระดับที่ดี เมื่อเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันระหว่างสองกลุ่มก่อนการทดลองพบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่ากลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่สูงกว่ากลุ่มทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทั้งสองตัวแปรมากกว่าก่อนการทดลองและมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ



ทางสถิติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีแนวโน้มของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรทั้งสองลดลงหลังการทดลอง

ผลของงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฮึงตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์, ลักษณะ ยอดกลกิจ และ สายสมร เฉลยกิตติ (Hongtiyanon, Tipawong, Yodkolkij, & Chaleoy-kitti, 2019) ที่ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในเยาวชน ผลการวิจัยพบว่าเยาวชนมีความรู้เกี่ยวกับภัยสารเสพติด มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด และมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุตา แวหะยี่, บุญสิทธิ์ ไชยชนะและ กรรณิกา เรืองเดช (Waehayee, Chaichana, & Ruangdej, 2013) ที่พบว่าการพัฒนาทักษะชีวิตโดยการเรียนรู้เกี่ยวกับบุหรี่และพิษภัยของบุหรี่และการส่งเสริมทักษะชีวิต ทักษะการแก้ปัญหา ช่วยเพิ่มการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันการสูบบุหรี่ให้กับนักศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ นิยม จันทรินวล และศิริธัญญา วิลาศรี (Junnual & Wilasri, 2017) ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน โดยการเรียนรู้เกี่ยวกับพิษภัยของบุหรี่ การเสนอตัวแบบ การสร้างความหวังในอนาคต และการให้คำปรึกษา ช่วยเพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ให้กับกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารีย์ เสนีย์ และคณะ (Sanee et al., 2013) ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาพยาบาล โดยใช้โมเดล 5A's ทำให้นักศึกษามีความรู้เรื่องบุหรี่ มีทักษะการให้คำปรึกษาและมีความมั่นใจในการปฏิบัติเพื่อช่วยเหลือบุคคลให้เลิกบุหรี่

จากผลการวิจัยในครั้งนี้สรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสำหรับนิสิตพยาบาลมีผลให้นิสิตพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

สถาบันการศึกษาการพยาบาลสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้ในการพัฒนานิสิต/นักศึกษาพยาบาลเพื่อเพิ่มความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่และนำไปสู่การนำไปใช้เพื่อช่วยเหลือผู้รับบริการให้เลิกบุหรี่ในระหว่างการศึกษาพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาการแสดงออกของการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของนิสิตในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับสนับสนุนงบประมาณ จากเครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อสังคมไทยปลอดบุหรี่ โครงการพัฒนาสถาบันอุดมศึกษาปลอดบุหรี่เพื่อสุขภาพ

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W. H. Freeman.
- Center for Disease Control and Prevention. (2020). *Youth and Tobacco Use*. Retrieved from https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/youth_data/tobacco_use/index.htm
- Chaiyalap, S., Vongareesawat, V., & Riyaphan, S. (2018). Professional experience promoting activities for enhancing knowledge, attitude and practice skills against harmfulness of tobacco among nursing students. *Thai Journal of Nursing*, 67(1), 33-39. (in Thai)



- Chaiyasung, P., Tana, P., Sridet, R., & Wises, N. (2020). The efficiency of potential development on knowledge and counselling skills on smoking cessation via online in educational institution among nursing student leaders. *Thai Journal of Nursing*, 69(1), 36-43. (in Thai)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Crippa, G., Bergonzi, M., Bravi, E., Balordi, V., & Cassi, A. (2018). Effect of electronic on blood pressure in hypertension patients: Evaluation by non-invasive continuous ambulatory blood pressure measurement. *Journal of Hypertension*, 36(e-Supplement 1), e4. doi:10.1097/01.hjh.0000538974. 96760.a3
- Damkliang, J., Kritpracha, C. Prasartwanakit, A., & Chinnawong, T. (2018). Nursing students' experiences of using the 5A's model for tobacco control among adult and elderly patients. *Songklanagarind. Journal of Nursing*, 38 (3), 141-151.
- Hongtiyanon, T., Tipawong, A., Yodkolkij, L., & Chaleoykitti, S. (2019). The effectiveness of perceived self-efficacy program for assisting adolescences towards behavioral of avoiding narcotics. *Royal Thai Army Medical Journal*, 72(1), 33-40. (in Thai)
- Junnual, N. & Wilasri, S. (2017). The application of self-efficacy theory in achieving smoking behavior change among police officers at Chaiyaphum Police Station. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 23(1), 44-58. (in Thai)
- National Statistical Office. (2018). *The smoking and drinking behavior survey 2017*. Bangkok: Pimdeekarnpim.
- Pimroon, S. Pungbangkadee, R., Jewpattanakul, Y., & Chuetaeng, T. (2021). Factors influencing tobacco control practice among the registered nurses who used to attending as a leader of the nursing student smoke-free Thai society club. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 22(1), 216-225. (in Thai)
- Raksatham, S., Nirotun, U., & Tirapaiwong, Y. (2019). The current situation of teaching for health promoting smoking prevention and smoking cessation of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Bangkok. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(2), 71-812.
- Sanee, A., Pantaewan, P., & Boonrubpayap, B. (2013). A potential developing program for nurse student leaders on knowledge, attitude toward tobacco, and smoke cessation counseling skills in community. *Nursing Science Journal*, 62(1), 22-31. (in Thai)
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2020). *Tobacco consumption: Thailand report, 2021*. Retrieved form <https://www.trc.or.th/th/media/attachments/2020/07/19/..-2562.pdf>
- Waehayee, H., Chaichana, B., & Ruangdej, K. (2013). Effectiveness of a life skill training program on perceived self-efficacy for the prevention of smoking among the first year students at Yala Rajabhat University. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 22(1), 85-131.



- World Health Organization. (2014). *Toolkit for delivering the 5A's and 5R's brief tobacco interventions*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2019). *WHO report on the global tobacco epidemic 2019: Offer help to quit tobacco use*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516204>
- World Health Organization. (2021). *WHO report on the global tobacco epidemic 2021: Addressing new and emerging products*. Retrieved from <https://www.who.int/teams/health-promotion/tobacco-control/global-tobacco-report-2021>



Factors Related to Family Management in Families Having Children with Congenital Heart Disease*

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*

สุภาพร	วัฒนา**	Suphaphon	Wattana**
อุษณีย์	จินตะเวช***	Usanee	Jintrawet***
สุธิศา	ล้ำช้าง****	Suthisa	Lamchang****

Abstract

Proper family management of children with congenital heart disease is important so that these children can receive appropriate care and undergo cardiac surgery according to their treatment plan. The objective of this correlational descriptive research study was to examine factors related to family management in families having children with congenital heart disease. The study sample, selected by purposive sampling, were 85 fathers or mothers providing care for children with acyanotic congenital heart disease aged 1 to 3 years old. All children received care from the pediatric out-patient department. The research instruments included the Family and Children's Personal Information Questionnaire, the Social Support Questionnaire, and the Family Management Measure. The questionnaires were tested for content validity and reliability. Data were analyzed using descriptive statistics, Eta coefficient, and Pearson's correlation coefficient.

The results revealed that:

1. The total family management scores were at a moderate level with a mean of 137.31 (SD=7.67). All dimensions of family management were also at a moderate level.
2. Personal factors of the family, including education level, had a positive statistically significant correlation with condition management ability and with family life difficulties ($\eta = .555$, $p < .05$, $\eta = .683$, $p < .05$). Income had a positive statistically significant correlation with family life difficulty ($\eta = .742$, $p < .05$).
3. Personal factors of children, including duration of disease, were positively correlated with condition management ability, and frequency of hospitalization was positively correlated with a child's daily life ($\eta = .313$, $p < .05$, $\eta = .336$, $p < .05$).
4. Information support was negatively correlated with view of condition impact, and instrument support was negatively correlated with family life difficulties ($r = -.224$, $p < .05$, $r = -.226$, $p < .05$).

The results of this study provide information on family management related to children with congenital heart disease. It may be used as a preliminary guide to promote appropriate and efficient family management.

Keyword: Family management, Children with congenital heart disease

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Pediatric Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: wattanasupaporn@gmail.com

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

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

Received 16 July 2018; Revised 13 August 2018; Accepted 27 August 2018



บทคัดย่อ

การจัดการครอบครัวที่เหมาะสมในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด มีความสำคัญเพราะช่วยให้บุตรได้รับการดูแลที่เหมาะสม และสามารถรับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดตามแผนการรักษา การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คือ บิดาหรือมารดาที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวโดยเด็กมีอายุ 1 ถึง 3 ปี ที่มาติดตามรักษาที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามการจัดการครอบครัว เครื่องมือผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงตามเนื้อหาและความเชื่อมั่น วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติ Eta coefficient และ Pearson's correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า

1. คะแนนการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 137.31 (SD = 7.67) คะแนนการจัดการครอบครัวรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง
 2. ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ประกอบด้วย ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ($\eta=.555, p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ($\eta=.683, p < .05$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta=.742, p < .05$)
 3. ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ($\eta=.313, p < .05$) และความถี่ในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ($\eta=.336, p < .05$)
 4. การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านมุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วย ($r = -.224, p < .05$) และการสนับสนุนทรัพยากรมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.226, p < .05$)
- ผลการวิจัยในครั้งนี้ บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในการส่งเสริมการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวมีการจัดการครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ: การจัดการครอบครัว เด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: wattanasupaporn@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 16 กรกฎาคม 2561 วันที่แก้ไขบทความ 13 สิงหาคม 2561 วันที่ตอบรับบทความ 27 สิงหาคม 2561

ความเป็นมาความสำคัญของปัญหา

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของโครงสร้างหัวใจและหลอดเลือด ตั้งแต่ทารกอยู่ในครรภ์ (Prithviraj, Reddy, Rajeshwari, & Jain, 2017) ปัจจุบันทั่วโลกพบอุบัติการณ์การเกิดโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดประมาณ 8 รายต่อการเกิดมีชีพ 1,000 ราย (American Heart Association [AHA], 2015) ประเทศไทยพบทารกแรกเกิดเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดปีละประมาณ 8,000 ราย (Ponvilawan, 2012) ชนิดของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในเด็กพบชนิดไม่มีอาการเขียวร้อยละ 75.3 โดยโรคผนังหัวใจห้องล่างรั่วพบร้อยละ 32.5 โรคผนังหัวใจห้องบนรั่ว พบร้อยละ 17.4 ชนิดอื่นๆ ร้อยละ 25.4 และชนิดที่มีอาการเขียวร้อยละ 24.7 (Prithviraj et al., 2017) การรักษาโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดแพทย์เป็นผู้พิจารณาจากชนิดและระดับความรุนแรงของโรค ได้แก่การรักษาด้วยยา อุปกรณ์พิเศษผ่านทางสายสวน และการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อนในระยะก่อนผ่าตัดที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะขาดสารอาหาร การติดเชื้อของระบบทางเดินหายใจ และภาวะหัวใจวาย (Bernstein, 1996) ส่งผลให้การผ่าตัดตามแผนการรักษาถูกเลื่อนออกไปหรืออาจทำให้เด็กเสียชีวิต (Keawwichit & Thajeen, 2007) ประเทศไทยพบว่าการรักษาด้วยการผ่าตัดเด็กภายในอายุ 2 ปี ซึ่งอยู่ในวัยหัดเดินมีร้อยละ 54.33 (Songthip, Sanasuttipun, & Srichantarant, 2015) เด็กวัยหัดเดินอายุ 1-3 ปี มีระยะพัฒนาการมีความเป็นตัวของตัวเอง (Prateepchaikul, 2012) แต่ยังต้องการการดูแลจากผู้ใหญ่ การดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประกอบด้วย การดูแลด้านการเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการ ด้านพัฒนาการ ด้านการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและการป้องกันการติดเชื้อ ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และการมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามประเมินอาการของโรคหัวใจและสุขภาพทั่วไป (Smith, 2001; Woodward, 2011; Wright & Rocchini, 2002; Phromreungrit, Jintrawet, & Chotibang, 2015) โดยทั่วไปบทบาทในการดูแลบุตรเป็นหน้าที่หลักของบิดาและมารดา (Chitayasothorn, 2009) เมื่อครอบครัวมีบุตรที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดพบว่าเกิดการปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่และความสัมพันธ์ของสมาชิกครอบครัวเนื่องจากเวลาส่วนใหญ่ของบิดามารดาต้องดูแลบุตรที่ป่วยมากกว่าสมาชิกคนอื่นในครอบครัว (Songthip et al., 2015) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทำให้เด็กมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมและกิจวัตรประจำวันช่วยเหลือตนเองได้น้อยกว่าปกติและอาจพบพัฒนาการไม่สมวัย โดยต้องมีการจัดการครอบครัวเพื่อผนวกกิจกรรมการดูแลบุตรด้วยการให้การดูแลทั่วไปและการดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กพร้อมสำหรับการผ่าตัดและการดูแลหลังผ่าตัดในอนาคต (Songthip et al., 2015)

การจัดการครอบครัว ตามแนวคิดของ คณาเฟิล, ดีทริค, และฮาวิล (Knafl, Deatrick, & Havill, 2012) หมายถึง การรับรู้ของผู้ปกครอง และสมาชิกในครอบครัวจากการผนวกกิจกรรมการดูแลเด็กโรคเรื้อรังเข้าในชีวิตประจำวันของครอบครัวว่ามีความยากหรือง่าย แนวคิดนี้ได้อธิบายถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยเด็กสภาพความเจ็บป่วยเรื้อรังและผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวซึ่งการจัดการของครอบครัวจะเป็นไปได้อย่างง่ายดายโดยพิจารณาจากองค์ประกอบ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ด้านมุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วย ด้านการร่วมกันของผู้ปกครอง ผู้วิจัยเลือกศึกษาเพียง 5 ด้าน เนื่องจากพบว่าในเขตภาคเหนือผู้ที่นำบุตรมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยส่วนใหญ่คือบิดาหรือมารดา จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวของ คณาเฟิล และคณะ (Knafl et al., 2012) พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก ปัจจัยเครือข่ายสังคมของครอบครัว ปัจจัยระบบสาธารณสุขและการเข้าถึงการดูแล และปัจจัยแหล่งทรัพยากร

การศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ ระยะเวลากการเจ็บป่วย ความถี่การเข้ารับการรักษาใน



โรงพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคม โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบเพียงการศึกษาในโรคเรื้อรังอื่น ซึ่งมีการดูแลที่แตกต่างกัน จึงไม่สามารถอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก การสนับสนุนทางสังคม กับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด

คำถามการวิจัย

1. การจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวของ คณาเฟิล และคณะ (Knafel et al., 2012) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมการจัดการครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พิจารณาจากองค์ประกอบการจัดการครอบครัว 5 ด้าน ได้แก่ ชีวิตประจำวันของเด็ก ความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว มุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัว ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ประกอบด้วย ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา รายได้ ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ประกอบด้วย ระยะเวลาการเจ็บป่วย ความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการจัดการครอบครัวที่ดีอาจขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (correlational descriptive research) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก และการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ บิดาหรือมารดาที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวอายุ 1 ถึง 3 ปี และยังไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ

กลุ่มตัวอย่าง คือ บิดาหรือมารดาที่ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวอายุ 1 ถึง 3 ปี และยังไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ โดยมาติดตามรักษาที่คลินิกโรคหัวใจแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 3 โรงพยาบาล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นบิดาหรือมารดาที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป และมีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องล่างรั่ว (ventricular septal defect [VSD]) ความผิดปกติของผนังกันหัวใจห้องบนรั่ว (atrial septal defect [ASD]) ความผิดปกติของผนังกันระหว่างห้องหัวใจห้องบนและล่าง (atrioventricular septal defect [AVSD]) ที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขความผิดปกติ 2) สามารถสื่อสารโดยการ ฟัง พูด อ่าน เขียนภาษาไทยกลางได้ และ 3) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนกลุ่มตัวอย่างต่อประชากร โดยใช้สูตร ดังนี้

$$\text{จำนวนกลุ่มตัวอย่าง} = \frac{\text{จำนวนตัวอย่างที่ต้องการ} \times \text{จำนวนประชากรในแต่ละโรงพยาบาลใน 1 ปี}}{\text{จำนวนประชากรทุกโรงพยาบาลใน 1 ปี}}$$

โดยแบ่งสัดส่วนตามจำนวนเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดที่มารับบริการในแต่ละโรงพยาบาล ได้กลุ่มตัวอย่าง โรงพยาบาลที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 20 ราย โรงพยาบาลที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 40 ราย โรงพยาบาลที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 25 ราย ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 ราย เปิดตารางประมาณค่ากลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติกำหนดความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบที่ระดับ .80 และการประมาณค่าขนาดความสัมพันธ์ของตัวแปร .30 (Polit, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 3 ชุด ดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาหรือมารดาที่ดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ผู้ดูแลเด็กได้รับของ ขนิษฐา หะยิมะแซ (Hayeemasae, 2013) พัฒนาจากแนวคิดทฤษฎีของเฮาส์ (House, 1981) รวมทั้งหมด 34 ข้อ ประกอบด้วย ด้านอารมณ์ 9 ข้อ ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า 7 ข้อ ด้านข้อมูลข่าวสาร 10 ข้อ และ ด้านทรัพยากร 8 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ

- 1 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุด
- 2 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนน้อย
- 3 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนปานกลาง
- 4 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมาก
- 5 หมายถึง ได้รับการสนับสนุนมากที่สุด

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการจัดการครอบครัว (FaMM) ของ คณาเฟิล และคณะ (Knafl et al., 2012) ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือและได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือ จากนั้นนำมาแปลย้อนกลับรวมทั้งหมด 45 ข้อ แบบสอบถามมีองค์ประกอบ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 ชีวิตประจำวันของเด็ก มีจำนวน 5 ข้อ ด้านที่ 2 ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย มีจำนวน 12 ข้อ ด้านที่ 3 ด้านความพยายามในการจัดการสภาพ

ความเจ็บป่วย มีจำนวน 4 ข้อ ด้านที่ 4 ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว มีจำนวน 14 ข้อ ด้านที่ 5 ด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย มีจำนวน 10 ข้อ ให้บิดาหรือมารดาเป็นผู้ตอบ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ

1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3	หมายถึง	เห็นด้วยปานกลาง
4	หมายถึง	เห็นด้วยมาก
5	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การแปลผล คะแนนด้านที่ง่ายในการจัดการครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คะแนนด้านชีวิตประจำวันของเด็ก และคะแนนด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ทั้ง 2 ด้านรวมกันหากมีคะแนนที่สูงแสดงให้เห็นถึงง่ายในการจัดการของครอบครัว การแปลผลคะแนนด้านที่ยากในการจัดการครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด คะแนนด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย คะแนนด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว และคะแนนด้านมุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วย ทั้ง 3 ด้านรวมกันหากมีคะแนนที่สูงแสดงให้เห็นถึงความยากลำบากในการจัดการของครอบครัว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การหาความตรงตามเนื้อหา (content validity)

คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .91 แบบสอบถามการจัดการครอบครัวของ คณาเฟิล และคณะ (Knafl et al., 2012) (The Family Management Measure; FaMM) ต้นฉบับภาษาอังกฤษมีดัชนีความตรงตามเนื้อหาที่มีนัยสำคัญระหว่าง .15 ถึง .64 ผู้วิจัยไม่ได้ประยุกต์หรือดัดแปลงแก้ไขเนื้อหาจึงไม่ได้หาความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ

การแปลย้อนกลับแบบสอบถามการจัดการของครอบครัว (back translation)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการจัดการของครอบครัว (FaMM) ที่ได้รับอนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ แปลจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย และแปลย้อนกลับจากฉบับภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ ในการศึกษาครั้งนี้มีการปรับข้อความในแบบสอบถาม 25 ข้อ จาก 45 ข้อ

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability)

แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคม ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient (Burns & Glove, 2005) ได้ .90 แบบสอบถามการจัดการของครอบครัวฉบับแปลย้อนกลับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย ตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่นเป็นรายด้านตามข้อเสนอแนะของเจ้าของเครื่องมือทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ได้ค่าความเชื่อมั่น .78 ด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่น .79 ด้านความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่น .70 ด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ได้ค่าความเชื่อมั่น .90 และด้านมุมมองของผลกระทบจากสภาพความเจ็บป่วย ได้ค่าความเชื่อมั่น .71

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และผู้วิจัยได้รับหนังสืออนุญาตจากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยได้เข้าไปติดต่อหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรมเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการแนะนำตนเองต่อกลุ่มตัวอย่างที่ดูแลเด็กและชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการวิจัย หลักเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย วิธีรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการทำวิจัย และประโยชน์ที่จะได้รับ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลในการเปลี่ยนแปลงการรักษาใดๆ กับผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียววัยหัดเดิน และกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมในการวิจัยในช่วงใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลกับผู้วิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ และการรักษาที่ได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลต่างๆ ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้วผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อแสดงความยินยอมในแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร จากนั้น ผู้วิจัยมอบผ้าขนหนูเป็นการขอบคุณ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมดด้วยตนเอง ขณะรอพบแพทย์ผู้วิจัยเชิญกลุ่มตัวอย่างเข้าห้องที่จัดเตรียมไว้ เพื่อให้ตอบแบบสอบถามซึ่งมี 3 ชุด ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 ตามขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัวและข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของครอบครัว ข้อมูลการจัดการครอบครัว วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และแสดงจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลส่วนบุคคลของครอบครัว ได้แก่ ลักษณะครอบครัว ระดับการศึกษา และรายได้ ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยใช้การคำนวณค่า Eta coefficient (η)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดโดยใช้การคำนวณแบบ Pearson's product moment correlation

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของบิดาหรือมารดา

กลุ่มตัวอย่างเป็นบิดาและมารดาที่ดูแลบุตรป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 85 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.6 มีความสัมพันธ์กับเด็กเป็นมารดา ร้อยละ 70.6 มีอายุระหว่าง 26-40 ปี ร้อยละ 67.1 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 70.6 มีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวขยายคือมีหลายคนอยู่ในบ้านเดียวกัน ร้อยละ 80 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 48.2 มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 44.7 และมีอาชีพเป็นเกษตรกร ร้อยละ 30.6

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็ก

ผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวของหลอดเลือด จำนวน 85 ราย เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.6 มีอายุระหว่าง 2.1-3 ปี ร้อยละ 52.9 มีความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ในรอบ 6 เดือน)



จำนวน 1-2 ครั้ง ร้อยละ 57.6 มีเฉลี่ยระยะเวลาการเจ็บป่วยนับตั้งแต่ที่ได้รับการวินิจฉัย 1 เดือน ถึง 1 ปี ร้อยละ 45.9 มากกว่าครึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD และมีขนาดเล็ก ร้อยละ 57.6

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสนับสนุนทางสังคมและแหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 120.38 (SD = 16.59) และมีคะแนนการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวด้านอารมณ์และด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่าอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 34.54 (SD = 5.43), 26.61 (SD = 4.34) ตามลำดับ ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (n=85)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	0 (0.0)	52 (61.2)	33 (38.8)	120.38	16.59
การสนับสนุนทางสังคมของรายด้าน					
ด้านอารมณ์	0 (0.0)	29 (34.1)	56 (65.9)	34.54	5.43
ด้านการเปรียบเทียบและประเมินค่า	0 (0.0)	32 (37.6)	53 (62.4)	26.61	4.34
ด้านข้อมูลข่าวสาร	6 (7.1)	56 (65.9)	23 (27.1)	32.96	6.70
ด้านทรัพยากร	5 (5.9)	50 (58.8)	30 (35.3)	26.27	4.54

แหล่งสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งต่าง ๆ โดยได้รับการสนับสนุนจากบุคคลที่มีความใกล้ชิด เช่น บิดา มารดา คู่สมรส และบุตรหลาน มากที่สุด ร้อยละ 81.2 ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียว (n=85)

แหล่งการสนับสนุน	มี	ไม่มี
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
1. บุคคลที่มีความใกล้ชิด (บิดา มารดา คู่สมรส บุตรหลาน)	69(81.2)	16(18.8)
2. บุคคลที่เกี่ยวข้องทางสังคม (เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน)	59(69.4)	26(30.6)
3. บุคลากรวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล ครู)	20(23.5)	65(76.5)



ส่วนที่ 3 ข้อมูลการจัดการของครอบครัว

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการจัดการครอบครัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 137.31 (SD = 7.67) และมีคะแนนการจัดการครอบครัวรายด้านทุกด้านระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 14.98 (SD = 2.46), 40.52 (SD = 5.63), 11.68 (SD = 2.47), 38.11 (SD = 6.57), 31.66 (SD = 4.33) ตามลำดับดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (n=85)

ข้อมูล	ระดับ			ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)
	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	สูง จำนวน (ร้อยละ)		
การจัดการครอบครัวโดยรวม	0 (0.00)	85 (100.00)	0 (0.00)	137.31	7.67
การจัดการครอบครัวรายด้าน					
1. ชีวิตประจำวันของเด็ก (range=5-25)	11 (12.9)	58 (68.2)	16 (18.8)	14.98	2.46
2. ความสามารถในการจัดการดูแล สภาพความเจ็บป่วย (range=12-60)	1 (1.2)	56 (65.9)	28 (32.9)	40.52	5.63
3. ความพยายามในการจัดการดูแล สภาพความเจ็บป่วย (range=4-20)	9 (10.6)	61 (71.8)	15 (17.6)	11.68	2.47
4. ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว (range=14-70)	13 (15.3)	69 (81.2)	3 (3.5)	38.11	6.57
5. มุมมองของผลกระทบของสภาพ ความเจ็บป่วย (range=10-50)	2 (2.4)	70 (82.4)	13 (15.3)	31.66	4.33

ส่วนที่ 4 ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการครอบครัวและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็กกับการจัดการครอบครัวพบว่าระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ($\eta = .555$, $p < .05$) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ($\eta = .683$, $p < .05$) รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = .742$, $p < .05$) แต่ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติ ($p > .05$) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก ได้แก่ ความถี่การ

เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย พบว่าความสัมพันธ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ($\eta = .336, p < .05$) ระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย ($\eta = .313, p < .05$) และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับการจัดการครอบครัวด้านมุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วย ($r = -.224, p < .05$) ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวและเด็ก การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ก=สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับ (r_η) ข= สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)

ตัวแปรที่ศึกษา	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.ชีวิตประจำวันของเด็ก	1													
2. ความสามารถในการจัดการดูแลสภาพความเจ็บป่วย	.436**	1												
3. ความพยายามในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย	.557**	.359**	1											
4. ความยากลำบากในชีวิตครอบครัว	.284**	.179	.424**	1										
5. มุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วย	.487**	.661**	.517**	.432**	1									
6. ลักษณะครอบครัว	.432	.449	.268	.589	.443	1								
7.ระดับการศึกษา	.349	.555*	.307	.683*	.451	.037	1							
8. รายได้	.351	.508	.285	.742*	.508	.164	.599**	1						
9. ความถี่ของการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล	.336*	.143	.256	.131	.140	.132	.109	.248*	1					
10. ระยะเวลาการเจ็บป่วย	.112	.313*	.054	.087	.148	.027	.131	.043	.249*	1				
11. การสนับสนุนด้านอารมณ์	-.065	-.077	-.093	-.121	-.014	.034	.259	.164	.053	.197	1			
12. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร	.177	.046	-.139	-.211	-.224*	.183	.230	.299	.148	.181	.402**	1		
13. การสนับสนุนด้านประเมินค่า	.109	.028	.119	.010	.011	.031	.262	.165	.185	.179	.727**	.425**	1	
14. การสนับสนุนด้านทรัพยากร	.145	.135	-.065	-.226*	-.027	.399**	.355**	.645**	.083	.191	.399**	.645**	.355**	1

การอภิปรายผล

ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 1 เพื่อศึกษาการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเขียวในระยะก่อนการผ่าตัดโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 137.31 (SD = 7.67) และรายด้าน 5 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 14.98 (SD = 2.46), 40.52 (SD = 5.63), 11.68 (SD = 2.47), 38.11 (SD = 6.57), 31.66 (SD = 4.33) ตามลำดับ ผลการศึกษานี้พบว่าโดยมากกว่าครึ่งผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด VSD ร้อยละ 75.3 มีรูเปิดขนาดเล็ก ร้อยละ

57.6 ในการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดกลุ่มที่ไม่มีอาการทางคลินิกไม่จำเป็นต้องผ่าตัดและพบว่าหากมีรูเปิดขนาดเล็กอาจไม่จำเป็นต้องรักษาและมีโอกาสปิดเองได้สูง (Sukhpan, 2013) จึงทำให้การดำเนินชีวิตและการทำกิจกรรมต่างๆ ของเด็กมักเป็นไปตามปกติเช่นเด็กทั่วไปไม่มีข้อจำกัดใดๆ ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย แต่จำเป็นต้องดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอย่างดี เพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณที่ผิดปกติของหัวใจจากเชื้อในช่องปากและมาตรวจตามนัดเพื่อติดตามอาการรวมถึงการทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Phomphutkul, 2016) ผลการศึกษาในการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่ดูแลเด็กโรคเรื้อรังที่ผ่านมาของ คิม, เอกัส, และฮ็อค (Kim, Ekas, & Hock, 2016) ในครอบครัวเด็กที่เป็นโรคออทิสติก กลุ่มตัวอย่างคือมารดาจำนวน 234 ราย ศึกษาการจัดการครอบครัว 5 ด้านพบว่า การจัดการครอบครัวรายด้านอยู่ในระดับปานกลางมีคะแนนเฉลี่ยการดำเนินชีวิตประจำวันของบุตร ความพยายามในการจัดการดูแลความสามารถในการจัดการดูแล ความยุ่งยากในการดำเนินชีวิตครอบครัว และมุมมองต่อผลกระทบของโรค 13.05 (SD = 3.72), 14.68 (SD = 3.47), 40.38 (SD = 6.98), 42.18 (SD = 11.75), และ 28.95 (SD = 5.36) ตามลำดับ

วัตถุประสงค์การวิจัยข้อที่ 2 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคลของเด็ก การสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่ไม่มีอาการเขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด

1. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของครอบครัวกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่ไม่มีอาการเขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัด

จากผลการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการดูแลสุขภาพความเจ็บป่วย ($\eta=.555$, $p < .05$) ผลการวิจัยครั้งนี้อธิบายได้ว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ แซมเรอ็น สามเรอ็น (Samruen, 2008) พบว่าระดับการศึกษาของมารดามีความสัมพันธ์ทางบวกต่อการจัดการของครอบครัวที่มีบุตรป่วยด้วยหอบหืด ($r=.09$, $p < .05$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการครอบครัวด้านความยากลำบากในชีวิตครอบครัว ($\eta=.683$, $p < .05$) อธิบายได้ว่าบิดาหรือมารดาที่มีการศึกษาที่ดีจะส่งผลให้เกิดการรับรู้โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่ไม่มีอาการเขียวที่ยังไม่ได้รับการผ่าตัดว่าไม่ทำให้เกิดการใช้ชีวิตที่ยากลำบากของครอบครัว แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดที่ไม่มีอาการเขียวไม่ทำให้เกิดความยากลำบากในชีวิตครอบครัวมากนัก

รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับการจัดการครอบครัวด้านการรับรู้ความยากลำบากในชีวิตครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta=.742$, $p < .05$) จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีการจัดการครอบครัวที่ดีทำให้มีการรับรู้ความยากลำบากในชีวิตครอบครัวที่น้อยครอบครัวที่มีรายได้ต่ำมีการปรับตัวที่ยากเมื่อเด็กเกิดการเจ็บป่วยทำให้มีผลต่อการจัดการของครอบครัว (Knafl et al., 2013)

ลักษณะครอบครัว ผลการศึกษาพบว่าลักษณะครอบครัวเดี่ยวครอบครัวขยายไม่มีความสัมพันธ์กันทางสถิติกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้ง 5 ด้าน มีค่า $r=.432$ ($p=.097$), $r=.449$ ($p=.755$), $r=.268$ ($p=.833$), $r=.589$ ($p=.237$) และ $r=.443$ ($p=.432$) ผลการวิจัยครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาของ ซัน, ยู, ซัน, และหวัง (Sun Yu, Sun, & Wang, 2013) ที่พบว่าโครงสร้างของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็กและด้านความสามารถในการจัดการสุขภาพความเจ็บป่วย ($r=0.28$, $p=0.05$; $r=0.29$, $p=0.03$) ตามลำดับ

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของเด็กกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ระยะเวลาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วย ($\eta = .313, p < .05$) แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาการเป็นโรคของผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเชื่อมโยงมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านความสามารถในการจัดการสภาพความเจ็บป่วยเนื่องจากการเป็นโรคที่ยาวนานพบว่าบิดามารดาสามารถปรับตัวและมีการผนวกกิจกรรมการดูแลเด็กให้เข้ากับกิจกรรมในครอบครัว

ความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการจัดการครอบครัวด้านชีวิตประจำวันของเด็ก ($\eta = .336, p < .05$) อธิบายได้ว่าความถี่ของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ไม่บ่อยของผู้ป่วยเด็กของกลุ่มตัวอย่างทำให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ด้านชีวิตประจำวันของเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเชื่อมโยงมีความแตกต่างจากเด็กทั่วไปในวัยเดียวกันไม่มาก ผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ เชียง, มา, เตีย, และจาง (Sheng, Ma, Ding, & Zhang, 2018) พบว่าความถี่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรังมีความสัมพันธ์กับการจัดการครอบครัวด้านที่ยาก ($r=0.12, p < .05$)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดทั้ง 5 ด้านพบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางลบกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดด้านมุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วย ($r=-.224, p < .05$) การศึกษาครั้งนี้พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสารของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.9 บิดามารดามีการรับรู้การจัดการครอบครัวด้านมุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 82.4 อธิบายได้ว่า บิดาหรือมารดาได้รับความรู้ในระดับปานกลางจึงทำให้มีการรับรู้ด้านมุมมองของผลกระทบของสภาพความเจ็บป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ บาร์โบซ่า, ชัด, และโกเมส (Barbosa, Chaud, & Gomes, 2008) เรื่องการได้รับการสนับสนุนข้อมูลของครอบครัวที่ดูแลเด็กโรคเรื้อรังจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ พบว่าจากรายงานประสบการณ์ของผู้ปกครองรายงานว่าไม่ได้รับการสนับสนุนข้อมูลการดูแลเด็กโรคเรื้อรังอย่างเพียงพอจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

บุคลากรทางการแพทย์สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ความรู้การจัดการครอบครัวในครอบครัวที่ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่มีอาการเชื่อมโยงวัยหัดเดินในระยะก่อนผ่าตัด ให้มีความเหมาะสม เพื่อให้ครอบครัวมีการจัดการครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการจัดการครอบครัวให้ครบทุกองค์ประกอบตามกรอบแนวคิดการจัดการครอบครัวเด็กโรคเรื้อรัง และศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับการจัดการครอบครัวในครอบครัวที่มีบุตรโรคเรื้อรัง และศึกษาเปรียบเทียบในโรคเรื้อรังอื่น



References

- American Heart Association. (2015). *Congenital heart disease*. Retrieved From http://professional.heart.org/professional/Communities/CongenitalHeartDiseaseandPediatricCardiology/UCM_475296_Congenital-Heart-Disease-and-Pediatric-Cardiology.jsp
- Barbosa, M. A. M., Chaud, M. N., & Gomes, M. M. F. (2008). Experiences of mothers of disabled children: A phenomenological study. *Escola Paulista de Enfermagem*, 21(1), 46-52. doi: 10.1590/ S0103-21002008000100007.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research conduct, critique, & utilization* (5th ed.). Philadelphia: Elsevier saunders.
- Chitayasothorn, D. (2009). Diana baumrind diana baumrind's parenting styles. *University of the Thai Chamber of Commerce Journal*. 29(4), 173-187. (in Thai)
- Hayeemasae, K. (2013). *Comparative study on social support of caregivers of children with autism spectrum disorders and caregivers of typical development children in Songklanagarind hospital* (Master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand. (in Thai)
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. MA: Addison-Wesley.
- Keawwichit, N., & Thajeen, K. (2007). Knowledge and the parental role in caring for children with heart disease. *Songklanagarind Medical Journal*. 25(4), 273-282. (in Thai)
- Kim, I., Ekas, N. V., & Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 26, 80-90. doi: 10.1016/j.rasd.2016.03.009
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., & Havill, N. L. (2012). Continued development of the family management style framework. *Journal of Family Nursing*, 18(1), 11-34. doi: 10.1177/1074840711427294
- Knafl, K. A., Deatrick, J. A., Knafl, G. J., Gallo, A. M., Grey, M., & Dixon, J. (2013). Patterns of family management of childhood chronic conditions and their relationship to child and family functioning. *Journal of Pediatric Nursing*, 28(6), 523-535.
- Phromreungrit, K., Jintrawet, U., & Chotibang, J. (2015). Caregiving and related factors among caregivers of children with congenital heart disease. *Nursing Journal*, 42(Supplement November), 35-45. (in Thai)
- Phornphutkul, C. (2016). *Care of children with heart disease*. Retrieved from <http://www.doctordek.com> (in Thai)
- Prateepchaikul, L. (2002). *Nursing care for early childhood health*. Songkhla: Faculty of Nursing Prince of Songkla University. (in Thai)
- Prithviraj, D., Reddy, B., Rajeshwari, S., & Jain, U. (2017). Incidence of congenital heart disease among the neonates in neonatal intensive care unit of a tertiary care hospital: Pediatric review. *International Journal of Pediatric Research*, 4(4), 253-256
- Polit, D. F. (2010). *Statistic and data analysis for nursing research (2nd ed.)*. New Jersey: Pearson Education.



- Ponvilawan, S. (2012). *Cope with heart disease in children*. Retrieved from <https://www.bumrungrad.com/betterhealth/2555/keep-your-heart-healthy/congenital-heart-defects>. (in Thai)
- Samruen, S. (2008). *Factors influencing the management of families with children suffering from asthma*. (Master's thesis). Burapha University, Thailand.
- Sheng, N., Ma, J., Ding, W., & Zhang, Y. (2018). Family management affecting transition readiness and quality of life of Chinese children and young people with chronic diseases. *Journal of Child Health Care*, 2018, 1-16.
- Smith, P. (2001). Primary care in children with congenital heart disease. *Journal of Pediatric Nursing*, 16(5), 308-319.
- Songthip, S., Sanasuttipun, W., & Srichantarani, A. (2015). The effects of supportive-educative nursing system program on knowledge and behaviors of mothers of children with acyanotic congenital heart disease aged 0-2 years. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 26(2), 25-38. (in Thai)
- Sukhpan, K. (2013). Congenital heart disease. In S. Lekawanvijit (Ed.), *Pathology of Cardiovascular* (p. 33.). Chiang Mai: Chiang Mai University. (in Thai)
- Woodward, C. S. (2011). Keeping children with congenital heart disease healthy. *Journal of Pediatric Health Care*, 25(6), 373-378. doi.org/10.1016/j.pedhc.2011.03.007
- Wright, G. E., & Rocchini, A. P. (2002). Primary and general care of the child with congenital heart disease. *Access Current Journal Review*, 11(2), 89-93. doi.org/10.1016/S1062-1458(02)00521-4



Experiences of Caregivers in Caring for Children with RSV Pneumonia ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี

กฤติญาดา
โรส

เกื้อวงศ์*
ภักดีโต**

Gridiyada
Rose

Kuewong*
Pakdeto**

Abstract

The purpose of this study was to describe the experiences of caregivers in caring for children with Respiratory Syncytial Virus (RSV) pneumonia using a qualitative approach: phenomenology. Purposive sampling was used to select 23 informants, including 12 child's caregivers as the primary informants and 11 doctors or nurses who provided information to support the behavior of child caregivers of children with RSV pneumonia. Data was collected using in-depth interviews. Data were analyzed using van Manen's method for content analysis.

The findings regarding caregivers caring for children with RSV pneumonia can be perceived through five themes: 1) understanding RSV pneumonia; 2) the causes of RSV pneumonia in children; 3) the diagnosis and assessment of RSV pneumonia; 4) adjusting child care behaviors to prevent recurrence; and 5) media to help caregivers better understand the disease.

The results of this study provide insights into caregivers' experiences caring for children with RSV pneumonia, and this information can be used to assist caregivers in effectively preventing RSV infection in children.

Keywords: Caregivers, RSV pneumonia, Caring for children, Experiences

* Instructor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

** Corresponding Author, Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing;
e-mail: rose.p@stin.ac.th

Received 31 March 2022; Revised 7 June 2022; Accepted 20 June 2022



บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพแนวปรากฏการณ์วิทยา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 23 คน เป็นผู้ดูแลเด็กผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 12 คน และแพทย์และพยาบาล จำนวน 11 คน ซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลสนับสนุนพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็กขณะนอนโรงพยาบาล ที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของ van Manen

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี มีการรับรู้ประสบการณ์ใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้ความเข้าใจของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี 2) สาเหตุที่ทำให้เด็กเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี 3) การวินิจฉัยและการประเมินอาการของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี 4) การปรับพฤติกรรมการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และ 5) สื่อ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจโรคมมากขึ้น

ผลการศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี และสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำไปสู่การช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ดูแล โรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี การดูแลผู้ป่วยเด็ก ประสบการณ์

* อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย; e-mail: rose.p@stin.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Respiratory Syncytial Virus: RSV) เป็นสาเหตุของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง (lower respiratory tract infection) ที่ทำให้เกิดปอดอักเสบ (pneumonia) และหลอดลมฝอยอักเสบ (bronchiolitis) พบในเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี และมีความรุนแรงมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ (Department of Disease Control, 2020) จากสถิติจำนวนเด็กที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ในปี ค.ศ. 2005-2015 พบว่ามีผู้ป่วยเด็กติดเชื้อไวรัสชนิดนี้ทั่วโลกประมาณ 33.8 ล้านคน มีอาการรุนแรงต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 10 และร้อยละ 0.2- 0.6 เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี (Shi et al., 2017) จากสถิติของศูนย์เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านไวรัสวิทยา ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พบว่าอุบัติการณ์ของโรค RSV ในเด็กปี พ.ศ. 2563 มีอัตราป่วยเท่ากับปี พ.ศ. 2562 ในเดือนเดียวกัน จำนวนประมาณ 8,000 คน ซึ่งพบว่ามีเด็กมากกว่าร้อยละ 30 ที่ป่วยเป็นโรคทางเดินหายใจ และพบเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี (Department of Disease Control, 2020)

โรคนี้สามารถติดต่อจากการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ เข้าสู่ร่างกายโดยผ่านทางตา จมูก ปาก และการสูดหายใจ อาการเหมือนไข้หวัดธรรมดา แต่อาการเฉพาะของเชืื่อนี้มักพบในเด็กเล็ก โดยมีอาการเพียงเล็กน้อย เช่น ไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอ จนถึงอาการรุนแรงที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เช่น หายใจหอบเหนื่อย ออกนุ้ม ได้ยินเสียงปอดผิดปกติ เสียงหายใจมีเสียงหวีด รับประทานอาหารได้น้อย และซึมลง (Neungjit, 2018) หากได้รับการดูแลรักษาล่าช้า อาจก่อให้เกิดภาวะหายใจล้มเหลว ส่งผลให้เด็กต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องช่วยหายใจ ทำให้ต้องใช้เวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (Fine, Bray-Aschenbrenner, Williams, Buchanan, & Werner 2019) สิ่งสำคัญคือผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ตลอดจนรู้วิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

จากการศึกษาของ ชญาภา วันทุม และ สุพรรณิ สุ่มเล็ก (Vantum & Soomlek, 2012) ที่ศึกษาการเสริมสร้างสุขภาพเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังการผ่าตัดของผู้ดูแล จำนวน 52 คน พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพด้านการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะติดเชื้อของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล เข้าใจวิธีการรักษา และใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้น้อย และจากการศึกษาของ นิภาพร หลีกกุล และ สุวิณี วิวัฒน์วานิช (2014) เกี่ยวกับผลของการใช้การวางแผนจำหน่ายต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบและความพึงพอใจของผู้ดูแลสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ของผู้ดูแลจำนวน 30 คน พบว่า ผู้ดูแลมีพฤติกรรมด้านการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบไม่ถูกต้อง ไม่รู้วิธีการดูแลเมื่อเด็กป่วย ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้ และปฏิบัติไม่ถูกต้องในการดูแลเด็กเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เมื่อเด็กเกิดอาการมักจะรักษาเด็กเองด้วยการซื้อยาให้รับประทานหรือให้ยาเดิมก่อนทำให้เด็กมีอาการรุนแรงเมื่อมาถึงโรงพยาบาล

ปัจจุบันได้มีการพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาทิเช่น โปรแกรมเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลเด็กที่มีการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างเฉียบพลัน (Charoensuk et al., 2019) โปรแกรมการส่งเสริมแรงจูงใจในการป้องกันโรคต่อพฤติกรรมของผู้ปกครองในการป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันของเด็ก (Noimor et al., 2019) แต่ก็ยังพบว่ามีเด็กที่เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย จากข้อมูลสถิติผู้ป่วยเด็กที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยติดเชื้อกุมารเวชกรรม (สก.17) ในปี พ.ศ. 2563-2564 พบว่าเด็กที่ได้รับการติดเชื้อทางเดินหายใจจากไวรัสอาร์เอสวีมีอายุอยู่ระหว่าง 4 เดือนถึงน้อยกว่า 4 ปี มีจำนวน 65 และ 117 คนตามลำดับ ถึงแม้ว่าในปี พ.ศ. 2563-2564 จะมีการณรงค์ให้ล้างมือและ

สวมน้ากอกอนามัย เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสก็ตาม แต่ยังคงพบว่ามีเด็กจำนวนไม่น้อยที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้มีเด็กประมาณร้อยละ 2 ของเด็กที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมีการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีซ้ำในปอดมา

จากเหตุผลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมให้มีการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็ก โดยเฉพาะการป้องกันในเด็กที่ยังไม่เคยติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี เนื่องจากมีจำนวนเด็กที่ติดเชื้อมากกว่าเด็กที่มีการกลับเป็นซ้ำ ทั้งนี้การให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ อาจยังไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ดูแล หรือยังไม่มีรูปแบบการให้ข้อมูลที่เหมาะสมที่ทำให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ดังนั้นการให้ข้อมูลข่าวสารหรือความรู้ที่ถูกต้องในการส่งเสริมและป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีสำหรับผู้ดูแลเด็ก จึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีปัจจัยอื่นที่น่าสนใจเกี่ยวกับการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีของผู้ดูแลทั้งในมุมมองของผู้ดูแล และมุมมองของแพทย์และพยาบาล ในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็ก ที่ควรได้รับการถ่ายทอดเพื่อให้ทีมบุคลากรทางสุขภาพ หรือผู้เกี่ยวข้องได้มีการเตรียมความพร้อมและหาวิธีการแก้ไขปัญหา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกตามประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ และเนื่องด้วยผู้วิจัยมีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ทำให้เข้าใจถึงคุณลักษณะของผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็ก การที่ผู้วิจัยนำประสบการณ์ที่มีอยู่มาเป็นส่วนร่วมและทำความเข้าใจร่วมกับผู้ให้ข้อมูลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ แปลความหมายร่วมกันอาจทำให้ได้ความหมายตามความเป็นจริงอย่างสมบูรณ์ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการนำไปสู่การช่วยเหลือผู้ดูแลเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในเด็กที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี

คำถามการวิจัย

ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีเป็นอย่างไร

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแนวปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger (1962) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้ดูแลเด็ก และผู้ให้ข้อมูลสนับสนุนข้อมูลหลัก คือ พยาบาลและแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ที่เข้ารับบริการ ณ หอผู้ป่วยกุมารติดเชื้อ (สก. 17) โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดจำนวน 23 คน แบ่งเป็น ผู้ดูแลหลัก ที่ดูแลเด็กที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี (เนื่องจากเป็นช่วงอายุที่มีอาการรุนแรงและพบได้บ่อย) ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกุมารติดเชื้อตั้งแต่ 1 วันขึ้นไป ผู้ให้ข้อมูลในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลเด็กที่ได้รับการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีครั้งแรกทั้งหมด และยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ภายหลังผู้ป่วยเด็กได้ออกจากโรงพยาบาลแล้ว สำหรับพยาบาลและแพทย์ที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยกุมารติดเชื้อ

ต้องมีประสบการณ์ทำงานตั้งแต่ 1 ปีขึ้นไป เนื่องจากมีประสบการณ์ในการสังเกตพฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลเด็ก
ขณะนอนโรงพยาบาล และยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 11 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ผู้วิจัย จำนวน 2 คน เป็นผู้มีความรู้และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ
จากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และเข้าใจถึงคุณลักษณะของผู้ดูแลเด็ก อีกทั้งยังมี
ประสบการณ์ในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ เครื่องบันทึกเสียง แบบบันทึกส่วนบุคคล และแบบบันทึก
ภาคสนาม ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้น

แนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและวัตถุประสงค์ของการวิจัยจากกรรมการ
พิจารณาทุนวิจัย จำนวน 5 คน ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับตามคำแนะนำ หลังจากนั้นได้เสนอแนวคำถามเพื่อ
ตรวจสอบกับผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยเด็กติดเชื้อ และมีความเชี่ยวชาญด้านงานวิจัย
เชิงคุณภาพ จำนวน 3 คน ได้รับข้อเสนอแนะให้ปรับข้อความคำถามให้มีความกระชับ และใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายมาก
ขึ้น ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง ตัวอย่างแนวคำถาม เช่น
“ท่านเคยได้รับข้อมูลคำแนะนำหรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมาก่อนหรือไม่ อย่างไร
พร้อมอธิบาย” “ท่านคิดว่าการติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในครั้งนี้นี้เกิดจากอะไรที่ทำให้บุตรหลานของท่านต้องเข้ารับ
การรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ และก่อนหน้านี้ท่านดูแลเด็กอย่างไร” “จากการเจ็บป่วยของบุตรหลานครั้งนี้ เพื่อ
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ท่านคิดว่าสิ่งจำเป็นที่ต้องมีในการดูแลบุตรหลานของท่านคืออะไร” เป็นต้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัยได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย รหัสจริยธรรม 463/64 และขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยจากงาน
สนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ECC 228/2564 หลังจากนั้น
ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง ชี้แจงถึงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย การรักษาความลับและไม่
เปิดเผยข้อมูลที่จะสามารถระบุถึงตัวผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตบันทึกเสียงในการสนทนา ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถ
ปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามในใบยินยอมร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและงานสนับสนุนศูนย์ความเป็นเลิศและงานวิจัย
โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยเริ่มจากการติดต่อ
ประสานงานไปที่หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารติดเชื้อ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง
อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย หลังจากนั้น
ผู้วิจัยดำเนินการติดต่อผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย จากเลขประจำตัวโรงพยาบาลและฐานข้อมูลช่องทางการติดต่อที่ผู้ให้
ข้อมูลได้ให้ไว้กับโรงพยาบาล โดยเริ่มจากการโทรศัพท์ติดต่อเพื่อสอบถามความสมัครใจ และขออนุญาตเก็บข้อมูล
เมื่อผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกช่องทางในการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง มีทั้ง
การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า (face to face interview) และการสัมภาษณ์ผ่านโทรศัพท์ (phone interview)

ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูลพร้อมกับอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย
ในครั้ง นี้ การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ขอความยินยอมในการเข้าร่วมงานวิจัยจากผู้ให้ข้อมูล และขออนุญาตทำการ
บันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ จากนั้นจึงเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์ โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 30-60
นาที และแจ้งผู้ให้ข้อมูลได้ทราบว่าหากข้อมูลที่ได้ในการสัมภาษณ์ยังไม่ครบถ้วน ผู้วิจัยขออนุญาตทำการติดต่อ

ผู้ให้ข้อมูลอีกครั้งเพื่อให้ข้อมูลมีความสมบูรณ์มากที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อม ๆ กัน โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ของ van Manen (as cited in Oumtane, 2016) โดยทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ (verbatim) เป็นข้อความ และทำการตรวจสอบข้อมูลระหว่างข้อความที่ได้กับการฟังซ้ำหลาย ๆ ครั้ง อ่านทำความเข้าใจข้อมูลทั้งหมด พร้อมทั้งหาใจความสำคัญหรือความหมายของคำบรรยายของข้อความ ให้เหลือแต่แก่นสาระสำคัญ (core) และทำการถอดรหัสข้อความ (coding) ของบทสนทนาจากผู้ให้ข้อมูลแต่ละคน แปลความและสรุปใจความสำคัญออกมาเป็น ประเด็นย่อย (subthemes) สรุปรวบรวมประเด็นย่อยที่ได้จากการสัมภาษณ์ มาเชื่อมโยงกัน จัดกลุ่มในแต่ละประเด็นให้ชัดเจน (themes) และจำแนกข้อมูลที่ได้ตามความหมาย อธิบายการกระทำที่เป็นลักษณะเฉพาะ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จากนั้นทีมผู้วิจัยร่วมกันตรวจสอบผลวิจัยตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

ความน่าเชื่อถือของงานวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัว (Saturated information) หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น (Oumtane, 2016) โดยใช้การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) ตามแนวทางของ Lincoln & Guba (1985) ประกอบด้วย

1. ความน่าเชื่อถือ (credibility) ผู้วิจัยทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี เพื่อให้สามารถเล่าถึงประสบการณ์หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อสร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อมูลได้อย่างอิสระ รวมทั้งมีการยืนยันข้อมูลโดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลทำการตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง (member checking) แต่ไม่มีการแก้ไขจากผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัยได้นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing) ตรวจสอบ จำนวน 3 คน โดยกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ในการวิจัยเชิงคุณภาพและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยเด็ก และได้มีการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อยืนยันคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยนำบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ บันทึกส่วนบุคคล และบันทึกภาคสนามภายหลังการสัมภาษณ์แต่ละครั้งมาตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าผู้ให้ข้อมูลมีคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยกำหนด

2. ความสามารถในการถ่ายโอนข้อมูล (transferability) งานวิจัยครั้งนี้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง และอยู่ในช่วงระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น ผู้ให้ข้อมูลจึงไม่ใช่ตัวแทนประชากร ซึ่งไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่นได้ แต่สามารถใช้ในการอ้างอิงปรากฏการณ์ที่มีบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลที่ลุ่มลึก ละเอียดยิบถ้วนและครอบคลุมมากที่สุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถนำไปใช้ในการอ้างอิงปรากฏการณ์ที่มีบริบทที่มีความคล้ายคลึงกัน หรือที่เรียกว่า สามารถเชื่อมโยงได้ อย่างไรก็ตามในการถ่ายโอนข้อมูลนั้นขึ้นอยู่กับผู้อ่านจะเป็นผู้ที่พิจารณาและตัดสินใจในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

3. ความสามารถในการพึ่งพา (dependability) เป็นการตรวจสอบข้อมูลผ่านการวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยผู้วิจัยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากการสัมภาษณ์และร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลในทีมผู้วิจัย เพื่อเป็นการลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์และตีความเพียงผู้เดียว

4. ความสามารถในการยืนยันผลการวิจัย (confirmability) การเก็บรวบรวมข้อมูลและมีการจดบันทึกไว้อย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) เพื่อยืนยันผลการวิจัยที่เกิดจากข้อมูลและการตรวจซ้ำด้วยความเป็นกลาง ส่วนการตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูลดิบ โดยการตรวจสอบจาก

บทสัมภาษณ์กับการฟังเพื่อกลับไปกลับมาหลายๆ ครั้ง และได้มีการตรวจสอบร่วมกับการบันทึกภาคสนาม ว่าข้อมูลที่ได้ตรงกันหรือมีความสอดคล้องกันหรือไม่ มีการตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป โดยสามารถตรวจสอบได้จากสาระสำคัญที่ได้จากการวิเคราะห์ การให้รหัสข้อมูล และการจัดกลุ่มคำ มีการตรวจสอบกระบวนการวิจัย ซึ่งการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีใช้การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Hermeneutic phenomenology) ของ Heidegger (1962)

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล สำหรับผู้ดูแล จำนวน 12 คน เป็นเพศหญิง 11 คน (มารดา 10 คน และยาย 1 คน) เพศชาย (บิดา) 1 คน มีอายุระหว่าง 22-63 ปี ส่วนใหญ่จบระดับการศึกษาปริญญาตรี ผู้ดูแลเด็กที่ติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวีในช่วงอายุ 5 เดือน – 3 ปี 7 เดือน เด็กมีประวัติคลอดก่อนกำหนดจำนวน 5 คน เป็นโรคปอดเรื้อรัง 2 คน และเป็นโรคหัวใจ 1 คน ส่วนใหญ่เป็นบุตรคนแรก มารดาเป็นผู้ดูแลหลัก สำหรับทีมบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 11 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 9 คน และแพทย์ 2 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด มีอายุระหว่าง 26-42 ปี มีประสบการณ์ในการดูแลเด็กอยู่ระหว่าง 3-20 ปี ใช้จำนวนครั้งในการสัมภาษณ์ทั้งหมด 27 ครั้ง แบ่งเป็นสัมภาษณ์ผู้ดูแล จำนวน 14 ครั้ง และสัมภาษณ์พยาบาลและแพทย์ 13 ครั้ง

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ประกอบด้วยการรับรู้ใน 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ความรู้ความเข้าใจของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี 2) สาเหตุที่ทำให้เด็กเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี 3) การวินิจฉัยและการประเมินอาการของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี 4) การปรับพฤติกรรมในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และ 5) สื่อ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจโรคมามากขึ้น ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ความรู้ความเข้าใจของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยได้รับข้อมูลจากการรับฟังสารจากผู้อื่นและสื่อโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ และบางส่วนของผู้ดูแลปฏิเสธการได้รับข้อมูล ทั้งนี้จากประสบการณ์ของผู้ดูแลพบว่าข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีที่ได้รับ ยังมีความชัดเจนในรายละเอียดน้อย รายละเอียดดังนี้

1.1 ผู้ดูแลเด็กที่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคโดยได้รับข้อมูลจากการรับฟังสารจากผู้อื่นและสื่อโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ กล่าวว่าตนเองเคยได้ยินเกี่ยวกับเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมาจากคนรู้จัก จากสื่อโทรทัศน์ และสื่อออนไลน์ ต่าง ๆ ซึ่งเป็นความรู้ความเข้าใจเพียงคร่าว ๆ เท่านั้น ว่าโรคนี้จะมีลักษณะคล้ายโรคหัด มีอาการไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เคยได้ยินเชื้ออาร์เอสวีมาจากเพื่อนที่ทำงาน พอดีเพื่อนที่ทำงานมีลูกที่ติดเชื้อนี้มาจากโรงเรียน จะทำให้มีอาการไอ มันติดเชื้อจากอากาศ” (ID2) ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “แม่เคยได้ยินโรคนี้มาก่อนทางสื่อโทรทัศน์ เคยได้ยินมาว่าจะมีไข้ มีอาการเหนื่อยหอบ คือรู้แค่นี้” (ID3) เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า “แม่เคยได้ยินจากข่าวว่ามีการระบาด ก็รู้คร่าว ๆ ว่าเด็กจะมีอาการเป็นไข้ เหมือนไข้หวัดทั่วไป แต่จะเป็นรุนแรงกว่า” (ID8) และผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “รู้จักโรคนี้มาก่อน รู้ว่าเป็นโรคยอดฮิตที่เด็กส่วนใหญ่จะเป็นกัน แล้วก็จะมีการไปทำลายที่ปอด จะมีอาการไอ ไข้ มีเสมหะ คล้ายไข้หวัด ก็เจอตามสื่อต่าง ๆ และหาข้อมูลอ่านตามอินเทอร์เน็ตบ้าง” (ID9)

1.2 ผู้ดูแลเด็กที่ปฏิเสธการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคจากการรับฟังสารจากผู้อื่นและสื่อโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ กล่าวว่า ไม่เคยได้ยินข้อมูลเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมาก่อน ทำให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนได้ เนื่องจากอาการของโรคนี้คล้ายกับโรคหัด ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “แม่ไม่เคยรู้จักมาก่อน ฟังจะมาได้ยินตอนที่น้องเป็นนี่แหละ” (ID6) อีกรายเล่าว่า “แม่ไม่เคยได้ยินมาก่อนว่ามีโรคนี้ด้วย แม่จบ

แค่ป. 4 เอง จนแม่ไปรู้ตอนพาลูกไปโรงพยาบาล ว่ามันเป็นโรคเกี่ยวกับปอด คล้ายกับโควิดในเด็ก” (ID5) และอีกรายก็ให้ข้อมูลว่า “ไม่รู้จักโรคนี้มาก่อน ไม่เคยศึกษามาก่อนเลย พอพาน้องมาหาหมอ หมอบอกว่าเป็นอาร์เอสวี ก็ถึงจะรู้แหละ” (ID7)

2. ผู้ดูแลเด็กรับรู้สาเหตุที่ทำให้เด็กเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีว่าเกิดจาก 4 สาเหตุหลักคือการไปรับเชื้อมาจากบุคคลอื่นที่มีเชื้อ การใช้ของเล่นร่วมกัน พาบุตรไปในที่ชุมชนแออัด และมีโรคประจำตัวรายละเอียดดังนี้

2.1 ดิดจากบุคคลอื่น ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุหลักน่าจะเกิดจากการไปสัมผัสหรือพูดคุยกับบุคคลอื่นที่มีเชื้อไวรัสอาร์เอสวีอยู่แล้ว ทำให้เด็กเกิดโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “สาเหตุที่ติดอาร์เอสวีน่าจะเกิดจากติดมาจากเพื่อนที่อยู่เนอสเซอรี่เดียวกัน เพราะว่ามีเด็กที่อยู่ในเนอสเซอรี่ก่อนหน้านี้เป็นก่อน” (ID2) ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “น่าจะจะเป็นพี่ชายของน้องที่นำเชื้อมา เพราะว่าตอนนั้นพี่ชายอายุ 4 ปี แล้วไปโรงเรียนพี่ชายก็มีไข้เหมือนกัน แต่พี่ชายหายไข้ไปแล้วน้องฟังจะมีการตามมา พี่กับน้องก็จะเล่นด้วยกัน นอนด้วยกันตลอด” (ID8) นอกจากนี้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ยังกล่าวว่า “บางคนก็ฝากลูกไว้ที่สถานรับเลี้ยงเด็ก แล้วที่นั่นก็มีเด็กไม่สบายเหมือนกัน ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเด็กที่เข้าเรียนแล้ว” (ID14) และ “เด็กส่วนใหญ่ติดมาจากโรงเรียน เนอสเซอรี่บ้าง อนุบาลบ้าง บางทีก็ติดมาจากพี่ที่ไปโรงเรียนแล้วก็กลับบ้านมาแล้วเอามาติด ก็จะเป็นแบบพี่ติดน้อง” (ID22) และพยาบาลอีกรายเล่าว่า “จะเจอในเรื่องของยาย ยายไม่ได้เน้นในเรื่องของล้างมือ เวลาป้อนกล้วย ป้อนอาหารก็จะใช้มือในการป้อนไม่ได้ใช้ช้อนหรือล้างมืออะไร” (ID13)

2.2 การใช้ของเล่นร่วมกัน ส่วนใหญ่วัยเด็กจะชอบเล่นของเล่น หรือใช้ของใช้ร่วมกัน จึงเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ตอนนั้นหลานเริ่มเข้าเรียนอนุบาล น่าจะเกิดจากการติดต่อกันระหว่างเด็กที่เล่นด้วยกัน สัมผัสกัน ไม่ได้ล้างมือ อันนี้น่าจะเป็นสาเหตุหลัก” (ID1) นอกจากนี้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ยังให้ข้อมูลว่า “ขณะอยู่โรงพยาบาลก็จะเห็นเรื่องของเล่น ผู้ดูแลบางคนหลังจากให้เด็กเล่นของเล่นเสร็จแล้วก็ไม่ทำความสะอาด บางทีของเล่นตกพื้นแล้วก็เอากลับขึ้นมาไว้บนเตียงเลยโดยไม่ได้เช็ดก่อน” (ID14)

2.3 อยู่ในที่คนแออัด/สาธารณะ ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่าการพาเด็กไปสถานที่สาธารณะหรือที่ชุมชนแออัด เช่น สนามเด็กเล่น โรงพยาบาล ชุมชนแออัด เป็นต้น เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “แม่พาไปเล่นที่สวนสาธารณะกับเด็กคนอื่น เล่นของเล่นด้วยกัน หลังจากนั้นประมาณ 1 วันกว่า ๆ ก็เริ่มมีอาการตัวร้อน มีไข้ขึ้น” (ID6) ผู้ให้ข้อมูลอีกรายหนึ่งเล่าว่า “น้องเกิดมามีปอดเล็ก เลยได้เจาะคอตอนอายุ 3 เดือนแรก ตอนนั้นอาการของน้องไม่มีไข้ อยู่บ้านปกติเหมือนเด็กทั่วไป วันนั้นไปหาหมอตตามันนี่แหละ พอไปถึงที่โรงพยาบาลก็นั่งรอหมอ และก็พาไปนั่งกินข้าว แล้วอยู่ดี ๆ น้องก็เริ่มมีไข้ เริ่มตัวร้อน เริ่มซึม ซักพักน้องก็ตัวร้อนขึ้น” (ID5) และผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “พอดีว่าตรงที่อยู่มันเป็นแมนชั่นที่เป็นชุมชนใหญ่ มีทั้งวันรถ ข้างห้องจะเป็นอุ้งช่อมรดก เลี้ยงแมวก็จะมีขนแมวตามทางเดิน อากาศไม่ถ่ายเท โดยรวมคือเป็นชุมชนแออัด แล้วน้องก็มีโรคประจำตัวเป็นโรคหัวใจด้วย ถ้าเป็นอะไรเกี่ยวกับปอดกับหัวใจนี่ก็น้องจะหนักมาก คุณแม่ก็ค่อนข้างกังวล ก็ระวังเป็นอย่างมาก ทำความสะอาดทุกอย่างอย่างทั้งหมด แต่สภาพแวดล้อมภายนอกทั่วไปไม่ค่อยดี” (ID4) นอกจากนี้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ยังให้ข้อมูลอีกว่า “การเดินทางไปที่ที่มีคนเยอะ ๆ เช่น ห้างสรรพสินค้า ตลาด หรือที่ที่ชุมชนแออัดก็ทำให้ติดเชื้อได้” (ID16) และ “ผู้ดูแลไม่ได้ใส่ mask ออกไปข้างนอก เช่น ไปทำงาน ไปชุมชนที่มีคนแออัด แล้วกลับมาไม่ได้ล้างมือ แล้วไปคลุกคลีกับเด็กจนทำให้เด็กติดได้” (ID17)

2.4 มีโรคประจำตัว ผู้ดูแลเด็กรับรู้ว่ามีโรคประจำตัว เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคหลอดลมอักเสบ เป็นต้น มีโอกาสเสี่ยงที่ทำให้เด็กเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีได้ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “น้องเกิดมามีปอดเล็ก เลยได้เจาะคอตั้งแต่อายุ 3 เดือน ตอนนั้นหมอนัดพอดิ ก็เลยพาไปโรงพยาบาล พอไปถึงที่โรงพยาบาลก็นั่งรอหมอ และก็พาไปนั่งกินข้าว แล้วอยู่ดี ๆ น้องก็เริ่มมีไข้ เริ่มตัวร้อน แม่ก็กังวลตลอด เพราะน้องมีปอดเล็กมาก หัวใจเล็กมากไม่เหมือนกับเด็กคนอื่นทั่วไป แม่ก็กังวลว่ามันติดมาได้อย่างไร ภาวนาว่าให้ไม่ใช่เออะ แต่สุดท้ายก็เป็น กลั้วว่าเชื้อจะลงปอด” (ID5) นอกจากนี้ที่มบุคลากรทางการแพทย์ยังกล่าวว่า “ส่วนใหญ่เด็กพวกนี้จะมีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจอยู่แล้ว คนไข้ต้อง on home vent [เครื่องช่วยหายใจที่บ้าน] หรือคนไข้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำหรืออ่อนแอ” (ID15) และอีกรายเล่าว่า “ส่วนใหญ่จะเป็น case chronic เช่น chronic lung [โรคปอดเรื้อรัง] BPD [bronchopulmonary dysplasia: โรคปอดเรื้อรังในทารกแรกเกิด] แล้วก็มีเด็กที่นอนโรงพยาบาลนาน ๆ อยู่ ward รวมแล้วยังไม่ได้กลับบ้าน ก็ติดมาจากเด็กคนอื่น” (ID20)

3. ผู้ดูแลเด็กมีประสบการณ์การวินิจฉัยและการประเมินอาการของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีใน 2 ลักษณะคือ อาการของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีเป็นไข้ธรรมดา และ อาการของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีเป็นความเจ็บป่วยที่ไม่น่าไว้วางใจ ไม่อยากที่จะตัดสินใจเอง เมื่อลูกป่วยไม่รื้อซ้ำ รีบไปพบแพทย์ทันที รายละเอียดดังนี้

3.1 คิดว่าเป็นไข้ธรรมดาจึงไม่รีบพาไปพบแพทย์ ผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่สามารถประเมินและวินิจฉัยโรคได้ จึงใช้การสังเกตอาการและวินิจฉัยตามประสบการณ์ หากเด็กอาการไม่ดีขึ้นหรือแย่ลงจึงรีบพาไปพบแพทย์ ทำให้เด็กได้รับการรักษาช้า ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “เด็กก็จะมีไข้ ไอ มีน้ำมูก ช่วงแรกก็คิดว่าเป็นไข้หวัดธรรมดา ให้ยาลดไข้ ยาแก้ไอ และก็เช็ดตัว แล้วก็รอประมาณ 1 วัน พอวันที่ 2 อาการไม่มีขึ้นเริ่มมีหายใจเหนื่อยมากขึ้น ก็เลยพาไปโรงพยาบาล” (ID1) ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “น้องมีไข้ ก็ให้ยาลดไข้ เช็ดตัว และมีเสมหะเยอะ ก็คิดว่าเป็นแค่ไข้หวัดธรรมดา เป็นประมาณ 3 วันไม่หาย ไข้ไม่ลงก็เลยพามาโรงพยาบาล” (ID3) เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า “อาการของน้องมีไข้ ตัวร้อน ก็เข้าใจว่าเป็นไข้ปกติ เช็ดตัวให้ยาลดไข้อยู่ประมาณ 2-3 วัน ไข้ก็ไม่ลง พอเห็นอาการเหนื่อยมากขึ้น ก็พามาโรงพยาบาล” (ID7) และ “น้องมีไข้สูง มีน้ำมูกไหล แม่ก็เช็ดตัวลดไข้และก็ทานยาลดไข้ ไม่ทานนมแม่เลย แม่ก็พยายามฟังเสียงปอดเค้านะ แต่ก็ได้ยินครืด ๆ นิดหน่อย ฝ่ามือขีดนิดนึง ริมฝีปาก ปลายเล็บมือเล็บเท้าคล้ำลงนิดนึง แม่ก็เลยตัดสินใจพาไปโรงพยาบาล เป็นประมาณ 1 วันกว่า ๆ” (ID9)

3.2 เมื่อลูกป่วยแสดงอาการ รีบไปพบแพทย์ทันที ผู้ดูแลบางรายรับรู้ว่าเป็นไข้ธรรมดาและวินิจฉัยโรคได้ เมื่อสังเกตว่าเด็กมีอาการเปลี่ยนแปลง รีบพาไปพบแพทย์ทันที ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “พอน้องเริ่มมีอาการตัวร้อน มีไข้ ไข้ขึ้นประมาณ 39 องศาเซลเซียส ต่อมาก็อาเจียน ไม่รื้อเลยก็พาไปหาหมอเลยเพราะไข้ขึ้นสูง แม่ก็ไม่รู้ว่าลูกเป็นอะไร พาไปหาหมอเลยดีกว่า” (ID6) และผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “ลูกตัวร้อน มีไข้ประมาณ 38 องศาเซลเซียส มีน้ำมูก หายใจเหนื่อย ก็ไม่ได้นั่งนอนใจ ไม่รู้ลูกเป็นอะไร ก็รีบพาลูกมาโรงพยาบาลในวันนั้นเลย” (ID10)

4. การปรับพฤติกรรมดูแลเด็กเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หลังจากที่ได้เด็กออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลได้มีการปรับพฤติกรรมใน 5 ประเด็นหลักคือ การทำความสะอาดร่างกาย ล้างมือและใส่หน้ากากอนามัย ทำความสะอาดของเล่นของใช้ หลีกเลี่ยงการไปที่ชุมชนแออัด ดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาด และวิธีอื่น ๆ เช่น สังเกตลักษณะการหายใจบ่อยขึ้น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การใช้เครื่องฟอกอากาศ เป็นต้น โดยผู้ดูแลได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลและระมัดระวังในการดูแลบุตรเพิ่มมากขึ้นเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบจาก

เชื้อไวรัสอาร์เอสวีซ้ำ รายละเอียดดังนี้

4.1 การทำความสะอาดร่างกาย ล้างมือและใส่หน้ากากอนามัย ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเรื่องของการทำความสะอาดร่างกาย การล้างมือบ่อย ๆ การใส่แมส เพื่อป้องกันการรับเชื้อโรคจากผู้อื่น สามารถช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคได้ จึงให้ความสำคัญอย่างมาก ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “หลังจากกลับจากข้างนอกก็จะพยายามจับน้องอาบน้ำเลย สระผม ล้างมือ ใช้น้ำเกลือหยอดจมูกเพื่อล้างทำความสะอาด ก็จะพยายามทำทุกอย่างเท่าที่ทำได้ แม้มันได้แค่ป้องกันเบื้องต้นธรรมดา เพราะเราก็ไม่รู้ว่าจะมีโรคนี้จะมาเมื่อไหร่ ทางไหน” (ID2) ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “เน้นล้างมือบ่อย ๆ เวลาที่ ๆ กลับมาจากโรงเรียนก็จะให้อาบน้ำก่อนที่จะมาสัมผัสน้อง” (ID3) เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลอีกสองรายเล่าว่า “ดูแลทุกอย่างเพิ่มเติม คือไม่ว่าจะไปจับอะไรมาแม้มันจะให้ลูกล้างมือตลอด ล้างมือจนลูกรำคาญ” (ID5) และ “เวลาออกไปข้างนอกก็จะให้ใส่ mask เหมือนป้องกันโควิด กลัวว่าเค้าจะไปเล่นกับเด็กคนอื่นแล้วติดมาอีก” (ID6)

4.2 ทำความสะอาดของเล่นของใช้ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการทำความสะอาดของเล่นและของใช้ เป็นอีกวิธีหนึ่งที่สำคัญที่ช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อได้เช่นกัน ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ของเล่นที่อยู่ในบ้านแม้มันเอาไปล้างผสมด้วยน้ำเดททอลทำความสะอาดทุกครั้งหลังจากที่น้องเล่นเสร็จแล้ว” (ID5) และผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “ของเล่นของใช้ที่น้องอาจจะเอาเข้าปากก็ต้องทำความสะอาดบ่อยขึ้น” (ID7)

4.3 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในที่ชุมชนแออัด ผู้ดูแลรับรู้ว่าหากมีเด็กป่วยจะช่วยเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการได้รับเชื้อจากการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนแออัด เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า ชุมชนแออัด เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดเด็กติดเชื้อมากขึ้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “ยายก็พยายามไม่ให้หลานออกไปเล่นนอกบ้าน ไม่ไปในสถานที่ที่แออัดหรือชุมชน ให้หลานอยู่กับบ้านจริง ๆ พอรู้ว่ามีเพื่อนที่โรงเรียนมีไข้ ไอ มีน้ำมูกก็จะงดให้หลานไปโรงเรียนในช่วงนั้น เพื่อไม่ให้ไปรับเชื้อ” (ID1) และผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “แม่ไม่เคยพาไปเดินตลาดนัดหรือไปห้างที่มีคนเยอะๆ แม่เลือกไปซื้อของในที่มีคนน้อย ๆ ถ้าคนแออัดแม้มันจะไม่เข้า” (ID5)

4.4 ดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาด ผู้ดูแลรับรู้ว่าการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมที่มีโอกาสเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรคอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยลดโอกาสเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำได้ เช่น สภาพแวดล้อมทั้งภายในที่พักและรอบ ๆ ที่พักอาศัย ฝุ่นละออง ขนสัตว์ เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “แม่ย้ายที่พักไปหาแมนชั่นที่อากาศมันดีกว่านี้ หาห้องพักที่ห่างจากคว้นบุหรี่ยุคที่อากาศดีที่สุด ไม่ค่อยมีคนพลุกพล่าน” ผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “พวกฝุ่นละอองก็จะทำความสะอาดอย่างดี แมวมันไม่ให้เอาเข้าบ้าน เพราะตอนนั้นหมอเค้าก็บอกว่ากลิ่นของแมว ขนแมวมันมีผล” (ID7) และผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “เวลาทำความสะอาดบ้าน ตอนนั้นก็ใช้น้ำยาเช็ดพื้นร่วมด้วยทุกครั้ง กลัวลูกจะเป็นอีก” (ID8)

4.5 วิธีอื่น ๆ นอกจากการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำแล้ว ผู้ดูแลยังใช้วิธีการป้องกันอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น สังเกตลักษณะการหายใจบ่อยขึ้น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การใช้เครื่องฟอกอากาศ เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “แม้มันจะสังเกตการหายใจมากขึ้น หายใจผิดปกติไหม ถ้ากลางคืนแม้มันตื่นมาสังเกตเป็นระยะ ๆ เลย แม้มันแล้วเค้าจะเป็นอีก” (ID5) และผู้ให้ข้อมูลอีกรายเล่าว่า “แม่เปลี่ยนการรับประทานอาหารการกิน แม้มันจะเน้นการกินเพิ่มมากขึ้นให้มาทานผักมากขึ้น เพราะก่อนหน้านี้มันไม่ค่อยทานผัก ก็ทำอาหารที่มีผักเสริม หรือไม่ก็เพิ่มผลไม้ให้เพิ่มขึ้น และก็ซื้อเครื่องฟอกอากาศมาใช้ในบ้าน” (ID9)

5. สื่อ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจโรคมามากขึ้น ผู้ดูแลเด็กต้องการสื่อสำหรับเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นช่องทางในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารจากด้านสุขภาพให้กับผู้ดูแล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและ

การป้องกันโรคสำหรับเด็ก ซึ่งตัวอย่างสื่อที่ผู้ดูแลต้องการได้รับหรืออยากให้มีการเผยแพร่ข้อมูลให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงได้ง่าย เช่น คลิปวิดีโอ ช่องทางสำหรับการให้คำปรึกษา เป็นต้น ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลที่ว่า “คลิปวิดีโอ เพราะว่ามันสามารถฟังและดูไปด้วยพร้อมกัน มันได้ทั้งเสียงได้ทั้งภาพ จะน่าสนใจกว่า ในคลิปก็ควรจะมีในเรื่องของการดูแลเด็กเพื่อเผื่อระวังไม่ให้เกิดการติดเชื้อ อาการของโรคนี้เป็นยังไงบ้าง ภายหลังที่เด็กฟื้นตัวมาแล้วต้องดูแลยังไงบ้าง ของเล่นของเด็กต้องทำยังไง การล้างมือที่ถูกต้องต้องทำยังไง” (ID1) ผู้ให้ข้อมูลอีกรายกล่าวว่า “คลิปวิดีโอ ทำให้เห็นภาพไปเลยว่าวิธีการป้องกันจะเป็นยังไงถ้าเกิดว่าลูกเป็นแบบนี้ วิธีการป้องกันทั้งก่อนและหลังได้รับเชื้อ อาการของเด็กเป็นอะไรได้บ้าง และถ้าทางโรงพยาบาลมีช่องทางที่คอยให้คำปรึกษา ถ้าเป็นแบบนี้แล้วจะยังไงต่อ เพราะช่องทางนี้จะเป็นช่องทางที่ช่วยให้คุณแม่ลดความวิตกกังวลได้เยอะเลย แบบว่าสามารถโต้ตอบได้เลย แห่ถามได้เลยหรือโทรติดต่อได้เลย” (ID2) นอกจากนี้ทีมบุคลากรทางการแพทย์ยังกล่าวว่า “สื่อที่เป็นคลิปวิดีโอ และทำเป็น QR code น่าจะดีคุณแม่จะดูเมื่อไหร่ก็ได้ ในนี้จะมีเกี่ยวกับอาร์เอสวีคืออะไร progress ของโรคเป็นยังไง การดูแลที่จำเป็นมีอะไรบ้าง จะช่วยให้คุณแม่ช่วยทบทวนได้” (ID19) และยังกล่าวอีกว่า “การที่พูดไปรอบนี้แล้วเค้าอาจจะจำได้ไม่หมด แต่ถ้ามีสื่อให้เขาดู สามารถดูตอนไหนก็ได้ก็จะดี สื่อที่เหมาะสมก็น่าจะเป็นคลิปวิดีโอ ในคลิปก็ควรจะมีตั้งแต่อาร์เอสวีมาจากไวรัส ตีตามายังไง การรักษายังไม่มีการรักษาเฉพาะ คนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องระมัดระวังมากเป็นพิเศษ เช่น เด็กที่เป็นโรคปอดเดิม คลอดก่อนกำหนด ให้แม่ตระหนักรู้เยอะ ๆ ว่าถ้าเป็นแล้วอาการจะรุนแรงกว่าเด็กทั่วไป และก็การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันไม่ให้กลับมาเป็นซ้ำ” (ID23)

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี และประสบการณ์ของแพทย์และพยาบาลในการสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีขณะนอนโรงพยาบาล ประกอบด้วย 5 ประเด็นหลัก คือ ความรู้ความเข้าใจของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี สาเหตุทำให้เด็กเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี การวินิจฉัยและการประเมินอาการของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี การปรับพฤติกรรมในการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และสื่อ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจโรคมากขึ้น ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็ก มีผู้ดูแลเด็กบางรายที่ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับเชื้อไวรัสอาร์เอสวีมาก่อน และผู้ดูแลเด็กบางรายเคยได้ยินเกี่ยวกับเชื้อไวรัสแต่เพียงคร่าว ๆ ว่าโรคนี้จะมีลักษณะคล้ายโรคหัด มีอาการไข้ ไอ มีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีความรู้เกี่ยวกับโรคนี้มากนัก เนื่องจากผู้ดูแลร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี ทำให้โอกาสในการเข้าถึงข้อมูล สืบค้นข้อมูล รวมถึงการสื่อสารด้านสุขภาพน้อย ทำให้ความสามารถในการเรียนรู้และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลในการนำไปปฏิบัติในการดูแลเด็กไม่มีประสิทธิภาพ (Choeisuan, 2017) นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กครึ่งหนึ่งมีโรคประจำตัว เช่น โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ โรคหัวใจ เป็นต้น หรือมีประวัติคลอดก่อนกำหนด ทำให้การทำงานของปอดไม่สมบูรณ์ ทำให้มีปัญหาลดการหายใจที่ผิดปกติได้ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กกลุ่มมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายกว่าเด็กที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง และจากการศึกษาของ ทศนีย์ นุชสาย และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ (Nuchsay & Uthis, 2016) พบว่า ผู้ปกครองมีความต้องการในด้านข้อมูลและการให้คำปรึกษาเนื่องจากไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เด็กเจ็บป่วย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการให้ผู้ดูแลได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคที่อาจเกิดขึ้นในเด็กให้ได้มากที่สุด เพื่อให้ผู้ดูแลเกิดความตระหนักและดูแลเพื่อลดการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับบุตรได้

2. สาเหตุทำให้เด็กเป็นโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของการเกิดโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีสามารถเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่ ติดจากบุคคลอื่นที่มีเชื้อ การใช้

ของเล่นร่วมกัน อยู่ในที่คนแออัด/สาธารณะ และมีโรคประจำตัว เช่น โรคปอดเรื้อรัง โรคหลอดลมอักเสบ เป็นต้น เด็กส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ เข้าสู่ร่างกายโดยผ่านทางตา จมูก ปาก และการสูดหายใจนำเชื้อที่อยู่ในอากาศในรูปของละออยฝอยจากการไอ จามของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังมีสาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เด็กเกิดการติดเชื้อไวรัส เช่น สภาพอากาศที่เปลี่ยนแปลง การอยู่ในที่อากาศถ่ายเทไม่สะดวก เชื้อไวรัสนี้มีการระบาดมากในฤดูฝนเช่นเดียวกับไข้หวัดใหญ่ และจะมีการระบาดสูงสุดในเดือนกรกฎาคมและเดือนสิงหาคมของทุกปี ซึ่งโรคนี้เมื่อเป็นแล้วสามารถเป็นอีกได้ จึงทำให้พบการติดเชื้อโรคนี้ได้บ่อย (Thongpan & Poovorawan, 2018) เด็กที่อยู่ในสถานรับเลี้ยงเด็กมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อไวรัสได้ง่ายกว่าเด็กที่อยู่บ้าน (Thai Society of Pediatric Respiratory and Critical Care Medicine & Royal College of Pediatricians of Thailand, 2019) เนื่องจากการใกล้ชิดและสัมผัสกับเด็กคนอื่น มาก มีการพูดคุย ไอจาม เล่นของเล่นร่วมกัน โดยเชื้อไวรัสจะติดอยู่กับสิ่งของเครื่องใช้ต่าง ๆ เมื่อมีเด็กคนอื่นมาสัมผัสเชื้อเหล่านี้ก็จะทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อได้มากขึ้น (Department of Disease Control, 2017)

3. การวินิจฉัยและการประเมินอาการของโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวี ตามการรับรู้ของผู้ดูแล เด็กส่วนใหญ่คิดว่าอาการที่เด็กเป็นคล้ายกับไข้หวัดธรรมดา กินยาแล้วก็หาย จึงไม่ได้คำนึงถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรคต่าง ๆ น้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญาภา วันทุม และ สุพรรณิ สุ่มเล็ก (Vantum & Soomlek, 2012) พบว่าการสร้างเสริมสุขภาพด้านการเฝ้าระวังและป้องกันอันตรายจากภาวะติดเชื้อของผู้ดูแลเด็กอยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากผู้ดูแลไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ตรงกับความเป็นจริง มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล เข้าใจวิธีการรักษาและใช้แหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ได้น้อย และจากผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลเด็กบางรายเมื่อเห็นอาการของเด็กเปลี่ยนแปลงก็ไม่สามารถประเมินอาการและวินิจฉัยโรคได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไอลดา ทองปาน และ ยง ภู่วรรณ (Thongpan & Poovorawan, 2018) ที่พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีพฤติกรรมด้านการดูแลเด็กเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบไม่ถูกต้อง ไม่รู้วิธีการดูแลเมื่อเด็กป่วย ซึ่งเกิดจากการขาดความรู้และปฏิบัติไม่ถูกต้องในการดูแลเด็ก สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เด็กได้รับการรักษาช้า ทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้นได้ ดังนั้นการที่จะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและลดระดับความรุนแรงของโรคโดยให้เด็กได้เข้ารับการรักษาในระยะเริ่มต้นไม่รอจนมีอาการรุนแรง สิ่งสำคัญคือผู้ปกครองหรือผู้ดูแลควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสอาร์เอสวี อาการและอาการแสดงของโรค การดูแลและการประเมินอาการของบุตร ตลอดจนการตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Tinanoff et al., 2019)

4. การปรับพฤติกรรมการดูแลเด็กเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่รับรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้กลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย ล้างมือและใส่แมส ทำความสะอาดของเล่นของใช้ หลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชนแออัด ดูแลสภาพแวดล้อมให้สะอาด และวิธีอื่น ๆ เช่น สังเกตลักษณะการหายใจ บ่อยขึ้น การรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ การใช้เครื่องฟอกอากาศ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการป้องกันโรคทั่วไป (Standard precaution) ของ Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices (2016) ที่ประกอบด้วย การทำความสะอาดมือ ทำความสะอาดแหล่งสะสมเชื้อโรค การใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงมือ หน้ากากอนามัย การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม เช่น การทำความสะอาดของเล่นหรือบริเวณพื้นผิวที่เด็กสัมผัส การจัดเตรียมสิ่งของเครื่องใช้ส่วนบุคคล การดูแลทำความสะอาดเครื่องนอน ห้องน้ำ และห้องรับประทานอาหาร โดยใช้น้ำยาทำความสะอาดตามที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ และการดูแลสุขอนามัยทางเดินหายใจ โดยการคัดกรองแยกเด็กที่มีอาการระบบทางเดินหายใจออกจากเด็กคนอื่นเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อไวรัสอาร์เอสวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อส่วนใหญ่สามารถติดต่อโดย

ผ่านการสัมผัสกับบุคคลใกล้ชิดและวัตถุหรือพื้นผิวที่มีเชื้อไวรัส (Di Carlo et al., 2016) นอกจากนี้การเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอักเสบหรือติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันได้มากกว่าเด็กที่ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูมีพฤติกรรมดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมดูแลเด็กมีผลมาจากการรับรู้เกี่ยวกับโรคของผู้ปกครองหรือผู้ดูแล ซึ่งจะเชื่อมโยงกับการหลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อทางเดินหายใจ (Rurchanagul, 2012)

5. สื่อ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจโรคมมากขึ้น ผู้ดูแลเด็กและทีมบุคลากรทางการแพทย์ส่วนใหญ่ต้องการให้มีสื่อที่ช่วยในการแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นช่องทางที่สะดวกในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารจากด้านสุขภาพให้กับผู้ดูแล เนื่องจากในปัจจุบันผู้ดูแลส่วนใหญ่มีสมาร์ตโฟนหรืออินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็วและมีความทันสมัย (Wongchaiudomchoke & Jurachainiwat, 2018) และจากผลการศึกษาส่วนใหญ่ต้องการให้ทำคลิปวิดีโอในการให้ความรู้กับผู้ดูแล เนื่องจากเป็นสื่อที่มีความทันสมัย เข้าใจง่าย มีภาพประกอบเสียงทำให้น่าสนใจและเรียนรู้ได้ง่ายขึ้น และสามารถทบทวนซ้ำได้ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลเด็กมากขึ้น ลดอัตราการเจ็บป่วยและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ (Khamenkan et al., 2017)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลเด็กยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่อาจเกิดขึ้นกับเด็กไม่เพียงพอ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคน้อย จะไม่สามารถประเมินและวินิจฉัยโรคได้ครอบคลุม ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนที่ต้องรับหาสาเหตุและแก้ไขปัญหา เพราะอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กและสภาพจิตใจของผู้ดูแลในอนาคตได้ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ดังนี้

1. ผู้ดูแลเด็กส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลจากการสืบค้นของตนเอง และได้รับข้อมูลจากบุคลากรทางการแพทย์โดยตรงขณะนอนโรงพยาบาลน้อย ซึ่งการให้ข้อมูลความรู้และการดูแลเด็กเกี่ยวกับ RSV ในโรงพยาบาลสามารถประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และวิธีการป้องกันการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจในเด็กได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เช่น คลินิกเด็กดี เพื่อให้ข้อมูลล่วงหน้าในช่วงที่ผู้ดูแลพาเด็กมารับวัคซีน หรือแผนกเด็กหลังคลอด หรือแผนกเด็กหลังคลอดหรือแผนกทารกแรกเกิด เพื่อให้ความรู้แก่บิดามารดา ก่อนจำหน่ายกลับบ้าน เป็นต้น

2. ผู้ดูแลเด็กต้องการสื่อที่มีความเหมาะสมและสามารถเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์หรือพยาบาลที่สนใจ สามารถนำข้อมูลสารสนเทศนี้ ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาสื่อหรือนวัตกรรม เพื่อต่อยอดในการส่งเสริมหรือความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคปอดอักเสบจากการติดเชื้อ รวมถึงโรคอื่น ๆ ที่ผู้ดูแลสามารถป้องกันได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การประเมินอาการและการวินิจฉัยโรค และวิธีการป้องกันการเกิดโรคปอดอักเสบจากเชื้อไวรัสอาร์เอสวีที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งยังต้องการสื่อที่ช่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมมากขึ้น ทันสมัยและเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้นควรที่จะมีการพัฒนาสื่อหรือนวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสามารถดูแลเด็กเพื่อป้องกันการติดเชื้อในเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยจากทุนส่งเสริมหัวหน้าโครงการวิจัยและนวัตกรรมรุ่นใหม่ ประจำปีงบประมาณ 2564 และขอขอบคุณบุคลากรทางการแพทย์หอผู้ป่วยตึกภูมิสิริ 19C2 และผู้ปกครองที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้



References

- Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices. (2016). *Guide to infection prevention for outpatient settings: Minimum expectations for safe care*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/outpatient/guide.pdf>
- Charoensuk, K., Chumsri, S., & Suparasri, P. (2019). Effects of caregiver empowerment program on caregiver ability for children with acute lower respiratory tract infection. *Hua Hin Sook Jai Klai Kangwon Journal*, 4(2), e0058. (in Thai)
- Choeisuwat, V. (2017). Health literacy: Concept and application for nursing practice. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 183-197. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2017). *A guideline on prevention of communicable diseases in childcare centers for caregivers of children*. Bangkok: Art Qualified. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2020). *Department of disease control advises parents to closely observe the symptoms of their children: Be careful of getting sick with RSV-related respiratory infections*. Retrieved from https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=15306&deptcode=brc&news_views=457 (in Thai)
- Di Carlo P., Romano A., Plano M., Gueli A., Scarlata F., & Mammina C. (2010). Children, parents and respiratory syncytial virus in Palermo, Italy: Prevention is primary. *Journal of Child Health Care*, 14(4), 396-407. doi.org/10.1177/1367493509359231
- Fine, J., Bray-Aschenbrenner, A., Williams, H., Buchanan, P., & Werner, J. (2019). The resource burden of infections with rhinovirus/enterovirus, influenza, and respiratory syncytial virus in children. *Clinical Pediatrics*, 58(2), 177-184. doi.org/10.1177/0009922818809483
- Heidegger, M. (1962). *Being and time*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Khamenkan, K., Phunsa, S., Poogpan, J., Butpool, J., & Saengkaew, R. (2017). The effect of a program of nurses providing information to parents' knowledge and satisfaction on caring for hospitalized children. *Nursing Journal*, 44(suppl. 2), 71-80. (in Thai)
- Leekul, N., & Wivatvanich, S. (2014). Effects of using discharge planning program on readmission of children with pneumonia and caregivers' satisfaction with nursing services: Queen Sirikit National Institute of Child Health. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 30(3), 87-96. (in Thai)
- Lincoln, S. Y., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage.
- Neungjit, N. (2018). The harmfulness of Respiratory Syncytial Virus infection in young children. *Royal Thai Air Force Medical Gazette*, 64(3), 96-100. (in Thai)
- Noimor, A., Kasatpibal, N., & Chitreecheur, J. (2019). Effects of protection motivational enhancement on parents' behaviors in preventing acute respiratory tract infections of children. *Nursing Journal*, 46(1), 137-148. (in Thai)
- Nuchsai, T., & Uthis, P. (2016). The needs of parents of hospitalized children with acute respiratory tract infection in Nangring Hospital, Buriram Province. *Mahasarakham Hospital Journal*, 13(2), 24-35. (in Thai)



- Oumtanee, A. (2016). *Qualitative research in nursing*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Rurchanagul, P. (2012). Effects of a pediatric guideline for caregivers on decreasing the respiratory tract infection rate of children in a childcare center. *Thai Science and Technology Journal*, 20(5), 390-404. (in Thai)
- Shi, T., McAllister, D. A., O'Brien, K. L., Simoes, E. A., Madhi, S. A., Gessner, B. D., ... Network, R. G. E. (2017). Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children in 2015: A systematic review and modelling study. *The Lancet*, 390(10098), 946-958. doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30938-8
- Thai Society of Pediatric Respiratory and Critical Care Medicine & Royal College of Pediatricians of Thailand. (2019). *Pediatric practice guideline in acute respiratory tract infection 2019*. Bangkok: Beyond Enterprise. (in Thai)
- Thongpan, I., & Poovorawan, Y. (2018). Respiratory Syncytial Virus (RSV). *Thai Journal of Pediatrics*, 57(3), 141-144. (in Thai)
- Tinanoff, N., Baez, R. J., Diaz Guillory, C., Donly, K. J., Feldens, C. A., McGrath, C., ... Songpaisan, Y. (2019). Early childhood caries epidemiology, aetiology, risk assessment, societal burden, management, education, and policy: Global perspective. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 29(3), 238-248. doi.org/10.1111/ipd.12484
- Vantum, C., & Soomlek, S. (2012). Health promotion of caregivers in children with congenital heart disease undergone heart surgery. *Journal of Nursing Science & Health*, 35(1), 1-9. (in Thai)
- Wongchaiudomchoke, A., & Jurachainiwat, P. (2018). Parent's roles in using technology and interactive media with preschoolers under the Bangkok primary educational service area in Klong Toei District. *An Online Journal of Education*, 13(1), 245-259. (in Thai)



Risk Behaviors and Factors Influencing Risk Behaviors Among Adolescents

พฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

นุชรีย์ แสงสว่าง* Nucharee Sangsawang*
บุศรา แสงสว่าง** Bussara Sangsawang**

Abstract

Risk behavior among Adolescents is a national priority issue. This predictive correlational research study aimed to assess risk behavior in adolescents and the predictive power of adolescent-parent attachment and family cohesion on risk behavior in adolescents. Participants were 324 male and female adolescents aged 10-19 years. Research instruments included the Adolescent Health Risk Behaviors Questionnaire, The Inventory of Parent and Peer Attachment, and The Family Cohesion Assessment. Descriptive statistics and multiple regression analysis were used to analyze the data.

The results of this study revealed that:

1. Most participants had a lower level of risk behavior. The mean score was 27.38 (SD = 6.36).
2. Adolescent-parent attachment and family cohesion had a negative correlation with risk behavior ($r = -.163, p < .01$; $r = -.444, p < .01$; respectively).
3. Adolescent-parent attachment and family cohesion was a significant predictor that accounted for 21.6% of the variance in risky behavior ($R^2 = .216, p < .001$).

This study showed the correlations between adolescent-parent attachment, family cohesion and risk behaviors among adolescents. It can be utilized as basic information for risk behavior among adolescents and its related factors in order to implement strategies on risk behavior prevention among adolescents by providing adolescent-parent attachment and family cohesion.

Keywords: Adolescent, Risk behavior, Adolescent-parent attachment, Family cohesion

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University; e-mail: twinnui@hotmail.com; bussara@g.swu.ac.th



บทคัดย่อ

พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญในระดับชาติ การวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น และปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว ต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 10-19 ปี จำนวน 324 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยง แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และแบบวัดความผูกพันต่อครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ สถิติ multiple regression analysis

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 27.38 (SD = 6.36)
2. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.163, p < .01$; $r = -.444, p < .01$; ตามลำดับ)
3. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ร้อยละ 21.6 ($R^2 = .216, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้ต่อไปโดยส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว

คำสำคัญ: วัยรุ่น พฤติกรรมเสี่ยง ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ ความผูกพันต่อครอบครัว

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ e-mail: twinui@hotmail.com; bussara@gs.wu.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (Champion et al., 2018) โดยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นตามแนวคิดของอาภาพร เฝ้าวัฒนา และคณะ (2561) ร่วมกับคำจำกัดความขององค์การควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) หมายถึง พฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีกิจกรรมที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อผลกระทบทางสุขภาพของตนเองได้ ประกอบด้วย พฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมใช้ความรุนแรง พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย ทั้งนี้วัยรุ่นที่มีการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งจะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมกันได้ และอาจกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องได้จนถึงวัยผู้ใหญ่ (Brooks et al., 2012; Thammaraksa et al., 2019) นอกจากนี้วัยรุ่นเป็นช่วงที่มีการพัฒนาทางอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด และความเป็นตนเอง และยังเป็นช่วงวัยที่มีความเป็นอิสระลดการพึ่งพาจากพ่อแม่ (Schindler & Bröning, 2015) ดังนั้นวัยรุ่นจึงกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจทางร่างกาย เสริมสร้างความเป็นตนเอง ให้ได้รับการยกย่องและมีสถานะทางสังคม มีความโดดเด่นในกลุ่ม และรู้สึกเป็นอิสระ (Lemelin et al., 2014)

ในประเทศไทย จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในวัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนแต่งงานกับคูรักถึงร้อยละ 77 ในจำนวนนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 44.8 (Srithong, 2015) ส่วนพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่าวัยรุ่นมีการดื่มแอลกอฮอล์มากถึงร้อยละ 83.1-87.9 และมีแนวโน้มของการสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์มากถึงร้อยละ 70.0-73.9 (Duangkaew et al., 2017; Thammaraksa et al., 2019) นอกจากนี้ยังพบว่าวัยรุ่นชายร้อยละ 10.03 และวัยรุ่นหญิงร้อยละ 2.78 มีพฤติกรรมสูบบุหรี่และสูบบุหรี่ต่อเนื่องเป็นประจำ (Chidnayee & Yottavee, 2018) สอดคล้องกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในต่างประเทศ ซึ่งพบว่าวัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี ร้อยละ 17.3 มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันร้อยละ 11.6-40.3 สูบบุหรี่ร้อยละ 13.6-22.0 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 17.8-21.4 ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับสูบบุหรี่ ร้อยละ 7.3-8.6 สูบบุหรี่ร่วมกับใช้สารเสพติดอื่น เช่น กัญชา ร้อยละ 11.4-13.6 และดื่มแอลกอฮอล์เป็นประจำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 16.7-24.6 (Hale & Viner, 2016; Kipping et al., 2015; Reyes et al., 2021)

พฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญในวัยรุ่นทั้งการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ รวมทั้งการตั้งครกไม่พึงประสงค์และการคลอดบุตรก่อนวัยอันควร สามารถส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นในด้านต่างๆจนกลายเป็นปัญหาสำคัญในระดับชาติ ดังนี้ ด้านร่างกาย เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (Arts et al., 2014) ด้านจิตใจ เช่น เพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพจิต มีภาวะซึมเศร้า มีความวิตกกังวล รู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง (Bannink et al., 2015) รวมทั้งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม เช่น มีความสัมพันธ์ที่ไม่มั่นคงกับคูรัก กังวลกับการถูกทอดทิ้ง ต้องเลี้ยงดูบุตรตามลำพัง เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ถูกไล่ออกจากโรงเรียน ไม่มีการจ้างงาน หรือมีการทำงานที่ไม่มั่นคง เป็นต้น (Kipping et al., 2015; Lemelin et al., 2014; Perera & Abeysena, 2018; Thammaraksa et al., 2019)

สาเหตุของการมีพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นเกิดขึ้นได้หลายปัจจัยทั้งปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาท (Lemelin et al., 2014) รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคม เช่น รูปแบบความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ (Kassel et al., 2007; Pooravari et al., 2015) ความผูกพันต่อครอบครัว (Fosco et al., 2016)ทัศนคติต่อการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ของคนใกล้ชิดและการชักชวนของเพื่อน (Wiangkamon et al., 2017) การดื่มแอลกอฮอล์ของคนใกล้ชิดและการชักชวนของเพื่อน (Saelim et al., 2017) การเลี้ยงดูไม่เหมาะสม สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี มีความรุนแรงในครอบครัว ใช้สารเสพติด การหย่าร้างของพ่อแม่ หรือการไม่เห็นคุณค่าในตนเอง (Lemelin et al., 2014)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยต่างๆของการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น โดยเฉพาะปัจจัยด้านรูปแบบความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ สอดคล้องกับทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (attachment theory) โดยที่ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ (attachment) เป็นสายสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่ช่วงวัยเด็กกับผู้ดูแล และพัฒนาต่อเนื่องจนกลายเป็นความรักใคร่ในวัยผู้ใหญ่ ความรักใคร่ผูกพันไม่เพียงเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจ และสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆเมื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ แต่ยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงได้เช่นกัน (Bowlby, 1969; Hazan & Zeifman, 1999; Kassel et al., 2007) โดยพบว่าความรักใคร่ผูกพันแบบไม่มั่นคง (insecure attachment) สามารถส่งผลต่อพฤติกรรมด้านลบหรือพฤติกรรมเสี่ยงได้ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม มีปัญหาทางสุขภาพจิต หรือมีพฤติกรรมกลั่นแกล้ง (Bozzini et al., 2021; Fairbairn et al., 2018) เนื่องจากเมื่อวัยรุ่นเผชิญกับปัญหา หรือสถานการณ์ที่คุกคามตนเองต้องการความรู้สึกที่พึ่งพิง และความไว้วางใจจากผู้ดูแลหรือตัวแทนความผูกพันของตนเอง (attachment figure) (Hazan & Zeifman, 1999) ซึ่งก็คือ พ่อแม่ เพื่อให้ตนเองรู้สึกมั่นคง ปลอดภัย และสามารถเผชิญกับปัญหานั้นได้ แต่หากบุคคลนั้นไม่ได้รับการตอบสนองจากผู้ดูแล จะทำให้บุคคลรู้สึกถูกแยกออกจากสิ่งที่พึ่งพิง จนรู้สึกไม่ปลอดภัย และไม่มั่นคง จึงมีแนวโน้มกระทำการพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ใช้สารเสพติด หรือมีเพศสัมพันธ์ เพื่อหลีกเลี่ยงหรือแก้ไขปัญหาเหล่านั้น (Abolghasemi et al., 2009; Kassel et al., 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรม ยังพบอีกว่าปัจจัยด้านความผูกพันต่อครอบครัว (family cohesion) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้เช่นกัน กล่าวคือ ความผูกพันต่อครอบครัว เป็นความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน (Olson et al., 1983) ครอบครัวที่มีความผูกพันต่อกันจะส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวมีความรักใคร่ต่อกัน มีการสนับสนุนและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการติดตามกันและกัน ทำให้รู้สึว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว จึงช่วยส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์และลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นลงได้ เช่น มีความรู้ด้านเพศที่ถูกต้องและเหมาะสม มีเพศสัมพันธ์ช้าลงหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง มีการแสดงอารมณ์และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ออกมาได้ในระดับต่ำ (Morgan & Haglund, 2009; Nyaguti et al., 2021) ในทางตรงข้ามหากบุคคลมีความผูกพันต่อครอบครัวน้อย สมาชิกในครอบครัวจะมีความผูกพันต่อกันน้อย ขาดความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนซึ่งกันและกัน สมาชิกในครอบครัวแต่ละคนจึงต่างคนต่างอยู่ ไม่มีความผูกพันใกล้ชิดต่อกัน จึงส่งผลให้สมาชิกแต่ละคนต้องแสวงหาความใกล้ชิด ความเข้าใจ และความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกครอบครัวแทน (Graaf et al., 2011) จากเหตุผลดังกล่าว จึงทำให้วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีความผูกพันต่อกันน้อย มักแสวงหาความช่วยเหลือ ความเข้าใจ ความใกล้ชิด หรือความเห็นใจซึ่งกันและกันจากบุคคลภายนอกครอบครัวแทน เพื่อทดแทนความรู้สึกต่างๆที่ไม่ได้รับจากครอบครัวของตนเอง (Davila et al., 2009) ส่งผลให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะกระทำการพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆเพิ่มขึ้นได้ เช่น มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นต้น (Brooks et al., 2012; Nyaguti et al., 2021)

ปัจจุบันงานวิจัยทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศมีข้อจำกัดในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านสัมพันธภาพในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น โดยเฉพาะปัจจัยความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว ที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เนื่องจากงานวิจัยส่วนใหญ่ในประเทศไทยมักศึกษาเฉพาะปัจจัยภายในบุคคล เช่น อายุ ผลการเรียน ทักษะคิด การควบคุม หรือความตั้งใจทำพฤติกรรมเสี่ยงที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นเท่านั้น (Kawiso et al., 2564) ส่วนการศึกษาเกี่ยวกับความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นพบได้ค่อนข้างน้อย ทั้งที่ปัจจัยดังกล่าวเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์ในวัยรุ่นที่สามารถส่งผลต่อการกระทำการพฤติกรรมทั้งเชิงบวกและเชิงลบในอนาคตได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาถึงความ

รักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เพื่อช่วยป้องกันหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้ ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัยนี้จะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่และความผูกพันต่อครอบครัวที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อพัฒนาแนวทางลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นให้เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นเป็นอย่างไร
2. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นหรือไม่ อย่างไร
3. ปัจจัยความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว แนวคิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นจากการทบทวนวรรณกรรม คือพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีกิจกรรมที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อผลกระทบทางสุขภาพของตนเองได้ ประกอบด้วย พฤติกรรมสุบุนหรี ดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมใช้ความรุนแรง พฤติกรรมการรับประทานอาหารไม่เหมาะสม และพฤติกรรมการไม่ออกกำลังกาย ทั้งนี้วัยรุ่นที่มีการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่ง จะมีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรมเสี่ยงอื่น ๆ ร่วมกันได้ และอาจกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องได้จนถึงวัยผู้ใหญ่ ส่วนแนวคิดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ ประยุกต์มาจากทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน ตามแนวคิดของของโบลบี ฮาร์ซาน และชาร์เวอร์ (Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1987) สามารถนำมาอธิบายความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ได้ ซึ่งความรักใคร่ผูกพันดังกล่าวเป็นสายใยความใกล้ชิด และความผูกพันทางอารมณ์ระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ของตน ที่จะคงอยู่ตลอดชีวิตและพัฒนาต่อเนื่องจนกลายเป็นความรักใคร่ผูกพันในวัยผู้ใหญ่ต่อไป เมื่อวัยรุ่นรับรู้ว่าตนเองเผชิญกับสถานการณ์วิกฤติจากการถูกคุกคามต่าง ๆ จะแสวงหาความมั่นคง ปลอดภัย การปกป้อง และความสุขสบายจากตัวแทนความผูกพันของตนเอง เพื่อให้ตนเองรู้สึกปลอดภัยและสามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นได้ (Hazan & Shaver, 1987) ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นไม่ได้รับความรู้สึกมั่นคงหรือปลอดภัยจากตัวแทนความผูกพันของตนเองจะมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่คุกคามเหล่านั้น (Abolghasemi et al., 2009; Kassel et al., 2007; Pooravari et al., 2015)

สำหรับแนวคิดความผูกพันต่อครอบครัว ประยุกต์มาจากทฤษฎีที่เกี่ยวกับครอบครัว ตามแนวคิดของอลสัน และคณะ (Olson et al., 1983) ที่สามารถอธิบายความผูกพันต่อครอบครัวได้ ซึ่งความผูกพันต่อครอบครัว



จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความใกล้ชิด ได้รับความช่วยเหลือ การสนับสนุน การติดตามดูแลภายในครอบครัว จึงช่วยให้วัยรุ่นกระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เหมาะสมได้ (Nyaguti et al., 2021) อย่างไรก็ตามหากวัยรุ่นอาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีความผูกพันต่อกันน้อย จะทำให้วัยรุ่นรู้สึกไม่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว มีความเกี่ยวข้องต่อกันน้อย ขาดการดูแลใกล้ชิด ขาดความช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน จึงต้องแสวงหาความรู้สึกใกล้ชิด หรือความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกครอบครัว เพื่อทดแทนสิ่งที่ขาดหายไปจากครอบครัวของตนเอง จึงส่งผลให้วัยรุ่นมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้ เช่น มีเพศสัมพันธ์ก่อนเวลาที่เหมาะสม (Brooks et al., 2012; Graaf et al., 2011; Nyaguti et al., 2021)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยหาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น และปัจจัยทำนาย ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว ต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 10-19 ปี ในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นเพศชายและหญิงที่อาศัยในจังหวัดเชียงราย อุบลราชธานี เพชรบุรี อยุธยา ระยอง และนครศรีธรรมราช ตามคุณสมบัติของเกณฑ์คัดเลือกคือ เป็นนักเรียนเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 10-19 ปี มีสุขภาพแข็งแรง และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัด จากทั่วทั้ง 6 ภูมิภาคในประเทศไทย ด้วยวิธีสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยสุ่มจับฉลากภูมิภาคละ 1 จังหวัด ได้ จังหวัดเชียงราย อุบลราชธานี อยุธยา ระยอง เพชรบุรี และนครศรีธรรมราช

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอ โดยสุ่มจับฉลากจังหวัดละ 1 อำเภอ จากจังหวัดเชียงราย อุบลราชธานี อยุธยา ระยอง เพชรบุรี และนครศรีธรรมราช

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกโรงเรียน โดยสุ่มจับฉลากจากอำเภอละ 1 โรงเรียน และจับฉลากโรงเรียนละ 1 ห้องเรียน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการอ้างอิงจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามการวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้างและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำสำหรับการวิเคราะห์ คือ 200 ราย (Schumacker & Lomax, 2010) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษานี้ คือ จำนวนอย่างน้อย 200 ราย และผู้วิจัยได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีก 30% ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 260 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบและเติมข้อความ ได้แก่ อายุ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ลักษณะครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย รายได้ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิดที่มีพฤติกรรมเสี่ยง
2. แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (Adolescent Health Risk Behaviors Questionnaire) ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากเครื่องมือวัดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นของโลนิงเจอร์ (Reininger et al., 2003) ที่สามารถอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆของวัยรุ่นในการศึกษานี้ ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การสูบบุหรี่ และการดื่มแอลกอฮอล์ ข้อคำถามมีทั้งหมด 10 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 ถึง 50 คะแนน

การแปลผลคือ คะแนนยิ่งสูงยิ่งมีความเสี่ยงของพฤติกรรมมาก โดยเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ยที่ได้จากการคำนวณคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงทั้งหมดจากกลุ่มตัวอย่าง หากมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง

มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับสูง และหากมีคะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่ำ แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นนี้มีต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ และในการศึกษานี้แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

3. แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ (The Inventory of Parent and Peer Attachment: IPPA) ในการศึกษานี้ใช้แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ ซึ่งพัฒนาโดยอาร์มสเดนและกรีนเบิร์ก (Armsden & Greenberg, 1987) ตามแนวคิดของทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (Bowlby, 1969) สำหรับใช้ประเมินสัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และเพื่อนสนิท มีคำถามทั้งหมด 25 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ความไว้วางใจ 10 ข้อ การสื่อสาร 9 ข้อ และความเห็นต่าง 6 ข้อ เป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ มีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 (เป็นความจริงเสมอ) ถึง 5 (ไม่เป็นความจริง) คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25 ถึง 125 คะแนน

การแปลผลคะแนนคือ คะแนนยิ่งสูงยิ่งมีความรักใคร่ผูกพันมาก แบบวัดนี้ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ ในการศึกษานี้ใช้แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่เท่านั้น และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

4. แบบวัดความผูกพันต่อครอบครัว (Family Cohesion Assessment) ในการศึกษานี้ใช้แบบวัดความผูกพันต่อครอบครัวของ โฟสโก และ ลินดอนสแตนลีย์ (Fosco & Lydon-Staley, 2020) ที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความผูกพันของสมาชิกในครอบครัว มีข้อคำถาม 3 ข้อ ได้แก่ 1) สมาชิกในครอบครัวจริงใจที่จะช่วยเหลือ และสนับสนุนซึ่งกันและกัน 2) มีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียวกันในครอบครัวของเรา และ 3) สมาชิกในครอบครัวเต็มใจเป็นที่พึ่งพิงให้แก่กัน แบบวัดนี้เป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 10 ระดับ ตั้งแต่ 0 ถึง 10 คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 30 คะแนน การแปลผลคือ คะแนนยิ่งสูงยิ่งมีความผูกพันต่อครอบครัวมาก แบบวัดนี้ต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ ในการศึกษานี้แบบวัดความผูกพันต่อครอบครัวมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .76

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบประเมินทั้ง 3 ชนิด คือ แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น แบบวัดความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และแบบวัดความผูกพันต่อครอบครัว มีต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (Brislin et al., 1973) โดยผ่านการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาไทยและภาษาต่างประเทศจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้แปลย้อนกลับจากฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ แล้วจึงนำแบบวัดที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษมาเปรียบเทียบกับแบบวัดภาษาอังกฤษที่แปลกลับจากภาษาไทยแล้ว หลังจากเปรียบเทียบต้นฉบับภาษาอังกฤษทั้งสองส่วนแล้วมีเนื้อหาตรงกัน แบบสอบถามทั้งหมดที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วจะถูกนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เด็ก มารดาทารกและการผดุงครรภ์ และสุขภาพจิต รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ราย ตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ แล้วจึงนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยการคำนวณค่า Cronbach's alpha coefficient กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ใบรับรองเลขที่ SWUEC-172/2563E และเนื่องจากสถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-19 การรวบรวมข้อมูลจึงอยู่ในรูปแบบออนไลน์ ดังนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามเหล่านั้นไปลงใน Google forms แล้วนำไปสร้าง QR code เพื่อนำมาประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและใช้รวบรวมข้อมูลวิจัยหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว

ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ และให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code ของเอกสารชี้แจงโครงการวิจัย จุดประสงค์ ประโยชน์ การปกปิดชื่อและการรักษาความลับซึ่งจัดทำอยู่ในรูปแบบเอกสารออนไลน์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับทราบข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วนและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อยินยอมให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยให้สิทธิกลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง โดยไม่มีการบังคับขู่เข็ญ หรือชักจูงหาว่าล่อลวงให้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ ให้ผู้วิจัยทราบ และการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษา การประเมินผล หรือผลประโยชน์ใดๆ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับจากสถานศึกษาทั้งสิ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมในการวิจัยนี้ จะกดปุ่ม “ยอมรับเข้าร่วมวิจัย” ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยไม่เปิดเผยรายชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์มีเพียงผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้นที่มีรหัสเปิดเข้าคอมพิวเตอร์และแฟ้มข้อมูล หลังผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการเรียบร้อยแล้วไฟล์ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เมื่อได้รับอนุมัติจากหน่วยงานที่จะเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 6 คน ที่ผ่านการชี้แจงเกี่ยวกับรายละเอียดต่าง ๆ ของโครงการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และวิธีการตอบแบบสอบถามแล้ว ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากการติดต่อประกาศใบเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมการวิจัย ทีมผู้วิจัยจะแนะนำตัวเองและให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code ของเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย และวิธีการตอบแบบสอบถามและการยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว จึงให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาหลังเลิกเรียนตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทาง Google form ด้วยการสแกน QR code ของแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที หลังจากที่ได้รับข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างส่งเข้ามาในระบบ Google forms โดยไม่มีการระบุชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่างแล้ว จะถูกตรวจสอบความครบถ้วนและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และพฤติกรรมเสี่ยงด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นด้วยสถิติ Pearson's product moment correlation ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลแล้วพบว่าการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ
3. วิเคราะห์ปัจจัยทำนายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นด้วยสถิติ Multiple linear regression analysis ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (KS) แล้วพบว่าการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนทั้งสิ้น 324 ราย แยกเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 เพศชาย ร้อยละ 40.7 อายุระหว่าง 13-18 ปี (อายุเฉลี่ย 15.26 ปี, SD = 1.30) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.5 ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ



57.7 และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.3 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 58.3 และพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 42.0 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 24,000 บาทต่อเดือน บุคคลใกล้ชิดมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ เช่น ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ร้อยละ 26.2 สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.5 และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 22.6

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 7.4, 11.2 และ 13.4 ตามลำดับ รวมทั้งมี 2 พฤติกรรมเสี่ยงขึ้นไป คือ ใช้สารเสพติดร่วมกับดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 15.73 คะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมีค่าระหว่าง 10-41 คะแนน ($\bar{x} = 27.38$, $SD = 6.36$) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในระดับสูง ร้อยละ 46.92 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.08

ส่วนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.163$, $p < .01$; $r = -.444$, $p < .01$; ตามลำดับ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ($n = 324$)

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	1	2	3
พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น .1	27.38	6.36	1	-.163**	-.444**
.2ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่	87.57	16.19		1	.611**
.3ความผูกพันต่อครอบครัว	19.68	5.79			1

** $p < .01$

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

ผลการวิเคราะห์หาค่าถดถอยพหุคูณโดยวิธีนำตัวแปรอิสระทั้งหมดเข้าสมการถดถอยพร้อมกัน พบว่า ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = .173$, $p = .006$) ความผูกพันต่อครอบครัวมีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($\beta = -.550$, $p = .000$) โดยตัวแปรทั้งสองตัวสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติร้อยละ 21.6 ($R^2 = .216$, $F = 44.24$, $p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ($n = 324$)

ตัวแปร	B	SE	β	t	p-value
Constant	31.33	728.1		28.19	.000
1. ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่	.068	.024	.173	77.2**	.006
2. ความผูกพันต่อครอบครัว	-.604	.068	-.550	-81.8***	.000

$R = .465$, $R^2 = .216$, Adjusted $R^2 = .211$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

จากการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น คือ สูบบุหรี่ร้อยละ 11.2 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 13.4 วัยรุ่นเพศชายและเพศหญิงส่วนใหญ่ (ร้อยละ 46 และร้อยละ 37.6 ตามลำดับ) ระบุว่ามีการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติ ในจำนวนนี้ พบว่าร้อยละ 16.1 ตั้งใจมีเพศสัมพันธ์ในช่วงวัยรุ่น นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยง 2 พฤติกรรมขึ้นไป คือ ใช้สารเสพติดร่วมกับดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 15.73 ใช้สารเสพติดและดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 7.4 ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ ที่พบว่า วัยรุ่นดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 34.5-52.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 10.0-28.8 ใช้สารเสพติด ร้อยละ 13.8 และมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 16 ปี ร้อยละ 13.4 (Champion et al., 2018; Kipping et al., 2015) และการศึกษาในประเทศไทยของ กอปรชนบ ดวงแก้ว และคณะ (Duangkaew et al., 2017) ที่พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 87.9 และสูบบุหรี่ร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 73.9 รวมทั้งผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า วัยรุ่นสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกันร้อยละ 7.3-8.6 สูบบุหรี่และใช้สารเสพติดร่วมกันร้อยละ 11.4-13.6 มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันร่วมกับดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 2.8-5.2 ดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติดร้อยละ 4.0-7.5 (Hale & Viner, 2016) ดังนั้นผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่พบในวัยรุ่นมักเป็นพฤติกรรมที่วัยรุ่นมีตั้งแต่ 2 พฤติกรรมขึ้นไป และเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่าง ๆ ต่อวัยรุ่นได้ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีเพศสัมพันธ์ (Brook et al., 2012; Thammaraksa et al., 2019)

พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.08) มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ (27.38 คะแนน) เนื่องจากวัยรุ่นร้อยละ 42.0 พักอาศัยอยู่ร่วมกับพ่อแม่และสมาชิกคนอื่นในครอบครัว จึงทำให้วัยรุ่นมีโอกาสได้รับความรักความอบอุ่น ได้รับการเอาใจใส่ มีการดูแลใกล้ชิด ได้รับการอบรมสั่งสอน ได้รับการติดตามกำกับพฤติกรรมจากพ่อแม่ มีการปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ของครอบครัว และมีภูมิคุ้มกันในครอบครัว ส่งผลให้วัยรุ่นมีโอกาสกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้น้อยลง (Duangkaew et al., 2017; Thammaraksa et al., 2019) ยิ่งไปกว่านั้น ผลการศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 5 เท่านั้นที่มีบุคคลใกล้ชิด เช่น พี่น้อง หรือเพื่อนมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ (ร้อยละ 17.5) และดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 22.6) ซึ่งสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการถ่ายทอดทางสังคมได้ว่า การกระทำพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นเป็นการเลียนแบบพฤติกรรมจากคนใกล้ชิด หรือคนที่มีอิทธิพลต่อตนเอง การที่วัยรุ่นเห็นพฤติกรรมเสี่ยงที่เกิดขึ้นกับคนใกล้ชิด ทำให้วัยรุ่นคิดว่าพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งปกติและได้รับการยอมรับในสังคม ก่อให้เกิดการเลียนแบบหรือกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ตาม จึงทำให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงเกิดขึ้นได้เช่นกัน ในทางตรงกันข้าม หากวัยรุ่นมีบุคคลใกล้ชิดมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย อาจส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ได้น้อยลงตามไปด้วย (Kamphaengphan et al., 2011) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสูบบุหรี่เพียงร้อยละ 11.2 และดื่มแอลกอฮอล์เพียงร้อยละ 13.4 เท่านั้น

2. ปัจจัยทำนายของความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่และความผูกพันต่อครอบครัวต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัวถือเป็นปัจจัยระหว่างบุคคลหรือทางสังคม (Flay & Petraitis, 1994) และมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งปัจจัยความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่สามารถอธิบายได้ตามแนวคิดของทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1987) ได้ว่าความรักใคร่ผูกพันเป็นสายใย ความใกล้ชิดและความผูกพันทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุตรและพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูของตนเองที่จะคงอยู่ตลอดชีวิตและพัฒนาเป็นความรักใคร่ผูกพันในผู้ใหญ่ต่อไปความรักใคร่ผูกพันสามารถพบได้ทั้งความรักใคร่ผูกพัน



ทางบวกหรือความรู้สึกผูกพันแบบมั่นคง (secured attachment) และความรักใคร่ผูกพันทางลบหรือความรู้สึกผูกพันแบบไม่มั่นคง (insecured attachment) บุคคลที่มีความรู้สึกรักใคร่ผูกพันแบบมั่นคงจะมีความมั่นคงทางอารมณ์และมีความพึงพอใจต่อความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างบุคคล รวมทั้งรักษาความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างตนเองและบุคคลอื่นได้ ขณะที่บุคคลที่มีความรักใคร่ผูกพันแบบไม่มั่นคงจะมีความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์ รู้สึกไม่ปลอดภัยและไม่พึงพอใจต่อความสัมพันธ์ใกล้ชิดระหว่างบุคคล (Mikulincer & Shaver, 2007)

ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ในวัยรุ่นได้ เนื่องจากเมื่อวัยรุ่นกำลังเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เป็นปัญหาหรือความเครียด วัยรุ่นจะแสวงหาความรู้สึกปลอดภัยและที่พึ่งพิงจากพ่อแม่ หรือตัวแทนความผูกพันของตนเอง เพื่อให้ตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์เหล่านั้นได้ (Hazan & Shaver, 1987) อย่างไรก็ตามหากวัยรุ่นไม่ได้รับการตอบสนอง หรือไม่ได้รับความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยจากพ่อแม่ของตนเองมักทำให้วัยรุ่นกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆเพื่อหลีกเลี่ยงหรือจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเอง (Abolghasemi et al., 2009; Kassel et al., 2007; Pooravari et al., 2015) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า วัยรุ่นที่มีความรักใคร่ผูกพันแบบไม่มั่นคง หรือไม่ได้รับการตอบสนองจากพ่อแม่ของตนเองมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมด้านลบเพิ่มขึ้น เช่น มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย หรือใช้สารเสพติด (Fairbairn et al., 2018) เช่นเดียวกับการศึกษาของ คูก และคณะ (Cook et al., 2016) ที่พบว่า วัยรุ่นที่มีความรู้สึกรักใคร่ผูกพันแบบไม่มั่นคง จะทำให้ไม่มีความใกล้ชิดและไม่ได้รับการสนับสนุนจากพ่อแม่ มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่เชื่อใจพ่อแม่ของตนเอง จึงต้องแสวงหาความผูกพันใกล้ชิดและความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นภายนอกครอบครัวแทน จนนำไปสู่การถูกชักจูงและมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมเสี่ยงได้หลายรูปแบบ เช่น มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย มีคู่นอนหลายคน ไม่ใช่งานอย่างอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ สูบบุหรี่เพิ่มขึ้น ใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์สูงขณะที่มีเพศสัมพันธ์

ส่วนปัจจัยความผูกพันต่อครอบครัว สามารถอธิบายตามแนวคิดของทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวได้ว่า ความผูกพันกับครอบครัว เป็นการแสดงออกถึงความผูกพันทางอารมณ์อย่างเข้มแข็งภายในครอบครัว มีความรู้สึกใกล้ชิดต่อกันภายในครอบครัว มีความรักใคร่ มีการสนับสนุน ห่วงใยดูแลซึ่งกันและกัน (Fosco & Lydon-staley, 2020; Olson et al., 1983) วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีความผูกพันในครอบครัวมากจึงมีโอกาสเกิดปัญหาหรือพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้น้อย ในทางตรงข้าม หากครอบครัวมีความผูกพันต่อกันน้อยหรือมีความขัดแย้งเกิดขึ้น จึงมีส่วนทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาต่างๆได้มาก เช่น มีภาวะซึมเศร้า ใช้สารเสพติด หรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคมได้ (Fosco et al., 2016) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการวิจัยของฟอสโค และคณะ (Fosco et al., 2012) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความผูกพันกับครอบครัวในระดับสูง จะรับรู้ได้ว่าตนเองได้รับการช่วยเหลือจากสมาชิกครอบครัว เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว และครอบครัวให้ความสำคัญแก่ตนเอง จึงมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้สูง และยังเกิดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้น้อยลง เช่นเดียวกับผลการวิจัยที่พบว่า วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีความผูกพันต่อกันมาก จะมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงได้น้อยลงเช่นกัน (Graaf et al., 2011)

จากสถิติของพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่ยังคงอยู่ในสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าปัจจัยด้านความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถอธิบายและมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยรุ่นที่มีความรักใคร่ผูกพันกับพ่อแม่และความผูกพันต่อครอบครัวสูงมักมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้น้อยกว่าวัยรุ่นที่มีความรักใคร่ผูกพันกับพ่อแม่ และมีความผูกพันต่อครอบครัวต่ำ ดังนั้น หากมีแนวทางส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรักใคร่ผูกพันกับพ่อแม่ และมีความผูกพันต่อครอบครัวมากขึ้น จึงช่วยป้องกันให้วัยรุ่นหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆลงได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการทางการแพทย์

1. สามารถนำผลวิจัยไปบริหารจัดการและวางแผนให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น โดยเพิ่มการคัดกรองสัมพันธภาพระหว่างวัยรุ่นกับครอบครัว ติดตามและเฝ้าระวังการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่มีความรักใคร่ผูกพันกับพ่อแม่ น้อย หรือมีความผูกพันต่อครอบครัวน้อย

2. สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดทิศทางและนโยบายป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น โดยนำมากำหนดแนวทางการคัดกรอง ติดตาม และเฝ้าระวังกลุ่มวัยรุ่นที่มีปัญหาด้านสัมพันธภาพในครอบครัว รวมทั้งส่งเสริมความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว โดยจัดกิจกรรม เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้ครอบครัวและชุมชนเห็นความสำคัญ ประโยชน์ของสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวและเรียนรู้วิธีส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

ด้านการศึกษาพยาบาล

สามารถนำผลการวิจัยที่ได้เกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในวัยรุ่น ได้แก่ ความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่ และความผูกพันต่อครอบครัว ไปเป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลศาสตร์ เห็นความสำคัญและเรียนรู้วิธีการส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งที่จะป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในวัยรุ่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากกลุ่มวัยรุ่นที่ศึกษาครั้งนี้ เช่น กลุ่มวัยรุ่นที่มีคนใกล้ชิดมีพฤติกรรมเสี่ยง หรืออาศัยในครอบครัวเดี่ยว เป็นต้น เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถประยุกต์ใช้ได้ครอบคลุมทุกกลุ่มตัวอย่าง

2. ควรศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความผูกพันระหว่างวัยรุ่นกับพ่อแม่และความผูกพันต่อครอบครัวเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยทำนายอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น เช่น การยอมรับจากกลุ่มเพื่อน สัมพันธภาพการกลุ่มเพื่อน หรือรูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครอง เป็นต้น

References

- Abolghasemi, A., Mahmoodi, H., & Soleimani, E. (2009). The role of attachment styles and defense mechanisms in discriminating cigarette smoker students from nonsmokers. *Quarterly Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 16(3), 134-141.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(1), 427-454. doi.org/10.1007/BF02202939
- Arts, J., Fernandez, M. L., & Lofgren, I. E. (2014). Coronary heart disease risk factors in college students. *Advances in Nutrition*, 5(2), 177-187. doi:10.3945/an.113.005447
- Bannink, R., Broeren, S., Heydelberg, J., van't Klooster, E., & Raat, H. (2015). Depressive symptoms and clustering of risk behaviours among adolescents and young adults attending vocational education: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15, 396. doi:10.1186/s12889-015-1692-7



- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Bozzini, A. B., Baue, R. A., Maruyama, J., Simões, R., & Matijasevich, A. (2021). Factors associated with risk behaviors in adolescence: A systematic review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 43(2), 210–221. doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0835
- Brislin, R. W., Lonner, W., & Thorndike, R. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: Willy.
- Brooks, F. M., Magnusson, J., Spencer, N., & Morgan, A. (2012). Adolescent multiple risk behaviour: An asset approach to the role of family, school and community. *Journal of Public Health*, 34(suppl 1), i48–56. doi.org/10.1093/pubmed/ fds001
- Center for Disease Control and Prevention. (2019). *Youth risk behavior surveillance system (YRBSS)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>
- Champion, K. E., Mather, M., Spring, B., Kay-Lambkin, F., Teesson, M., & Newton, N. C. (2018). Clustering of multiple risk behaviors among a sample of 18-year-old Australians and associations with mental health outcomes: A latent class analysis. *Frontiers in Public Health*, 7(6), 135. doi: 10.3389/fpubh.2018.00135
- Chidnayee, S., & Yottavee, W. (2018). Factors related with smoking behaviors of youth at Uttaradit. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit*, 1(1), 83-93. (in Thai)
- Cook, S. H., Watkins, D. C., Calebs, B., & Wilson, P. A. (2016). Attachment orientation and sexual risk behaviour among young Black gay and bisexual men. *Psychology & Sexuality*, 7(3), 177-196. doi: 10.1080/19419899.2016.1168312
- Davila, J., Stroud, C. B., Starr, L. R., Ramsay Miller, M., Yoneda, A., & Hershenberg, R. (2009). Romantic and sexual activities, parent-adolescent stress, and depressive symptoms among early adolescent girls. *Journal of Adolescence*, 32(4), 909–924. doi: 10.1016/j.adolescence.2008.10.004
- de Graaf, H., van de Schoot, R., Woertman, L., Hawk, S. T., & Meeus, W. (2012). Family cohesion and romantic and sexual initiation: A three wave longitudinal study. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(5), 583-592. doi: 10.1007/s10964-011-9708-9.
- Duangkaew, K., Powwattana, A., & Auemaneekul, N. (2017). Factors related to multiple risk behaviors among vocational students in Bangkok. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 75-96. (in Thai)
- Fairbairn, C. E., Briley, D. A., Kang, D., Fraley, R. C., Hankin, B. L., & Ariss, T. (2018). A meta-analysis of longitudinal associations between substance use and interpersonal attachment security. *Psychological Bulletin*, 144(5), 532-555. doi.org/10.1037/bul0000141
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). The theory of Triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.
- Fosco, G. M., Caruthers, A. S., & Dishion, T. J. (2012). A six-year predictive test of adolescent family relationship quality and effortful control pathways to emerging adult social and emotional health. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 565–575. doi.org/10.1037/a0028873



- Fosco, G. M., & Lydon-Staley, D. M. (2020). Implications of family cohesion and conflict for adolescent mood and well-being examining within-and between-family processes on a daily timescale. *Family Process, 59*(4), 1672-1689. doi.org/10.1111/famp.12515
- Fosco, G. M., Van Ryzin, M. J., Connell, A. M., & Stormshak, E. A. (2016). Preventing adolescent depression with the family check-up: Examining family conflict as a mechanism of change. *Journal of Family Psychology, 30*(1), 82-92. doi.org/10.1037/fam0000147
- Hale, D. R., & Viner, R. M. (2016). The correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence. *BMC Public Health, 16*, 458. doi: 10.1186/s12889-016-3120-z
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(1), 511-524. doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 336-354). The Guilford Press.
- Kamphaengphan, S., Kaewpornsawan, T., & Apinuntavech, S. (2011). Psychosocial factors associated with teenage pregnancy attending antenatal care clinic at Siriraj Hospital. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand, 56*(3), 255-266. (in Thai)
- Kassel, J. D., Wardle, M., & Roberts, J. E. (2007). Adult attachment security and college student substance use. *Addictive Behaviors, 32*(6), 1164-1176. doi: 10.1016/j.addbeh.2006.08.005.
- Kawsiso, M., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2564). Predicting factors of multiple risk behaviors among male adolescents in Lopburi Province. *Thai Red Cross Nursing Journal, 14*(1), 140-155. (in Thai)
- Kipping, R. R., Smith, M., Heron, J., Hickman, M., & Campbell, R. (2015). Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status: Findings from a UK birth cohort. *European Journal of Public Health, 25*(1), 44-49. doi.org/10.1093/eurpub/cku078
- Lemelin, C., Lussier, Y., Sabourin, S., Brassard, A., & Naud, C. (2014). Risky sexual behaviours: The role of substance use, psychopathic traits, and attachment insecurity among adolescents and young adults in Quebec. *Canadian Journal of Human Sexuality, 23*(3), 189-199. doi.org/10.3138/cjhs.2625
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics and change*. New York: Guilford Press.
- Morgan, A., & Haglund, B. J. A. (2009). Social capital does matter for adolescent health: Evidence from the English HBSC study. *Health Promotion International, 24*(4), 363-372. doi:10.1093/heapro/dap028.
- Nyaguti, J. A., Asatsa, S., & Muthami, J. (2021). Relationship between family cohesion and teenage sexual behavior in public secondary schools in Kajiado County, Kenya. *International Journal of Research and Innovation in Social Science, 4*(6), 177-187.



- Olson, D. H., Russell, C. S., & Sprenkle, D. H. (1983). Circumplex model of marital and family systems: VI. Theoretical update. *Family Process*, 22(1), 69–83. doi: 10.1111/j.1545-5300.1983.00069.x.
- Perera, U. A. P., & Abeysena, C. (2018). Prevalence and associated factors of risky sexual behaviors among undergraduate students in state universities of Western Province in Sri Lanka: A descriptive cross-sectional study. *Reproductive Health*, 15(1), 105. doi.org/10.1186/s12978-018-0546-z
- Pooravari, M., Ghanbari, S., Zadeh Mohammadi, A., Panaghi, L., & Aghdasta, E. (2015). The comparison of tendency to risky behaviour, in secure/insecure attachment in parents. *International Journal of Applied Behavioral Sciences*, 2(2), 7-14. doi.org/10.22037/ijabs.v2i2.7642
- Powwattana, A., Auemaneekul, N., & Lagampan, S. (2561). *Risk behaviors prevention in adolescence: Concepts and management in multilevel approach* (2nd ed.). Bangkok: Danex Intercorporation. (in Thai)
- Reininger, B., Evans, A. E., Griffin, S. F., Valois, R. F., Vincent, M. L., Parra-Medina, D., ... Zullig, K. J. (2003). Development of a youth survey to measure risk behaviors, attitudes and assets: Examining multiple influences. *Health Education Research*, 184, 461–476. doi.org/10.1093/her/cyf046
- Reyes, B. D., Hargreaves, D. S., & Creese, H. (2021). Early-life maternal attachment and risky health behaviours in adolescence: Findings from the United Kingdom Millennium Cohort Study. *BMC Public Health* 21, 2039. doi.org/10.1186/s12889-021-12141-5
- Saelim, S., Moopayak, K., & Suwonnaroop, N. (2017). Factors related to alcohol drinking behavior of adolescents. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 37(3), 25-36. (in Thai).
- Schindler, A., & Bröning, S. (2015). A review on attachment and adolescent substance abuse: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Substance Abuse*, 36(3), 304-313. doi: 10.1080/08897077.2014.983586.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Routledge Academic.
- Srithong, A. (2015). *Sexual Intercourse and factors associating sexual intercourse among adolescent in Mae-ai District, Chiang Mai Province*. (Master's thesis). Chiang Mai University, Thailand.
- Thammaraksa, P., Powwattana, A., Wannasuntad, S., & Tipkanjanaraykha, K. (2019). Factors related to multiple risk behaviors among female secondary school students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 35(1), 224-238. (in Thai)
- Wiangkamon, S., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2017). Life assets and factors related to early smoking stage among male upper primary school students, Kalasin Province. *Journal of Public Health Nursing*, 31(2), 91-108. (in Thai).



Gender, Family Characteristics, and Internet Use on Risk Behaviors Among
Adolescents during the Covid-19 Pandemic: A Comparison Study
เพศ ลักษณะครอบครัว และการใช้อินเทอร์เน็ตต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น
ในช่วงการระบาดของโควิด-19: การศึกษาเปรียบเทียบ

บุศรา แสงสว่าง* Bussara Sangsawang*
นุชรีย์ แสงสว่าง** Nucharee Sangsawang**

Abstract

Risk behaviors remain a major public health concern during the COVID-19 pandemic. This comparative descriptive study aimed to compare the risk behaviors among adolescents who have differences in gender, family characteristics and internet use. Participants were 324 adolescents aged 10-19 years. Research instruments included the Adolescent Health Risk Behaviors questionnaire and Internet Use questionnaire. Descriptive statistics and the independent t-test were used to analyze the data.

The results of this study revealed that:

1. Most participants had lower levels of risk behaviors. The mean score was 27.38 (SD = 6.36).
2. Male adolescents had higher mean scores for risk behaviors than female adolescents (28.20 vs. 26.82, $t = 1.93$; $p < .05$).
3. Adolescents with divorced parents had higher mean scores for risk behaviors than adolescents without divorced parents (28.68 vs. 26.78, $t = 2.51$; $p < .01$).
4. Adolescents with internet use had higher mean scores for risk behaviors than adolescents without internet use (28.54 vs. 26.96, $t = 1.98$; $p < .05$).

The results of this study address the impacts of gender, family characteristic and internet use on risk behaviors among adolescents. This study could provide basic information for preventing risk behaviors among adolescents

Keywords: Risk behavior, Adolescent, Gender, Family characteristics, Internet Use

* Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

** Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University;
e-mail: twinnuch-swu@hotmail.com



บทคัดย่อ

พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญแม้ในช่วงการระบาดของโควิด-19 การวิจัยเชิงพรรณนาเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นในช่วงระบาดของโควิด-19 ตามปัจจัยด้านเพศ ลักษณะครอบครัว และการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต กลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นชายหญิง อายุ 10-19 ปี จำนวน 324 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบวัดข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น และแบบวัดการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับต่ำ ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 27.38 (SD = 6.36)
2. กลุ่มตัวอย่างชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มตัวอย่างหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.20 vs. 26.82, $t = 1.93$; $p < .05$)
3. กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะครอบครัวพ่อแม่หย่าร้างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มที่พ่อแม่มีสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.68 vs. 26.78, $t = 2.51$; $p < .01$)
4. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.54 vs. 26.96, $t = 1.98$; $p < .05$)

ผลการศึกษาทำให้เข้าใจลักษณะด้านเพศ ลักษณะครอบครัว การใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น และสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อกำหนดทิศทางการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้ต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมเสี่ยง วัยรุ่น เพศ ลักษณะครอบครัว การใช้สื่ออินเทอร์เน็ต

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

** ผู้เขียนหลัก, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ e-mail: twinnuch-swu@hotmail.com



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคติดต่อทางระบบทางเดินหายใจรุนแรงที่เป็นโรคอุบัติใหม่และได้รับการประกาศจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ให้เป็นโรคระบาดลูกกลมทั่วโลก (World Health Organization, 2020) ซึ่งการระบาดของโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบต่างๆตามมทั้งในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ เช่น มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นรวดเร็ว ถูกจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ ถูกเลิกจ้างงานหรือตกงาน เป็นต้น (Wang et al., 2020) จากผลกระทบที่รุนแรงในด้านต่างๆจึงทำให้รัฐบาลของทุกประเทศ รวมทั้งประเทศไทยมีการประกาศใช้มาตรการต่างๆเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายของโควิด-19 เช่น ปิดโรงเรียน สถานบันเทิงหรือห้างสรรพสินค้า จำกัดเวลาเปิดและปิดสถานบริการบางประเภท รักษาระยะห่าง ปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง จำกัดการเดินทาง และปิดการติดต่อระหว่างสถานที่ (lockdown) เป็นต้น (Lawson et al., 2020; Pereda & Diaz-Faes, 2020) การใช้มาตรการต่างๆที่เข้มงวดเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อบุคคลในทุกช่วงวัยและทุกระดับสังคม เช่น สูญเสียการติดต่อทางสังคม ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม รู้สึกโดดเดี่ยว ถูกจำกัดการทำกิจกรรมต่างๆ ไม่มีการจ้างงาน ถูกเลิกจ้างงาน ขาดรายได้ รวมทั้งเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางสุขภาพจิต เป็นต้น (Pereda & Diaz-Faes, 2020; Wang et al., 2020)

มาตรการควบคุมการแพร่กระจายของโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นเป็นอย่างมาก เนื่องจากวัยรุ่นเป็นช่วงของการเปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ เป็นช่วงของการพัฒนาความเป็นตัวตน ความมั่นใจ ความมีคุณค่าในตัวเอง (Wiguna et al., 2020) และยังเป็นช่วงที่ต้องการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับกลุ่มเพื่อนเพิ่มขึ้น ต้องการการยอมรับจากสังคมและกลุ่มเพื่อน รวมทั้งมักให้ความสำคัญกับเพื่อนมากกว่าครอบครัว (Octavius et al., 2020) ดังนั้น การใช้มาตรการที่เข้มงวดเพื่อควบคุมการระบาดของโควิด-19 อาทิเช่น ถูกจำกัดกิจกรรมทางสังคมต่างๆ ลดการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้าน ลดการเข้าเรียนในชั้นและเปลี่ยนรูปแบบเป็นเรียนออนไลน์แทน จึงส่งผลกระทบแก่วัยรุ่นเป็นอย่างมาก ทำให้อารมณ์ความรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกแยกออกจากสังคม สูญเสียความมั่นใจในตัวเอง และมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น (Loades et al., 2020; Rossi et al., 2020)

พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในช่วงโควิด-19 เกิดขึ้นเนื่องจากวัยรุ่นรู้สึกว่าการตนเองถูกคุกคามจากผลกระทบต่างๆในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่เกิดขึ้นกับตนเองและครอบครัว ทำให้อารมณ์ความรู้สึกถูกแยกออกจากสังคมหรือกลุ่มเพื่อน ร่วมกับบางครอบครัวเกิดปัญหาเศรษฐกิจ หรือผู้ปกครองตกงาน วัยรุ่นจึงรู้สึกว่าการใช้ชีวิตประจำวันของตนเองในช่วงการระบาดของโควิด-19 เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเป็นอย่างมาก วัยรุ่นบางรายจึงใช้วิธีการแก้ปัญหาที่ไม่เหมาะสม และนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้ เช่น ใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือทำร้ายตนเอง (Dumas et al., 2020; Shapiro et al., 2022; Shroff et al., 2022) พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวสามารถส่งผลกระทบต่อวัยรุ่นในระยะยาว และยังคงเป็นปัญหาสำคัญในทุกสถานการณ์ ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา

พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นตามคำจำกัดความขององค์การควบคุมและป้องกันโรค (Centers for Disease Control and Prevention, 2018) ร่วมกับแนวคิดของ อาภาพร เผ่าวัฒนา และคณะ (Powwattana et al., 2018) หมายถึง พฤติกรรมที่จะนำไปสู่การกระทำต่างๆที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพของตนเองได้ ประกอบด้วย การดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด การสูบบุหรี่ พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ พฤติกรรมใช้ความรุนแรง พฤติกรรมไม่ออกกำลังกาย และพฤติกรรมรับประทานอาหารไม่เหมาะสม (Kipping et al., 2015) ทั้งนี้วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง มักมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆร่วมด้วยและอาจกระทำพฤติกรรมนั้นต่อเนื่องได้จนถึงวัยผู้ใหญ่ จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่างๆตามมทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Champion et al., 2018; Thammaraksa et al., 2019) โดยผลกระทบด้านร่างกาย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร หรือเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด

(Arts et al., 2014) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ พบว่า เพิ่มความเสี่ยงต่อความวิตกกังวล ปัญหาสุขภาพจิต หรือความรู้สึกหมดคุณค่าในตัวเอง (Bannink et al., 2015) สำหรับผลกระทบด้านสังคม ได้แก่ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อย ถูกไล่ออกจากโรงเรียน มีความขัดแย้งในครอบครัว หรือมีงานที่ไม่มั่นคง (Kipping et al., 2015; Lemelin et al., 2014; Perera & Abeysena, 2018; Thammaraksa et al., 2019)

จากการศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในวัยรุ่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบในประเทศไทย วัยรุ่นมีอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในช่วงระหว่างปี 2557-2562 มีอายุเพียง 15.1-15.6 ปี (Bureau of Reproductive Health, 2020) สุกดิบหรือร้อยละ 13 ต้มแอลกอฮอล์ร้อยละ 36.5-87.9 มีเพศสัมพันธ์ขณะวัยรุ่นร้อยละ 29.8 ต้มแอลกอฮอล์และสุกดิบหรือร้อยละ 70.0-73.9 (Duangkaew et al., 2017; Thiraphattarapun et al., 2017) อยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนต่างเพศ ร้อยละ 37.4 แต่งตัวไม่เหมาะสม หรือล่อแหลม ร้อยละ 36.1 (Prachanno et al., 2017) ส่วนในต่างประเทศพบว่า วัยรุ่นต้มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 17.8-21.4 ต้มแอลกอฮอล์ร่วมกับสุกดิบ ร้อยละ 7.3-8.6 3 สุกดิบหรือร้อยละ 13.6-22.0 สุกดิบร่วมกับใช้สารเสพติดประเภทกัญชา ร้อยละ 11.4-13.6 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 16 ปี ร้อยละ 17.3 และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ร้อยละ 11.6-40.3 (Hale & Viner, 2016; Kipping et al., 2015; Reyes et al., 2021)

พฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นเกิดขึ้นได้จากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ การขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น การขาดความรู้เรื่องเพศ หรือขาดทักษะการปฏิเสธ (Duangkaew et al., 2017) สำหรับปัจจัยทางสังคม ได้แก่ การแยกกันอยู่กับพ่อแม่ ครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างกัน ความรุนแรงภายในครอบครัว การเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสม รูปแบบการเลี้ยงดูของผู้ปกครองที่เข้มงวดกวดขัน หรือเลี้ยงดูแบบปล่อยปละละเลย ความผูกพันที่ไม่มั่นคงในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี การไม่เห็นคุณค่าในตนเอง หรืออิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Lemelin et al., 2014; Samruayruen et al., 2017; Sihawong & Deeduangpan, 2017; Thammaraksa et al., 2019) รวมทั้งปัจจัยทางชีวภาพ เช่น การเปลี่ยนแปลงระบบประสาท (Lemelin et al., 2014)

สาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นโดยเฉพาะปัจจัยทางเพศ สามารถอธิบายได้ด้วยแนวคิดของทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Theory of triadic influence) (Flay & Petraitis, 1994) ที่กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมต่างๆของแต่ละบุคคลจะขึ้นอยู่กับคุณลักษณะภายในตัวของบุคคลนั้น ซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้ ทั้งนี้ปัจจัยด้านเพศจัดเป็นปัจจัยภายในของบุคคล (intrapersonal influence) ที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมต่างๆของแต่ละบุคคลได้ โดยเพศที่ต่างกันจะส่งผลต่อการกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เพศชายจะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้มากกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับผลการศึกษาต่างๆที่พบว่า วัยรุ่นเพศชายมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น สุกดิบ หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ได้มากกว่าวัยรุ่นเพศหญิง เนื่องจากวัยรุ่นเพศหญิงจะได้รับการอบรมสั่งสอน และปลูกฝังว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆเป็นสิ่งต้องห้าม และไม่เหมาะสมสำหรับผู้หญิง (Chidnayee & Yottavee, 2561; Duangkaew et al., 2017; Sawangtook & Thanon, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าลักษณะครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้าง หรือแยกทางกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้เช่นกัน สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีอิทธิพลสามทางในด้านปัจจัยระหว่างบุคคลหรือทางสังคมที่มีผลต่อการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคล และทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (attachment theory) โดยความรักใคร่ผูกพันระหว่างวัยรุ่นและพ่อแม่ เป็นสายใยความสัมพันธ์ทางอารมณ์ที่ถูกพัฒนาขึ้นตั้งแต่วัยเด็กกับตัวแทนความผูกพันของตน (attachment figure) และพัฒนาต่อเนื่องจนกลายเป็นความรักใคร่ผูกพันกับบุคคลอื่นต่อไป หากบุคคลมีพ่อแม่หรือตัวแทนความผูกพันตอบสนองความต้องการในช่วงวัยเด็ก และวัยรุ่น จะทำให้บุคคลนั้นมีความมั่นคง ปลอดภัย มีความไว้วางใจ และมีความรักใคร่ผูกพันที่มั่นคงกับพ่อแม่ของตนเอง และเป็นพื้นฐานสำคัญในการสร้างความมั่นคงทางอารมณ์และจิตใจต่อไป (Bowlby, 1969; Hazan &

Shaver, 1987) ในทางตรงข้าม หากครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง หรือแยกทางกัน พ่อแม่ไม่ได้ใกล้ชิดกับบุตรจึงไม่สามารถตอบสนองความต้องการของบุตรได้ ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ไม่ดี และทำให้บุตรของตนมีความผูกพันที่ไม่มั่นคง รู้สึกว่าตนเองไม่ปลอดภัย ไม่สามารถแก้ปัญหาของตนเองไม่ได้ จึงต้องแสวงหาความมั่นคงหรือความช่วยเหลือจากบุคคลภายนอกครอบครัว จนเสี่ยงต่อการถูกชักจูงไปตามกลุ่มเพื่อนหรืออิทธิพลของสื่อและก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆตามมาได้ (Fraley & Heffernan, 2013; Sihawong & Deeduangpan, 2017) การหย่าร้างของพ่อแม่จึงไม่เพียงแต่ทำให้วัยรุ่นต้องห่างเหินกับพ่อแม่ รู้สึกว่าตนเองไม่มั่นคงปลอดภัย รวมไปถึงต้องจัดการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆด้วยตนเองเพียงลำพังเท่านั้น หากแต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมเสี่ยงได้เช่นกัน โดยวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างกันมักมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงได้มากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน (Poogpan et al., 2019; Sihawong & Deeduangpan, 2017; Thammaraksa et al., 2019)

จากการศึกษายังพบอีกว่าการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตมีความเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้เช่นกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีอิทธิพลสามทางในด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมหรือทัศนคติ (Cultural environment/ Attitudinal influence) ที่มีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคล โดยการเข้าถึงสื่อหรือสิ่งกระตุ้นที่มีความสัมพันธ์ต่อการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงนั้น มักขึ้นอยู่กับลักษณะของความยากง่ายต่อการเข้าถึงสื่อของแต่ละบุคคล และเนื้อหาของสื่ออินเทอร์เน็ต วัยรุ่นที่สามารถเข้าถึงสื่อต่างๆที่มีเนื้อหาไม่เหมาะสมได้ง่ายจึงมีโอกาที่จะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้มากขึ้น หรือถูกกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้ง่ายขึ้น เนื่องจากมีโอกาสรับรู้พฤติกรรมต่างๆที่ถ่ายทอดผ่านทางสื่อได้มากขึ้น ส่งผลให้วัยรุ่นอยากลองทำตามพฤติกรรมนั้นๆบ้าง (Kawiso et al., 2564; Krajangsaeng et al., 2561) จึงพบว่าวัยรุ่นที่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่มีเนื้อหาไม่เหมาะสมมักมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้ใช้สื่ออินเทอร์เน็ต (Coyne et al., 2020; Ward, 2016)

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวในช่วงสถานการณ์ปกติ (Kawiso et al., 2564) จึงทำให้มีข้อจำกัดในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นและลักษณะส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีความสัมพันธ์กันในช่วงสถานการณ์ที่มีความวิกฤติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องศึกษาถึงลักษณะส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่มีผลต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในวัยรุ่น เพื่อให้ทราบถึงลักษณะเฉพาะของวัยรุ่นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆต่อไป ผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการศึกษานี้จะนำมาใช้เฝ้าระวังกลุ่มวัยรุ่นที่มีลักษณะเฉพาะดังกล่าวต่อการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง และสามารถนำมาพัฒนาเป็นแนวทางเฝ้าระวังและลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้อย่างเหมาะสมในสถานการณ์ที่คล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ตามปัจจัยด้านเพศ ลักษณะครอบครัว และการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต

คำถามการวิจัย

1. ลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เป็นอย่างไร
2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นในช่วงระบาดของโควิด-19 แตกต่างตามปัจจัยด้านเพศ ลักษณะครอบครัว และการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดของทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Flay & Petraitis, 1994) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่บูรณาการกับทฤษฎีทางพฤติกรรมสุขภาพที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมาอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่มีความซับซ้อนและเป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกัน กล่าวคือ บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดก็ตามเป็นผลมาจากอิทธิพลของสามกลุ่มปัจจัย ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมหรือทัศนคติ เช่น บุคคลที่เป็นที่รู้จักโรงเรียน หรือสื่อ ซึ่งเป็นแหล่งสำคัญของการให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ 2) ปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ ลักษณะส่วนบุคคลและลักษณะพันธุกรรม และ 3) ปัจจัยระหว่างบุคคลหรือทางสังคม ที่เป็นปัจจัยรอบๆบุคคล เช่น ลักษณะครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดูของครอบครัว ค่านิยมของครอบครัว หรือเพื่อนบ้าน โดยทั้งสามกลุ่มปัจจัยจะเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของบุคคลและนำไปสู่ความตั้งใจที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมต่างๆ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่ามีปัจจัยสำคัญ 3 ปัจจัยที่คาดว่าจะเกี่ยวข้องกับการทำพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ได้แก่ เพศ ลักษณะครอบครัว และการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต

เพศ จัดเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีอิทธิพลสามทาง ของเพลย์ และปีทรัสตีส (Flay & Petraitis, 1994) ซึ่งนำมาอธิบายได้ว่า เพศมีส่วนต่อการตัดสินใจและกระทำพฤติกรรมต่างๆของบุคคล เพศที่ต่างกันจะทำให้วัยรุ่นมีการกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างกันได้ ทั้งนี้เพศชายจะมีการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ หรือมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมได้มากกว่าเพศหญิง เนื่องจากโดยส่วนใหญ่เพศหญิงจะได้รับการปลูกฝังว่าไม่ควรกระทำพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังกล่าวมากกว่าเพศชาย (Chidnayee & Yottavee, 2561; Sawangtook & Thanon, 2015)

ลักษณะครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้าง จัดเป็นปัจจัยระหว่างบุคคลหรือทางสังคมตามแนวคิดของทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Flay & Petraitis, 1994) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิดของทฤษฎีความรักใคร่ผูกพันของโบว์ลบี และฮาร์ซาน และชาร์เวอร์ (Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1987) ที่สามารถอธิบายลักษณะครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างได้ ซึ่งครอบครัวพ่อแม่หย่าร้างกัน จะส่งผลให้วัยรุ่นมีความรู้สึกท้อแท้ หดหู่ อดทนไม่ได้ รับการตอบสนอง หรือปกป้องจากพ่อแม่ตนเอง ตามหลักการตอบสนองจากตัวแทนความผูกพันของตนเอง (Hazan & Zeifman, 1999) จึงทำให้วัยรุ่นที่เผชิญกับสถานการณ์ที่คุกคามตนเองและไม่ได้รับการตอบสนองจากพ่อแม่ของตน มีความรู้สึกไม่ปลอดภัย ไม่มั่นคง ไม่ไว้วางใจ หรือรู้สึกแยกจากสิ่งที่พึ่งพาได้ จึงกระทำพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาของตนเอง หรือแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นภายนอกครอบครัว จนมีแนวโน้มที่อาจถูกชักจูงให้ทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้ (Fraley & Heffernan, 2013; Sihawong & Deeduangpan, 2017; Thammaraksa et al., 2019)

การใช้สื่ออินเทอร์เน็ต จัดเป็นปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมหรือทัศนคติ (Cultural environment/Attitudinal influence) ตามแนวคิดของทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Flay & Petraitis, 1994) ซึ่งการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตนั้น เป็นการใช้สื่อรูปแบบหนึ่งที่มีผลทำให้บุคคลตัดสินใจและทำพฤติกรรมต่างๆ โดยขึ้นอยู่กับความยากง่ายของการเข้าถึงสื่อและเนื้อหาของสื่อ ทั้งนี้หากมีการเข้าถึงสื่อที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้ง่าย มักทำให้วัยรุ่นมีโอกาสรับรู้และถูกกระตุ้นให้ทำพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่ายมากขึ้น จึงมีแนวโน้มในการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้เพิ่มมากขึ้น (Kawiso et al., 2564; Krajangsaeng et al., 2561; Coyne et al., 2020; Ward, 2016)

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเชิงเปรียบเทียบ (Comparative descriptive study) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นตามปัจจัยด้านเพศ ลักษณะครอบครัว และการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นชายและหญิง ที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี ในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นชายและหญิงที่อาศัยในจังหวัดอยุธยา ระยอง เชียงราย อุบลราชธานี เพชรบุรี และ นครศรีธรรมราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ เป็นนักเรียนชายและหญิงอายุ 10 - 19 ปี มีสุขภาพแข็งแรง และได้รับอนุญาตจากให้เข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัด จากทั่วทั้ง 6 ภูมิภาคในประเทศไทย โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยสุ่มจับฉลาก ภูมิภาคละ 1 จังหวัด ด้วยการจับฉลากได้ 6 จังหวัด คือ จังหวัดอยุธยา ระยอง เชียงราย อุบลราชธานี เพชรบุรี และ นครศรีธรรมราช

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอจากจังหวัดอยุธยา ระยอง เชียงราย อุบลราชธานี เพชรบุรี และ นครศรีธรรมราช โดยสุ่มจับฉลากจังหวัดละ 1 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกโรงเรียน โดยสุ่มจับฉลากจากอำเภอละ 1 โรงเรียน แล้วจึงจับฉลากโรงเรียนละ 1 ห้องเรียน

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ถูกกำหนดจากการอ้างอิงจำนวนกลุ่มตัวอย่างของการวิเคราะห์โมเดลสมการ โครงสร้างและการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ใช้วิเคราะห์ คือ 200 ราย (Schumacker & Lomax, 2010) จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในครั้งนี้จึงมีจำนวนอย่างน้อย 200 คน และ ผู้วิจัยได้คำนวณเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 30% ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้จึงมีทั้งหมด 260 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามที่ให้เลือกตอบและเติมข้อความ เช่น อายุ เพศ ระดับ การศึกษา ลักษณะครอบครัว บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ลักษณะของผู้ปกครอง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว บุคคลที่ให้การสนับสนุน อายุที่เรียนรู้เพศศึกษาครั้งแรก และผู้ให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา เป็นต้น

2. แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (Adolescent Health Risk Behaviors Questionnaire) ผู้วิจัย ประยุกต์ขึ้นจากเครื่องมือวัดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นของโลนิงเจอร์ และคณะ (Reininger et al., 2003) ที่สามารถ นำมาอธิบายพฤติกรรมเสี่ยงได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย เพื่อใช้ สำหรับประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆของวัยรุ่นในการศึกษานี้ คือ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรม เสี่ยงทางเพศ แบบสอบถามนี้ทั้งหมด 10 ข้อคำถาม และเป็นแบบประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยมากที่สุด) ถึง 5 (เห็นด้วยมากที่สุด) มีคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 10 ถึง 50 คะแนน

การแปลผลคะแนน คือ คะแนนยิ่งสูงยิ่งมีความเสี่ยงของพฤติกรรมมาก โดยเทียบกับค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมเสี่ยงทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง หากมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าค่าเฉลี่ย หมายความว่า มีพฤติกรรม เสี่ยงอยู่ในระดับสูง แต่หากมีคะแนนน้อยกว่าค่าเฉลี่ย หมายความว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ แบบวัด พฤติกรรมเสี่ยงที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นนี้มีต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปล ย้อนกลับ สำหรับการศึกษาแบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .78

3. แบบวัดการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต (Internet Use Questionnaire) แบบวัดนี้ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้สำหรับประเมินการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 เป็นข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ ลักษณะแบบเลือกตอบ (dichotomous) โดยถาม กลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คือ “ท่านใช้สื่อ อินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ส่งรูปภาพหรือข้อความที่ไม่เหมาะสม ส่งรูปภาพที่เกี่ยวกับเรื่องทาง

เพศ คู่มือหรือภาพลามกอนาจาร คู่มือที่มีฉากสุมบุหรืหรือดื่มแอลกอฮอล์ คู่มือที่มีฉากสุมบุหรืหรือดื่มแอลกอฮอล์” คำตอบมีค่าคะแนน 1 คือ วัยรุ่นเคยมีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง และคำตอบ 0 คือ วัยรุ่นไม่เคยใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง คะแนนรวมสูงสุดและต่ำสุดอยู่ระหว่าง 0 ถึง 1 คะแนน การแปลผลคะแนนคือ คะแนน 1 คะแนน แสดงว่าวัยรุ่นมีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบวัดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น มีต้นฉบับเป็นภาษาอังกฤษ ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำมาแปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธีแปลย้อนกลับ (Brislin et al., 1973) โดยผ่านการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำแบบวัดที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางภาษาไทยและภาษาต่างประเทศจากสถาบันภาษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เป็นผู้แปลย้อนกลับจากภาษาไทยแล้วกลับเป็นภาษาอังกฤษ จากนั้นนำแบบวัดต้นฉบับภาษาอังกฤษและแบบวัดภาษาอังกฤษที่แปลกลับจากภาษาไทยมาเปรียบเทียบกัน พบว่าต้นฉบับภาษาอังกฤษทั้งสองส่วนมีเนื้อหาตรงกัน

แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นที่แปลเป็นภาษาไทยแล้วถูกนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์บาลเด็ก มารดาทารกและการผดุงครรภ์ และสุขภาพจิต รวมทั้งสิ้นจำนวน 5 ราย ตรวจสอบความเหมาะสมและความสอดคล้องกับสังคมไทย และถูกนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่นแบบความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยคำนวณหาค่า Cronbach's alpha coefficient กับกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ใบรับรองเลขที่ SWUEC-172/2563E ทั้งนี้ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นช่วงที่มีสถานการณ์แพร่ระบาดของโควิด-19 การรวบรวมข้อมูลจึงจำเป็นต้องดำเนินการในรูปแบบออนไลน์เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด-19 ดังนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดไปลงใน Google forms แล้วนำไปสร้าง QR code สำหรับการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยและใช้รวบรวมข้อมูลวิจัยหลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code ของเอกสารชี้แจงโครงการวิจัยที่ประกอบด้วยรายละเอียดของวัตถุประสงค์ ประโยชน์ การปกปิดชื่อและการรักษาความลับ ซึ่งจัดทำอยู่ในรูปแบบเอกสารออนไลน์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากกว่า 18 ปี และผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ได้รับทราบข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วนและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อยินยอมให้ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจของตนเอง ไม่มีการบังคับขู่เข็ญหรือชักจูงหลอกล่อให้เข้าร่วมวิจัย เมื่อเข้าร่วมการวิจัยแล้วกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใดๆ ให้ผู้วิจัยทราบ และการปฏิเสธโครงการวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อการประเมินผล การได้รับบริการการศึกษา หรือผลประโยชน์ต่างๆ ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับจากสถานศึกษาของตนเองทั้งสิ้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ จะกดปุ่ม “ยอมรับเข้าร่วมวิจัย” ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง การนำเสนอผลการวิจัยจะถูกนำมาเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น โดยจะไม่มีการเปิดเผยรายชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้ในคอมพิวเตอร์ เฉพาะผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเท่านั้นที่มีรหัสเปิดเข้าคอมพิวเตอร์และแฟ้มข้อมูลทั้งหมด หลังจากผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการครบถ้วนแล้วไฟล์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการวิจัยได้แล้ว ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจำนวน 6 คน ที่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับรายละเอียดต่างๆของโครงการวิจัย รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และวิธีการตอบแบบสอบถามในรูปแบบออนไลน์แล้ว ดำเนินการรวบรวมข้อมูลด้วยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ จากการติดต่อประกาศเชิญชวนเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะแนะนำตัวเองและให้กลุ่มตัวอย่างสแกน QR code ในส่วนของเอกสารชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของโครงการวิจัย วิธีการตอบแบบสอบถามและการยินยอมเข้าร่วมวิจัยจนกลุ่มตัวอย่างเข้าใจแล้ว จึงขอให้กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาหลังเลิกเรียนตอบแบบสอบถามออนไลน์ผ่านทาง Google form ด้วยการสแกน QR code ในส่วนของแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างที่ถูกส่งเข้ามาในระบบ Google forms จะไม่มีการระบุชื่อ-สกุลของกลุ่มตัวอย่าง และจะถูกตรวจสอบความครบถ้วนและนำมาวิเคราะห์ทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น ด้วยสถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ตามปัจจัยด้าน เพศ ลักษณะครอบครัว การใช้สื่ออินเทอร์เน็ต ด้วยสถิติ t-test ภายหลังการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการกระจายข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test (KS) แล้วพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19

กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 324 ราย เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.7 เพศหญิง ร้อยละ 59.3 มีอายุระหว่าง 13-18 ปี ($\bar{X}$ = 15.26 ปี, SD = 1.30) ศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 57.7 และศึกษาชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 58.3 อยู่อาศัยในครอบครัวเดี่ยว และพักอาศัยอยู่ร่วมกับพ่อแม่ และสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 42.0 พ่อมีอายุเฉลี่ย 45.4 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 25.3 และมีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 25.3 ส่วนแม่มีอายุเฉลี่ย 42.9 ปี จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 29.0 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 27.8 พ่อแม่ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.5 หย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 31.5 รายได้ครอบครัวเฉลี่ย 24,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีแม่เป็นผู้ให้การสนับสนุน ร้อยละ 59.4

กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาครั้งแรกเมื่ออายุเฉลี่ย 10.96 ปี กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 41.0 ระบุว่ามีความรู้เป็นผู้ที่ให้คำปรึกษาเรื่องเพศศึกษา กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73.14 ไม่มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ขณะที่บางส่วนร้อยละ 26.85 มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนลักษณะของพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น พบว่า มีการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ร้อยละ 11.2, 13.4 และ 7.4 ตามลำดับ และมีพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกัน 2 พฤติกรรมขึ้นไป คือ ดื่มแอลกอฮอล์ร่วมกับใช้สารเสพติด ร้อยละ 15.73 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นอยู่ในช่วง 10-41 คะแนน ($\bar{x}$ = 27.38, SD = 6.36) และมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 46.92 และอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 53.08



ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นช่วงระบาดของโควิด-19 ตามปัจจัยด้าน

เพศ

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นของกลุ่มวัยรุ่นชายเท่ากับ 28.20 (SD. = 6.58) และวัยรุ่นหญิงเท่ากับ 26.82 (SD. = 6.15) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นระหว่างสองกลุ่มพบว่ากลุ่มวัยรุ่นชายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.20 vs. 26.82, $t = 1.93$; $p < .05$) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ตามปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นของกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้าง/แยกกันอยู่ เท่ากับ 28.68 (SD = 5.83) และวัยรุ่นกลุ่มที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่มีสถานภาพสมรสเท่ากับ 26.78 (SD = 6.51) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้าง/แยกกันอยู่มีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่มีสถานภาพสมรสอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.68 vs. 26.78, $t = 2.51$; $p < .01$) (ตารางที่ 1)

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ตามปัจจัยด้านการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต

พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นของกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับ 28.54 (SD = 5.90) และวัยรุ่นที่ไม่มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับทางพฤติกรรมเสี่ยงเท่ากับ 26.96 (SD = 6.47) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นระหว่างสองกลุ่ม พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.54 vs. 26.96, $t = 1.98$; $p < .05$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นตามปัจจัยด้าน เพศ ลักษณะครอบครัว และการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง (n= 324)

ตัวแปร	พฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น (mean $\pm$ SD)	Significance	Mean difference	(95% CI)
เพศชาย	28.20 $\pm$ 6.58	$t = 1.930$,	1.38	-.027, 2.79
เพศหญิง	26.82 $\pm$ 6.15	$p < 0.05$		
ลักษณะครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง	28.68 $\pm$ 5.83	$t = 2.516$,	1.89	.413, 3.38
ลักษณะครอบครัวที่พ่อแม่มีสถานภาพสมรส	26.78 $\pm$ 6.51	$p < 0.01$		
ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง	28.54 $\pm$ 5.90	$t = 1.989$,	1.57	.017, 3.13
		$p < 0.05$		

การอภิปรายผล

1. ลักษณะส่วนบุคคลและพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่างช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19

จากการศึกษา พบว่าลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 13-18 ปี ส่วนใหญ่พ่อแม่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 68.5 มีการหย่าร้าง/แยกกันอยู่ ร้อยละ 31.5 และพักอาศัยอยู่กับพ่อแม่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว ร้อยละ 42.0 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ทำการศึกษากับวัยรุ่นในช่วงสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19 โดยพบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ร่วมกันถึงร้อยละ 67.6 มีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่อาศัยในครอบครัวที่มีการหย่าร้างกัน (Dumas et al., 2020) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าช่วงการระบาดของโควิด-19 บุคคลส่วนใหญ่จำเป็นต้องปฏิบัติตามมาตรการควบคุมการระบาดที่เข้มงวด เช่น รักษาระยะห่าง ปิดโรงเรียน จำกัดการเดินทาง จึงทำให้บุคคลต้องอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกัน ได้ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ร่วมกันกับสมาชิกคนอื่นๆในครอบครัว ทำให้มีการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันเพิ่มขึ้น จนมีความเข้าใจและเห็นใจซึ่งกันและกัน การหย่าร้างจึงอาจน้อยลงได้ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 73.14 ไม่มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตทางพฤติกรรมเสี่ยง ขณะที่เพียงบางส่วนร้อยละ 26.85 มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตทางพฤติกรรมเสี่ยง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 สามารถส่งผลกระทบต่อประชาชนทุกช่วงอายุโดยเฉพาะในวัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รูปแบบการใช้ชีวิต และยังมีข้อจำกัดอย่างยิ่งในการทำกิจกรรมต่างๆร่วมกับกลุ่มเพื่อน ส่งผลให้วัยรุ่นได้รับผลกระทบจากการระบาดของโควิด-19 และรับรู้ว่าการระบาดของโควิด-19 เป็นภาวะวิกฤติของตนเอง ที่สามารถระบอบต่อการพัฒนาด้านต่างๆของวัยรุ่นได้โดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต จึงทำให้วัยรุ่นมีความวิตกกังวลและความเครียดเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในช่วงการระบาดโควิด-19 วัยรุ่นยังมีการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อติดต่อกับกลุ่มเพื่อนตลอดเวลาจึงส่งผลกระทบต่อการทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น ใช้แอลกอฮอล์ สารเสพติด หรือสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น (Dumas et al., 2020; Gonçalves et al., 2020; Shapiro et al., 2022; Wiguna et al., 2020) ดังนั้นในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19 ทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ จึงพบได้ว่าวัยรุ่นยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่

สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าลักษณะของพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น มีการสูบบุหรี่และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 11.2 และ 13.4 ตามลำดับ วัยรุ่นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 53.08) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำ เช่นเดียวกับผลการศึกษาในต่างประเทศช่วงการระบาดโควิด-19 ที่พบว่า วัยรุ่นยังมีการดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด เช่น ัญชา เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน ร้อยละ 25.33-36.17 (Dodge et al., 2021; Dumas et al., 2020) อาจเนื่องจากการใช้ชีวิตประจำวันของวัยรุ่นในช่วงการระบาดของโควิด-19 มีการเปลี่ยนแปลง เช่น ถูกจำกัดกิจกรรมภายนอกบ้าน ลดกิจกรรมทางสังคมกับกลุ่มเพื่อน หรือเรียนในรูปแบบออนไลน์ จึงทำให้รับรู้ว่าการระบาดดังกล่าวเป็นสิ่งที่คุกคามสำหรับวัยรุ่น จนทำให้วัยรุ่นใช้วิธีการแก้ปัญหาไม่เหมาะสมและมีแนวโน้มที่จะพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้ (Dumas et al., 2020; Shapiro et al., 2022; Shroff et al., 2022)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นตามปัจจัยด้านเพศ

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในภาพรวมพบว่า วัยรุ่นชายมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.20 vs. 26.82, $t = 1.93$; $p < .05$) (ตารางที่ 1) แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นชายและวัยรุ่นหญิงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า วัยรุ่นชายจะมีการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้มากกว่าวัยรุ่นหญิง ทั้งนี้จากผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า เพศ (gender) เป็นปัจจัยที่สำคัญและมีความสัมพันธ์ต่อการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือเพศหญิงและชายจะมีพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้แตกต่างกัน โดยที่

วัยรุ่นเพศชายมีการกระทำหรือมีโอกาสเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้มากกว่าวัยรุ่นเพศหญิง สอดคล้องกับทฤษฎีอิทธิพลสามทาง (Theory of triadic influence) (Flay & Petraitis, 1994) ในส่วนของปัจจัยภายในตัวบุคคลและแนวคิดมาตรฐานเชิงซ้อน (Double standard) ที่กล่าวว่า การกระทำพฤติกรรมของบุคคลจะขึ้นอยู่กับลักษณะภายในตัวบุคคลนั้น ประกอบกับวัยรุ่นเพศชายมีความซื่อสัตย์ ต้องการความท้าทายและการยอมรับจากกลุ่มเพื่อนมากกว่าวัยรุ่นหญิง และยังมีการติดตามและควบคุมจากครอบครัวได้น้อยกว่าวัยรุ่นเพศหญิง จึงทำให้วัยรุ่นชายมีการแสดงออกถึงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้อย่างเปิดเผยและเป็นที่ยอมรับได้มากกว่าวัยรุ่นหญิง รวมทั้งเพศหญิงมักจะได้รับกรอบมาให้ควบคุมพฤติกรรมตนเองและไม่ควรทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงทำให้เพศหญิงมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยกว่าเพศชาย (Chidnaye & Yottavee, 2561; Duangkaew et al., 2017; Sawangtook & Thanoo, 2015) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยที่พบว่า วัยรุ่นเพศชายมีโอกาสกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้มากกว่าวัยรุ่นเพศหญิง ถึง 1.09-2.80 เท่า (Duangkaew et al., 2017) และยังพบว่าวัยรุ่นชายมีพฤติกรรมเสี่ยง ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้มากกว่าวัยรุ่นหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Sawangtook & Thanoo, 2015) รวมทั้งมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ มีการแสดงพฤติกรรมทางเพศ และอยู่ใกล้ชิดกับเพื่อนสนิทต่างเพศได้สูงกว่าวัยรุ่นเพศหญิง (Prachanno et al., 2017) สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า วัยรุ่นเพศชายจะมีการแสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติด ได้มากกว่าวัยรุ่นเพศหญิง (Chan, 2021)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นตามปัจจัยด้านลักษณะครอบครัว

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในภาพรวมพบว่า วัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่พ่อแม่อยู่ร่วมกันหรือมีสถานภาพสมรส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.68 vs. 26.78, $t = 2.52$; $p < .01$) (ตารางที่ 2) แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างและวัยรุ่นที่อยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ร่วมกันมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีความรักใคร่ผูกพัน (Bowlby, 1969; Hazan & Shaver, 1987) ดังนี้ การที่วัยรุ่นที่เติบโตขึ้นมาหรืออาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีความอบอุ่นหรือพ่อแม่อยู่ร่วมกันจะทำให้วัยรุ่นได้รับการตอบสนอง เอาใจใส่ ดูแลและมีการติดตามใกล้ชิดจากพ่อแม่ จึงทำให้ตนเองรู้สึกปลอดภัย รู้สึกมั่นคง มีความมั่นใจ จึงทำให้มีการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ต่อไป อย่างไรก็ตามหากวัยรุ่นเติบโตขึ้นมาหรืออาศัยอยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่ ซึ่งมักเป็นครอบครัวที่มีสัมพันธภาพไม่ดี ทำให้วัยรุ่นไม่ได้รับการตอบสนองจากพ่อแม่ ขาดการติดตามและเอาใจใส่ใกล้ชิด จึงทำให้วัยรุ่นมีความรู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย การใส่ใจดูแลพฤติกรรมต่างๆ ของวัยรุ่นลดลง จนทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการกระทำพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นได้ (Bowlby, 1969; Feeney & Monin, 2008; Fraley & Heffernan, 2013; Kim & Miller, 2020; Thammaraksa et al., 2019)

นอกจากนี้ การหย่าร้างของพ่อแม่ยังส่งผลให้วัยรุ่นไม่ได้รับความใกล้ชิด ไม่ได้รับการตอบสนองจากครอบครัว มีความรักใคร่ผูกพันระหว่างพ่อแม่ลดลง รวมทั้งขาดแบบอย่างที่ดีในการดำเนินชีวิตเมื่อเข้าสู่ผู้ใหญ่ จึงต้องแสวงหาความใกล้ชิด ความรักใคร่จากกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลอื่นแทนสมาชิกในครอบครัวมากขึ้นเพื่อทดแทนความรู้สึกใกล้ชิด ความรักใคร่ ความมั่นคง ความมั่นใจและการตอบสนองจากครอบครัว จึงทำให้วัยรุ่นมีโอกาสถูกชักนำให้มีแนวโน้มที่กระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ได้โดยง่าย (Niyomrat, 2018; Sihawong & Deeduangpan, 2017) สอดคล้องกับผลการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ซึ่งพบว่าวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้างกันมักมีโอกาสกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น พฤติกรรมใช้สารเสพติด หรือมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศได้สูงกว่าวัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ร่วมกัน (Kim & Miller,

2020; Niyomrat, 2018; Sihawong & Deeduangpan, 2017) นอกจากนี้ ยังพบว่าวัยรุ่นหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้างหรือแยกกันอยู่มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงได้มากกว่าวัยรุ่นหญิงที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ด้วยกันถึง 2.47 เท่า (Thammaraksa et al., 2019)

4.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นตามปัจจัยด้านการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่นในภาพรวมพบว่า วัยรุ่นที่มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (28.54 vs. 26.96, $t = 1.98$; $p < .05$) (ตารางที่ 3) แสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นที่มีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงและกลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถให้เหตุผลตามทฤษฎีอิทธิพลสามทางในด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมทางวัฒนธรรมหรือทัศนคติ (Flay & Petraitis, 1994) ได้ว่า วัยรุ่นเป็นช่วงที่เปลี่ยนผ่านจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่ จึงเป็นช่วงที่มีการพัฒนาและค้นหาความเป็นตนเอง เป็นช่วงที่ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อนมากกว่าพ่อแม่ และยังต้องการการยอมรับจากสังคม (Octavius et al., 2020; Wiguna et al., 2020) นอกจากนี้วัยรุ่นยังเป็นช่วงที่เริ่มมีความสนใจต่อเพศตรงข้าม และมีอารมณ์อ่อนไหวได้ง่าย จึงไวต่อการถูกกระตุ้นจากสิ่งเร้าต่างๆในสังคมได้มาก เช่น จากสื่ออินเทอร์เน็ต เป็นต้น ซึ่งสื่ออินเทอร์เน็ตที่มีเนื้อหาไม่เหมาะสม หรือเกี่ยวกับเรื่องเพศ การดื่มแอลกอฮอล์ หรือการใช้สารเสพติด รวมทั้งการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว และการเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตได้หลายช่องทาง อาทิ เช่น Facebook, Tiktok, หรือ Instagram ล้วนแต่มีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมต่างๆของแต่ละบุคคล จึงทำให้วัยรุ่นที่สามารถเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตที่มีเนื้อหาไม่เหมาะสมหรือเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงได้หลากหลายเกิดการรับรู้และเลียนแบบพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมดังที่ปรากฏขึ้นตามสื่อ จนส่งผลให้วัยรุ่นมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้ (Coyne et al., 2020; Kawsiso et al., 2564; Prachanno et al., 2017)

นอกจากนี้ในช่วงที่มีการระบาดของโควิด-19 ร่วมกับการใช้มาตรการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโคโรนาไวรัส ทำให้วัยรุ่นต้องปรับรูปแบบการเรียนรู้เป็นเรียนในรูปแบบออนไลน์ และถูกจำกัดกิจกรรมให้อยู่ในบ้านเพิ่มขึ้น จึงทำให้วัยรุ่นมีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นและเข้าถึงสื่ออินเทอร์เน็ตได้สะดวกง่ายดายมากยิ่งขึ้น (Dumas et al., 2020; Octavius et al., 2020) ร่วมกับการที่วัยรุ่นอาศัยอยู่ในครอบครัวพ่อแม่หย่าร้างกัน ก็ยังทำให้วัยรุ่นขาดการติดตาม ขาดการควบคุมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ต และขาดการชี้แนะให้เห็นถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมรวมถึงพฤติกรรมเสี่ยงที่ต้องหลีกเลี่ยง จึงทำให้วัยรุ่นมีความเสี่ยงต่อการกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆได้เพิ่มมากขึ้น (Thammaraksa et al., 2019) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย พบว่าการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดูสื่อลามก ดูสื่อที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับการสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์ รวมถึงการเข้าถึงสื่อที่ยุยงความรู้สึกทางเพศ ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในวัยรุ่นได้ (Krajangsaeng et al., 2561; Kawsiso et al., 2564; Prachanno et al., 2017) เช่นเดียวกับการศึกษาในวัยรุ่น ที่พบว่าการเข้าใช้สื่อสังคมออนไลน์ที่เกี่ยวกับเรื่องเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Muanphetch et al., 2020) ส่วนงานวิจัยในต่างประเทศ พบว่าวัยรุ่นที่ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เกี่ยวกับเรื่องเพศมักมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมเสี่ยงได้มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้ใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับเรื่องเพศด้วยเช่นกัน (Coyne et al., 2020; Ward, 2016)

จากสถานการณ์ของโควิด-19 ที่แพร่กระจายทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ ส่งผลให้วัยรุ่นบางส่วนยังคงกระทำพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆจนกลายเป็นปัญหาที่สำคัญได้ จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่าลักษณะส่วนบุคคลของวัยรุ่นทางด้านเพศ ลักษณะครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้าง และการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับ



พฤติกรรมเสี่ยง ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถอธิบายการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยรุ่นเพศชาย วัยรุ่นที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้าง และมีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง มักมีแนวโน้มกระทำพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นได้มากกว่าวัยรุ่นที่มีลักษณะตรงกันข้าม หากมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้วัยรุ่น โดยเฉพาะวัยรุ่นเพศชาย หรือวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวที่พ่อแม่มีการหย่าร้างมีการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตอย่างเหมาะสม อาจช่วยป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในวัยรุ่นให้ลดลงในช่วงสถานการณ์ที่มีความวิกฤติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากมีสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นได้อีกในประเทศไทย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการทางการพยาบาล

ผลการวิจัยสามารถนำเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดแนวทางป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น โดยกำหนดแนวทางคัดกรอง ติดตาม และเฝ้าระวัง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นที่อาศัยในครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง หรือใช้อินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงเป็นประจำ รวมทั้งส่งเสริมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตที่เหมาะสมในวัยรุ่น เพื่อลดการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น

ด้านการศึกษาพยาบาล

ผลการศึกษาถึงลักษณะสำคัญของวัยรุ่นด้านเพศ ลักษณะครอบครัวที่พ่อแม่หย่าร้าง และการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยง สามารถนำไปเป็นแนวทางจัดการเรียนรู้เพื่อให้บัณฑิตพยาบาลศาสตร์ มีความตระหนักและเรียนรู้วิธีป้องกันการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ และส่งเสริมให้วัยรุ่นใช้สื่ออินเทอร์เน็ตได้อย่างเหมาะสม เพื่อช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆในวัยรุ่นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการใช้สื่ออินเทอร์เน็ตอย่างเหมาะสมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่น
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงพฤติกรรมเสี่ยงในวัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ เช่น วัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในระบบการศึกษาต่างๆ วัยรุ่นที่อาศัยกับปู่ย่าตายายตามลำพัง หรือวัยรุ่นที่มีความเปราะบางในสถานสงเคราะห์ เป็นต้น เพื่อให้ผลการศึกษาสามารถครอบคลุมทุกกลุ่มตัวอย่าง

References

- Arts, J., Fernandez, M. L., & Lofgren, I. E. (2014). Coronary heart disease risk factors in college students. *Advances in Nutrition*, 5(2), 177–187. doi:10.3945/an.113.005447
- Bannink, R., Broeren, S., Heydelberg, J., van't Klooster, E., & Raat, H. (2015). Depressive symptoms and clustering of risk behaviours among adolescents and young adults attending vocational education: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 15, 396. doi:10.1186/s12889-015-1692-7
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Brislin, R. W., Lonner, W., & Thorndike, R. (1973). *Cross-cultural research methods*. New York: Willy.
- Bureau of Reproductive Health. (2020). *Reproductive health of adolescents and youth situation in 2019*. Retrieved from https://www.anamai.moph.go.th/webupload/migrated/files/rh/n86_0559234e9637e6dbb75f01b6e1e1a1aa_สถานการณ์RH_2562_Website.pdf



- Center for Disease Control and Prevention. (2019). *Youth risk behavior surveillance system (YRBSS)*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>
- Champion, K. E., Mather, M., Spring, B., Kay-Lambkin, F., Teesson, M., & Newton, N. C. (2018). Clustering of multiple risk behaviors among a sample of 18-year-old Australians and associations with mental health outcomes: A latent class analysis. *Frontiers in Public Health*, 7(6),135. doi: 10.3389/fpubh.2018.00135
- Chan, H. C. O. (2021). Risky sexual behavior of young adults in Hong Kong: An exploratory study of psychosocial risk factors. *Frontiers in Psychology*, 12, 658179. doi:10.3389/fpsyg.2021.658179
- Chidnayee, S., & Yottavee, W. (2561). Factors related with smoking behaviors of youth at Uttaradit. *Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 10(1), 83–93. (in Thai)
- Coyne, S. M., Rogers, A. A., Zurcher, J. D., Stockdale, L. & Booth, M. (2020). Does time spent using social media impact mental health? An eight year longitudinal study. *Computers in Human Behavior*, 104, 106160. doi.org/10.1016/j.chb.2019.106160
- Dodge, K. A., Skinner, A. T., Godwin, J., Bai, Y., Lansford, J. E., ... Bates, J. E. (2021). Impact of the COVID- 19 pandemic on substance use among adults without children, parents, and adolescents. *Addictive Behaviors Reports*, 14, 100388. doi.org/10.1016/j.abrep.2021.100388
- Duangkaew, K., Powwattana, A., & Auemaneekul, N. (2017). Factors related to multiple risk behaviors among vocational students in Bangkok. *Journal of Public Health Nursing*, 31(1), 75-96. (in Thai)
- Dumas, T. M., Ellis, W., & Litt, D. M. (2020). What does adolescent substance use look like during the COVID-19 pandemic? Examining changes in frequency, social contexts, and pandemic related predictors. *The Journal of Adolescent Health*, 67(3), 354–361. doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.06.018
- Feeney, B. C., & Monin, J. K. (2008). An attachment-theoretical perspective on divorce. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 934–957). New York: The Guilford Press.
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1994). The theory of Triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.
- Fraley, R. C., & Heffernan, M. E. (2013). Attachment and parental divorce: A test of the diffusion and sensitive period hypotheses. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(9), 1199-1213.
- Gonçalves, P. D., Moura, H. F., Amaral, R. A., Castaldelli-Maia, J. M. & Malbergier, A. (2020). Alcohol Use and COVID-19: Can we Predict the Impact of the Pandemic on Alcohol Use Based on the Previous Crises in the 21st Century? A Brief Review. *Frontiers in Psychiatry* 11, 581113. doi: 10.3389/fpsyg.2020.581113
- Hale, D. R., & Viner, R. M. (2016). The correlates and course of multiple health risk behaviour in adolescence. *BMC Public Health*, 16, 458. doi: 10.1186/s12889-016-3120-z
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(1), 511-524.



- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidence. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: The Guilford Press.
- Kawsiso, M., Homsin, P., & Srisuriyawet, R. (2564). Predicting factors of multiple risk behaviors among male adolescents in Lopburi Province. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 14(1), 140-155. (in Thai)
- Kim, H. M., & Miller, L. C. (2020). Are insecure attachment styles related to risky sexual behavior? A meta-analysis. *Health Psychology*, 39(1), 46-57. doi.org/10.1037/hea0000821
- Kipping, R. R., Smith, M., Heron, J., Hickman, M., & Campbell, R. (2015). Multiple risk behaviour in adolescence and socio-economic status: Findings from a UK birth cohort. *European Journal of Public Health*, 25(1), 44-49. doi.org/10.1093/eurpub/cku078
- Krajangsaeng, K., Chanasith, K., & Chantuk, T. (2561). Causal factors affecting the behavior of violence against others of middle adolescents. *Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University*, 12(27), 97-110. (in Thai)
- Lawson, M., Piel, M. H., & Simon, M. (2020). Child maltreatment during the COVID-19 pandemic: Consequences of parental job loss on psychological and physical abuse towards children. *Child Abuse & Neglect*, 110(Pt 2), 104709. doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104709
- Lemelin, C., Lussier, Y., Sabourin, S., Brassard, A., & Naud, C. (2014). Risky sexual behaviours: The role of substance use, psychopathic traits, and attachment insecurity among adolescents and young adults in Quebec. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 23(3), 189-199.
- Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., ... Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of American Academy Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239.e3. doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009
- Muanphetch, C., Maharachapong, N., & Abdullakasim, P. (2020). Sexual media literacy and sexual behaviors among adolescents in Thailand. *Journal of Health Science Research*, 14(2), 23-33. (in Thai)
- Niyomrat, P. (2018). *Factors related to sexual risk behaviors among teenage pregnancy in Sanamchaikate Hospital, Sanamchaikate Distric, Chachoengsao Province* (Research report). Chachoengsao: Budhasothon Hospital, Chachoengsao. (in Thai)
- Octavius, G. S., Silviani, F. R., Lesmandjaja, A., Angelina, A., & Juliansen, A. (2020). Impact of COVID-19 on adolescents' mental health: A systematic review. *Middle East Current Psychiatry*, 27(1), 72. doi.org/10.1186/s43045-020-00075-4
- Pereda, N., & Díaz-Faes, D.A. (2020). Family violence against children in the wake of COVID-19 pandemic: A review of current perspectives and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14, 40. doi.org/10.1186/s13034-020-00347-1



- Poogpan, J., Piyasuwan, S., & Khamenkan, K. (2019). Psychological well-being of adolescence in broken family: Descriptive Phenomenology. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 35(1), 214-223. (in Thai)
- Powwattana, A., Auemaneekul, N., & Lagampan, S. (2561). *Risk behaviors prevention in adolescence: Concepts and management in multilevel approach* (2nd ed.). Bangkok: Danex Intercorporation. (in Thai)
- Prachanno, W., Srisuriyawet, R., & Homsin, P. (2017). Factors influencing sexual behaviors among primary school students based on the Information motivation behavioral skills model. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(2), 39-51. (in Thai)
- Reininger, B., Evans, A. E., Griffin, S. F., Valois, R. F., Vincent, M. L., Parra-Medina, D., ... Zullig, K. J. (2003). Development of a youth survey to measure risk behaviors, attitudes and assets: Examining multiple influences. *Health Education Research*, 184, 461-476.
- Reyes, B. D., Hargreaves, D. S., & Creese, H. (2021). Early-life maternal attachment and risky health behaviours in adolescence: Findings from the United Kingdom Millennium Cohort Study. *BMC Public Health* 21, 2039. doi.org/10.1186/s12889-021-12141-5
- Rossi, A., Panzeri, A., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., Castelnovo, G., & Mannarini, S. (2020). The anxiety-buffer hypothesis in the time of COVID-19: When self-esteem protects from the impact of loneliness and fear on anxiety and depression. *Frontiers in Psychology*, 11, 2177. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02177
- Samruayruen, K., Poocharoen, O., & Junsukon, E. (2017). The relationship between parenting styles, communication and sexual risk behaviors among high school female students, Phitsanulok Province. *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities and Social Sciences*, 18(1), 41-50. (in Thai)
- Sawangtook, S. & Thanop, P. (2015). The study of the awareness of sexual risk behaviors and sexual risk behaviors of adolescent students. *Kuakarun Journal of Nursing*, 22(2), 41-56. (in Thai)
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modeling* (3rd ed.). New York, NY: Routledge Academic.
- Shapiro, O., Gannot, R. N., Green, G., Zigdon, A., Zwilling, M., Giladi, A., ... Tesler, R. (2022). Risk behaviors, family support, and emotional health among adolescents during the COVID-19 pandemic in Israel. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7), 3850. doi.org/10.3390/ijerph19073850
- Shroff, A., Fassler, J., Fox, K. R., & Schleider, J. L. (2022). The impact of COVID-19 on U.S. adolescents: Loss of basic needs and engagement in health risk behaviors. *Current Psychology* (New Brunswick, N.J.), 1-11. doi.org/10.1007/s12144-021-02411-1
- Sihawong, S. & Deeduangpan, S. (2017). The correlated between parenting styles and risk behaviors in adolescents. *Journal of Science and Technology, Ubon Ratchathani University*, 19(3), 165-172. (in Thai)



- Thammaraksa, P., Powwattana, A., Wannasuntad, S., & Tipkanjanaraykha, K. (2019). Factors related to multiple risk behaviors among female secondary school students. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 35(1), 224-238. (in Thai)
- Thiraphattarapun, W., Powwattana, A., & Auemaneekul, N. (2017). Association between multiple risk behaviors and life assets of high school and vocational students. *Journal of Public Health Nursing*. 31, (3), 1–18. (in Thai)
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., ... Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1729. doi.org/10.3390/ijerph17051729.
- Ward, L. M. (2016). Media and Sexualization: State of Empirical Research, 1995–2015. *The Journal of Sex Research*, 53, 4-5, 560-577. doi.org/10.1080/00224499.2016.1142496
- Wiguna, T., Anindyajati, G., Kaligis, F., Ismail, R. I., Minayati, K., Hanafi, E., ... Pradana, K. (2020). Brief research report on adolescent mental well-being and school closures during the COVID-19 pandemic in Indonesia. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 598756. doi.org/10.3389/fpsy.2020.598756.
- World Health Organization. (2020). *WHO Coronavirus Disease (COVID-19)*. Retrieved from <https://covid19.who.int/>.



Head Nurses' Authentic Leadership and Thriving at Work of Nurses
in Government University Hospitals
ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล
ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

อุมาพร	จำปาไหล*	Umaporn	Jumpalai*
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์***	Apiradee	Nantsupawat***
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee	Thungjaroenkul***

Abstract

Thriving at work affects positive attitudes in self-development which leads to good performance results. The purposes of this correlational study were to explore the perceived authentic leadership of head nurses, thriving at work of nurses, and the relationship between perceived authentic leadership of head nurses and thriving at work of nurses in government university hospitals. The participants, who consisted of 383 registered nurses who had at least one year of experience, were chosen by stratified random sampling. The research instruments consisted of The Authentic Leadership Inventory by Neider & Schriesheim (2011) and the Thriving at Work questionnaire by Porath, Spreitzer, Gibson, & Garnett (2012). The Cronbach' alpha coefficients were .92 and .72, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank-order correlation.

The results of the study revealed the following:

1. The authentic leadership of head nurses as perceived by registered nurses in government university hospitals was at high levels.
2. Thriving at work of nurses in government university hospitals was at moderate levels with the vitality dimension at moderate levels and the learning dimension at high levels.
3. There was a positive relationship between perceived authentic leadership of head nurses and thriving at work of nurses in government university hospitals at a moderate level. There was also a moderate level of positive correlation with vitality and a low level of positive correlation with learning.

These findings could be used by nursing administrators and hospital administrators to formulate strategies to develop head nurses' authentic leadership and promote thriving at work of nurses in government university hospitals.

Keywords: Authentic leadership, Thriving at work, Head nurses

* 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: umaporn_j@cmu.ac.th

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



บทคัดย่อ

ความเจริญก้าวหน้าในงาน ส่งผลให้เกิดทัศนคติเชิงบวกในการพัฒนาตนเอง จนเกิดผลการปฏิบัติงานที่ดี การวิจัยแบบหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ความเจริญก้าวหน้าในงาน และความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปี คัดเลือกแบบชั้นภูมิ 383 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามภาวะผู้นำที่แท้จริงของ นีเดอร์ และ ชรีไฮม์ (Neider & Schriesheim, 2011) แบบสอบถามการรับรู้ความเจริญก้าวหน้าในงานของ โพราท, สเปรเซอร์, กิบสัน, และ การ์เน็ตต์ (Porath, Spreitzer, Gibson, & Garnett, 2012) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติสถิติเชิงพรรณนา และ Spearman's rank-order correlation.

ผลการวิจัยพบว่า

1. ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ อยู่ในระดับมาก
2. ความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ อยู่ในระดับปานกลาง ด้านพลังอยู่ในระดับปานกลาง และด้านการเรียนรู้อยู่ในระดับมาก
3. ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล นอกจากนี้ยังมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพลังในการทำงานของพยาบาล และความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเรียนรู้ในงานของพยาบาล

ผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลและผู้บริหารโรงพยาบาลสามารถนำไปใช้ในการกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

คำสำคัญ: ความเจริญก้าวหน้าในงาน ภาวะผู้นำที่แท้จริง หัวหน้าหอผู้ป่วย

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: umaporn_j@cmu.ac.th

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 16 พฤศจิกายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 30 พฤศจิกายน 2564 วันที่ตอบรับบทความ 2 ธันวาคม 2564

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม โดยมีความมุ่งหวังในการขับเคลื่อนการอุดมศึกษาไทย วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ไปสู่มาตรฐานในระดับสากล และเพิ่มอันดับความสามารถการแข่งขันในระดับนานาชาติอย่างยั่งยืน (Ministry of Higher Education Science Research and Innovation, 2021) พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐจึงจำเป็นต้องมีศักยภาพในตนเองสูง ในการนำความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับศาสตร์ด้านสุขภาพหรือการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์ มีความสามารถในการคิด วิเคราะห์แก้ปัญหา มีความคิดที่เป็นอิสระ นอกจากนี้ความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงความสามารถคิดสร้างสรรค์ และผลิตนวัตกรรม นับเป็นอีกทักษะที่จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพของตนเองและมีความสำคัญต่อการพัฒนาวิชาชีพให้ก้าวหน้าได้อย่างยั่งยืน (Akkadecha- nunt, 2019)

สถานการณ์ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐในปัจจุบัน พบว่ามีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาเกี่ยวกับศักยภาพและความสามารถของพยาบาล จากการศึกษาของ นัตตา รุ่งเดชารัตน์, สุรชาติ ณ หนองคาย, และ ดุสิต สุจิรารัตน์ (Rungdecharat, Nanongkhai, & Suchirarat, 2016) พบว่าพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีสมรรถนะหลักอยู่ในระดับปานกลาง อีกทั้งการศึกษาของ ศิวัช อารังวิศ, จารุรินทร์ ปิตานพวงศ์, และ วิโรจ ตรีสินทร (Thamrongvisava, Pitanupong, & Srisintorn, 2019) พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐเกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน และมีความเหนื่อยล้าทางอารมณ์อยู่ในระดับสูง โดยในการศึกษานี้ยังพบอีกว่า พยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐมีการรับรู้ถึงความสำเร็จส่วนบุคคลอยู่ในระดับต่ำ กล่าวคือพยาบาลมีความคิด และทัศนคติต่อความสามารถและประสิทธิภาพของตนเองลดลง เห็นได้ว่าพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐประสบปัญหาเกี่ยวกับพลังในการทำงานและการเรียนรู้ที่ลดลง

ความเจริญก้าวหน้าในงาน (thriving at work) เป็นความรู้สึกของการเสริมสร้างซึ่งกันและกันระหว่างพลังและการเรียนรู้ จนสามารถรับรู้ถึงการพัฒนาตนเองในการทำงาน ความเจริญก้าวหน้าในงานประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ พลังในการทำงาน (vitality) หมายถึง ความรู้สึกเชิงบวกในการทำงาน แสดงออกในรูปแบบของความกระตือรือร้น มุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน รวมถึงการมีสติ สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการทำงาน และการเรียนรู้ในการทำงาน (learning) หมายถึง ความรู้สึกถึงสิ่งที่ได้เรียนรู้มา โดยมีความเข้าใจและนำความรู้และทักษะไปใช้ (Spreitzer, Sutcliffe, Dutton, Sonenshein, & Grant, 2005) บุคคลที่รับรู้ถึงความเจริญก้าวหน้าในงานนั้นจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลรู้สึกถึงพลัง ความพร้อมในการทำงาน มีความอ่อนล้าทางอารมณ์น้อยลง มีความคิดริเริ่มในการพัฒนางานมากขึ้น มีทัศนคติในการพัฒนาตนเอง มีความกระตือรือร้นในการแสวงหาโอกาสในการเรียนรู้และพัฒนาเพิ่มขึ้น (Porath et al., 2012; Spreitzer & Porath, 2014)

ภาวะผู้นำที่แท้จริง (authentic leadership) คือพฤติกรรมของผู้นำที่มุ่งพัฒนาสมรรถนะทางจิตวิทยาเชิงบวกและสร้างบรรยากาศอันดีงามทางด้านจริยธรรม ประกอบไปด้วย การตระหนักรู้ในตนเอง (self-awareness) การประมวลผลที่สมดุล (balanced processing) ความโปร่งใสเชิงสัมพันธ์ภาพ (relational transparency) มุมมองเชิงจริยธรรมภายในตน (internalized moral perspective) (Walumbwa, Avolio, Gardner, Wernsing, & Peterson, 2008)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบการศึกษาที่แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล โดยมอร์เทียร์ และคณะ (Mortier, Vlerick, & Clays, 2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล ในราชอาณาจักรเบลเยียม จำนวน 360 คน พบว่า ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเจริญก้าวหน้าในงาน ($r = .31, p < .01$) พลังในการทำงาน ($r = .27, p < .01$) การเรียนรู้ในการทำงาน ($r = .25,$

$p < .01$) ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้นำที่แท้จริงนั้น สามารถพัฒนาความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลได้ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมยังพบว่าแต่ละการศึกษาไม่ได้มีการกล่าวถึงการแปรความหมายระดับของภาวะผู้นำที่แท้จริงและความเจริญก้าวหน้าในงาน อีกทั้งไม่พบการศึกษาภาวะผู้นำที่แท้จริงในบริบทของการพยาบาลในประเทศไทยและไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลในประเทศไทยด้วยเช่นกัน

ปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ รวมถึงบทบาทของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลยังมีไม่มากนัก ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญที่จะศึกษาภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย และความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยผลที่ได้รับจากการวิจัยในครั้งนี้เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารในการพัฒนาภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและพัฒนาความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
2. เพื่อศึกษาความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของพยาบาล

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล โดยภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามแนวคิดของ วาลัมบวา และคณะ (Walumbwa et al., 2008) ประกอบไปด้วย การตระหนักรู้ในตนเอง การประมวลผลที่สมดุล ความโปร่งใสในสัมพันธภาพ การมีมุมมองเชิงจริยธรรมภายใน ส่วนความเจริญก้าวหน้าในงานตามแนวคิดของ สปริตเซอร์ และคณะ (Spreitzer et al., 2005) ประกอบด้วย 2 ลักษณะ ได้แก่ พลังในการทำงาน และการเรียนรู้ในการทำงาน หากพยาบาลรับรู้ได้ถึงพฤติกรรมกรรมการบริหารงานของหัวหน้าหอผู้ป่วยในการมุ่งพัฒนาสมรรถนะทางจิตวิทยาเชิงบวกและสร้างบรรยากาศอันดีงามทางด้านจริยธรรมจะส่งผลให้พยาบาลเกิดความรู้สึกกระตือรือร้น มีพลังพร้อมในการทำงาน พร้อมทั้งจะเรียนรู้ในสิ่งใหม่ จนเกิดการพัฒนาศักยภาพของตน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบหาความสัมพันธ์ (correlational research) ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ จำนวน 383 คน เก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ 2 แห่ง ในเขตภาคเหนือ จำนวน 1,931 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของ Yamane (as cited in Srisatidnarakul, 2002) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 332 คน ในการศึกษาครั้งนี้รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีโอกาสได้แบบสอบถามคืนไม่ครบ ดังนั้นจึงทำการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 20 (Burn & Grove, 2005) รวมเป็น 399 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วย 2) ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยนอกและหอผู้ป่วยใน 3) มีประสบการณ์ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี และมีเกณฑ์การคัดออก คือ อยู่ในระหว่างการลาป่วย ลาคลอด และลาศึกษาต่อในระหว่างการเก็บข้อมูล โดยกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือ

ในการตอบแบบสอบถาม

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (stratified random sampling) โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างของพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนกับประชากรในแต่ละโรงพยาบาล 2) คำนวณสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างพยาบาลตามงานการพยาบาลของทั้ง 2 โรงพยาบาล 3) ใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่แทนที่ในการสุ่มตัวอย่างพยาบาลในแต่ละงานการพยาบาลตามสัดส่วนที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบไปด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน มีลักษณะเป็นแบบสอบถามแบบปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามภาวะผู้นำที่แท้จริง (The Authentic Leadership Inventory: ALI) ของ นีเดอร์ และ ชรีไชม์ (Neider & Schriesheim, 2011) มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การตระหนักรู้ในตนเอง จำนวน 3 ข้อ 2) การประมวลผลที่สมดุล จำนวน 4 ข้อ 3) ความโปร่งใสในสัมพันธภาพ จำนวน 4 ข้อ 4) การมีมุมมองเชิงจริยธรรมภายใน จำนวน 3 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 เริ่มจาก 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความเจริญก้าวหน้าในงาน (The Thriving at work 10 item scale) ของ โพราท และคณะ (Porath et al., 2012) มีข้อคำถามเชิงบวก จำนวน 8 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3 และข้อ 9 รวมทั้งหมด 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) พลังในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ 2) การเรียนรู้ในการทำงาน จำนวน 5 ข้อ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยข้อคำถามเชิงบวกมีเกณฑ์การให้คะแนนเริ่มจาก 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง ส่วนข้อคำถามเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนนเริ่มจาก 1 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึง 5 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ

ในแบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 คณะผู้วิจัยได้รับการอนุญาตในการแปลย้อนกลับจากเจ้าของผลงานก่อนดำเนินการ ผู้วิจัยทำการแปลย้อนกลับตามขั้นตอน (Hilton & Skrutkowski, 2002) ดังนี้ ผู้วิจัยแปลแบบวัดภาวะผู้นำที่แท้จริง และแบบวัดการรับรู้ความเจริญก้าวหน้าในงานจากต้นฉบับภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทย จากนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและอังกฤษแปลย้อนกลับเป็นภาษาอังกฤษ และผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาไทยและอังกฤษอีกท่านทำการเปรียบเทียบเครื่องมือฉบับแปลและต้นฉบับ พบว่ามีความความถูกต้องเหมาะสมของการใช้ภาษา

เกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ย

ผู้วิจัยนำเกณฑ์การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยโดยการใช้ช่วงคะแนนจากพิสัย (intervals from the range) แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ โดยใช้ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด และแบ่งเป็น 3 ช่วง เท่าๆ กัน (Thato, 2018) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 ระดับต่ำ, 2.34 – 3.66 ระดับปานกลาง, 3.67 – 5.00 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบคุณภาพคุณภาพ โดยนำไปทดลองใช้กับพยาบาลในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 10 คน พบว่า มีค่า Cronbach's Alpha Coefficient ของแบบสอบถามภาวะผู้นำที่แท้จริงโดยรวมเท่ากับ 0.92 แบบสอบถามการรับรู้ความเจริญก้าวหน้าในงานโดยรวมเท่ากับ 0.72 ด้านพลังในการทำงานเท่ากับ 0.70 และด้านการเรียนรู้ในการทำงานเท่ากับ 0.90 เนื่องจากเครื่องมือทั้ง 2 ชุดนี้เป็นเครื่องมือที่พัฒนา

ขึ้นใหม่ และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคมากกว่า 0.70 (Souza, Alexandre, & Guirardello, 2017) คณะผู้วิจัยจึงนำแบบวัดทั้ง 2 มาใช้ในการเก็บข้อมูลจริง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 2564 – 023 คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลมหาสารคามเชียงใหม่ และคณะแพทยศาสตร์ เอกสารรับรองเลขที่ 2564 – 08135 โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร เอกสารรับรองเลขที่ 0370/2564 ผู้วิจัยได้ทำหนังสือชี้แจงกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการทำแบบสอบถามด้วยความสมัครใจ โดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีการบังคับ และผู้ตอบแบบสอบถามสามารถถอนตัวจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ และหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอผลในภาพรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัยจากผู้อำนวยการและหัวหน้าฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาล ทั้ง 2 แห่ง จากนั้นติดต่อผู้ประสานงานวิจัยเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การแจกและรวบรวมแบบสอบถามกลับคืน ซึ่งประกอบด้วย เอกสารชี้แจงข้อมูล เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แบบสอบถาม และซองใส่เอกสารสีน้ำตาลทึบ 2 ซอง สำหรับแยกส่งคืนเอกสารลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ภายใน 2 สัปดาห์ หลังจากส่งมอบแบบสอบถาม จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมและตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ โดยมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 383 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 95.99

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ มาทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for window ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ
2. ข้อมูลภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยหาค่าเฉลี่ย และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงกับความเจริญก้าวหน้าในงาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Spearman rank difference method เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงข้อมูลแบบไม่เป็นปกติ

ผลการวิจัย

1. ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .56$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยโดยรวมและรายด้าน (n = 383)

ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย	$\bar{X}$	SD	ระดับ
การตระหนักรู้ในตนเอง	3.80	.67	มาก
การประมวลผลที่สมดุล	3.94	.73	มาก
ความโปร่งใสในสัมพันธภาพ	3.66	.70	ปานกลาง
การมีมุมมองเชิงจริยธรรมภายใน	3.81	.73	มาก
โดยรวม	3.80	.56	มาก

2. ความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.66$, $SD = .41$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านพลังในการทำงาน อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.40$, $SD = .48$) ด้านการเรียนรู้ในการทำงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, $SD = .52$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของพยาบาลโดยรวม และรายด้าน($n = 383$)

ความเจริญก้าวหน้าในงานตามการรับรู้ของ พยาบาล	$\bar{X}$	SD	ระดับ
พลังในการทำงาน	3.41	.48	ปานกลาง
การเรียนรู้ในการทำงาน	3.90	.52	มาก
โดยรวม	3.66	.41	ปานกลาง

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ พบว่าภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล ($r = .398$, $p < .01$) โดยพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพลังในการทำงานของพยาบาล ($r = .390$, $p < .01$) และความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเรียนรู้ในงานของพยาบาล ($r = .294$, $p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยและ ความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล ($n = 383$)

	ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย		การแปลผล
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมน	P Value	
ความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล	.398	.01	ปานกลาง
พลังในการทำงาน	.390	.01	ปานกลาง
การเรียนรู้ในการทำงาน	.294	.01	ต่ำ

การอภิปรายผล

1. ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาล ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.80$, $SD = .56$) (ตารางที่ 1) สอดคล้องกับการศึกษาของเอลโกฮลี, เอล ดาห์ซาน, และ अबด์ เอล มากีต (Elkholy, El Dahshan, & Abd El Mageed, 2020) ที่พบว่าภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยตามการรับรู้ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศอียิปต์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 55.5$, $SD = 5.0$) ซึ่งการที่พยาบาลรับรู้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีภาวะผู้นำที่แท้จริงอยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยปฏิบัติงานภายใต้โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐที่ได้มีการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการบริหารงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาลมาเป็นกรอบกำหนดในการดำเนินการ ซึ่งหลักธรรมาภิบาล ประกอบไปด้วย 6 หลักการ ได้แก่ 1) หลักนิติธรรม 2) หลักคุณธรรม 3) หลักความโปร่งใส 4) หลักการมีส่วนร่วม 5) หลักความรับผิดชอบ และ 6) หลักความคุ้มค่า โดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐทั้ง 2 แห่งได้เข้าร่วมโครงการโรงพยาบาลคุณธรรม และได้กำหนดให้บุคลากรใช้หลักคุณธรรมในการทำงานไว้ในค่านิยมของ

องค์การด้วยเช่นกัน เห็นได้ว่าหลักธรรมาภิบาลนั้น ครอบคลุมองค์ประกอบของภาวะผู้นำที่แท้จริงทั้ง 4 ด้าน ไม่ว่าจะเป็น 1) ด้านการตระหนักรู้ในตนเอง (หลักความรับผิดชอบ) 2) ด้านการประมวลผลที่สมดุล (หลักนิติธรรม และ หลักการมีส่วนร่วม) 3) ด้านความโปร่งใสในสัมพันธภาพ (หลักความโปร่งใส) 4) ด้านการมีมุมมองเชิงจริยธรรม ภายใน (หลักคุณธรรม) อีกทั้งในการคัดเลือกเข้าสู่ตำแหน่งของหัวหน้าหอผู้ป่วยนั้นจะต้องผ่านการคัดเลือกผู้ที่มีความรู้ความสามารถในการบริหารทางการพยาบาล รวมทั้งมีการพัฒนาอบรมทางด้านบริหารอย่างต่อเนื่อง ไม่ว่าจะเป็น การเรียนรู้ผ่านกระบวนการจัดการฝึกอบรม กระบวนการเรียนรู้แบบใช้ปัญหาเป็นหลัก การศึกษาค้นคว้า ด้วยตนเอง และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ (Leelawong, 2017) เพื่อให้หัวหน้าหอผู้ป่วยสามารถบริหารการพยาบาล ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้การรับรู้ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยของพยาบาล โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ บารอน และ พาเรนท (Baron & Parent, 2015) เกี่ยวกับ การพัฒนาภาวะผู้นำที่แท้จริงผ่านการจัดการฝึกอบรม พบว่าการฝึกอบรมสามารถช่วย พัฒนภาวะผู้นำที่แท้จริงของผู้บริหารได้

สิ่งเหล่านี้หล่อหลอมให้หัวหน้าหอผู้ป่วยกลายเป็นผู้ที่ตระหนักในความรับผิดชอบ ยึดมั่นในคุณธรรม จริยธรรมในการบริหารงาน เป็นแบบอย่างที่ดีแก่พยาบาล มีการบริหารงานอย่างโปร่งใส เป็นธรรม มีความ น่าเชื่อถือ ได้รับความไว้วางใจ และความศรัทธาจากพยาบาล ดังที่ อโวลีโอ และคณะ (Avolio et al., 2004) ได้อธิบายไว้ว่าผู้นำที่แท้จริงจะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับค่านิยมและความเชื่อภายในของตน มุ่งเน้นให้ผู้ตาม สามารถแสดงความคิดเห็นที่แตกต่าง มีความโปร่งใสในการดำเนินการ และสร้างความสัมพันธ์แบบร่วมมือร่วมใจ ก่อให้เกิดความเคารพน่าเชื่อถือ และความไว้วางใจจากผู้ตาม ส่งผลให้การรับรู้ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐอยู่ในระดับมาก

2. ความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล

ผลการศึกษาพบว่า ความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลตามการรับรู้ของพยาบาลในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยของรัฐ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.66$, $SD = .41$) (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษา ของ เซา และคณะ (Zhao et al., 2018) ที่พบว่าความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลในสาธารณรัฐประชาชน จีนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.08$, $SD = .70$) โดย สไปรท์เซอร์ และคณะ (Spreitzer et al., 2005) อธิบายถึงการเสริมสร้างซึ่งกันและกันระหว่างพลังและการเรียนรู้ในการทำงานไว้ว่า หากพยาบาลที่กำลังเรียนรู้ เกี่ยวกับกระบวนการทำงานและเทคโนโลยีใหม่ ๆ แต่รู้สึกหมดแรง อิดโรยจากการทำงาน พยาบาลผู้นี้ก็จะไม่สามารถรับรู้ถึงความเจริญก้าวหน้าหรือการพัฒนาของตน อันเนื่องมาจากขาดพลังในการทำงานซึ่งเป็นสาเหตุ มาจากความอิดโรยของร่างกายนั่นเอง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่าถึงแม้ว่าการรับรู้ด้านเรียนรู้ในการ ทำงานของพยาบาลจะอยู่ในระดับมาก แต่การรับรู้ด้านพลังในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ถึงความ เจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลจึงอยู่ในระดับปานกลางนั่นเอง โดยการศึกษาเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน สามารถอธิบายได้ดังนี้

2.1 พลังในการทำงาน

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีการรับรู้ด้านพลังในการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.41$, $SD = .48$) (ตารางที่ 2) อาจเนื่องมาจากวิชาชีพพยาบาลเป็นงานที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง เป็นงานที่เกี่ยวข้อง กับชีวิตมนุษย์ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจในการทำงานอยู่เสมอ กล่าวคือมี ความกระตือรือร้น มุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน รวมถึงการมีสติ สะท้อนให้เห็นถึงความพร้อมในการทำงาน เพื่อให้ ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรานันท์ กาพย์คุ้ม, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, ฉัตรสมุน พงศพิชญ์, และ วลัยรัตน์ พบศิริ (Kaptoom, Sirichotiratana, Prutipinyo, & Pobkeeree, 2019) ที่พบว่า แรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ อยู่ในระดับดี (Mean = 3.93) กล่าวคือพยาบาลมหาวิทยาลัย

ของรัฐบาลมีความพร้อมและความต้องการที่จะปฏิบัติงานต่อไปอยู่ในระดับดี นอกจากนี้การศึกษาของ เบญจวรรณ กันยานะ, กุลวดี อภิชาติบุตร, บุญพิชชา จิตต์ภักดี (Kanyana, Abhicharttibutra, & Chitpakdee, 2020) พบว่า พยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐมีผลการปฏิบัติงานตามลักษณะงานและการปฏิบัติงานตามสถานการณ์อยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 58.27$, S.D. = 7.37 และ $\bar{X} = 72.00$, S.D. = 10.54 ตามลำดับ) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า พยาบาลมีพลัง มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการทำงาน พร้อมในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ นงเยาว์ นาคงาม, สมพันธ์ หิณชีระนันท์, และ สุคนธ์ ไขแก้ว (Nakngam, Hinchiranan, & Khaikaew, 2018) พบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยต้องปฏิบัติงานเกินเวลาสูงถึง 80 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ร่างกายอยู่ในสภาพเหนื่อยล้า ขาดพลังในการทำงาน และขาดความกระตือรือร้นในการขวนขวายหาความรู้เพิ่มเติม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่มีการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) อยู่ทั่วประเทศ ซึ่งอาจมีผลต่อความรู้สึกกระตือรือร้น ความพร้อมในการทำงาน ของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐให้ลดน้อยลงได้ โดยในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัยรัฐได้ร่วมบริหารสถานการณ์โควิดกับกระทรวงสาธารณสุข โดยมีนโยบายเตรียมอัตรากำลังบุคลากรไว้รองรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่อย่างใกล้ชิด โดยการเตรียมโรงพยาบาลสนามสำหรับดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ที่อาการไม่รุนแรง รวมถึงจัดตั้งหอผู้ป่วยหนักในการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง (National News Bureau of Thailand, 2021) เห็นได้ว่าช่วงเวลาในการศึกษานี้พยาบาลอยู่ในสถานการณ์ที่เหนื่อยล้าจากการปฏิบัติงานทั้งกายและใจซึ่งส่งผลต่อทัศนคติเกี่ยวกับพลังในการทำงานให้ลดลงได้

2.2 การเรียนรู้ในการทำงาน

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลมีการรับรู้ด้านการเรียนรู้ในการทำงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$, SD = .52) (ตารางที่ 2) สอดคล้องกับการศึกษาของ มอร์เทียร์ และคณะ (Mortier et al., 2016) ที่พบว่าพยาบาลในราชอาณาจักรเบลเยียม มีการรับรู้ด้านการเรียนรู้ในการทำงานอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.03$, SD = .51) อาจเนื่องมาจาก พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ มีภาระงานที่ซับซ้อน ต้องปฏิบัติงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ของหน่วยงานหรือองค์กร ทั้งนี้ต้องอาศัยความรู้ รวมถึงการสั่งสมประสบการณ์การเรียนรู้ในการทำงาน ดังนั้นพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐควรจะมีความรู้และความเข้าใจในการทำงาน มีการพัฒนาตนเองโดยติดตามองค์ความรู้ทางการพยาบาล เทคโนโลยีใหม่ ๆ และนำมาประยุกต์ใช้ปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล พัฒนาตนเองโดยการหาความรู้ที่เป็นปัจจุบันและถูกต้องตามหลักวิชาการ สนใจแสวงหาความรู้ใหม่ๆ สม่่าเสมอ สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการในงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Thailand Nursing Division, 2018) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีการเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา นอกจากนี้การที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐทั้ง 2 แห่งได้มีการกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจที่จะเป็นสถาบันการแพทย์ที่เป็นผู้นำด้านวิชาการด้านระบบสุขภาพ โดยได้กำหนดให้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรร่วมกันอยู่ในแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ ส่งเสริมให้ผู้บริหารทางการพยาบาลมีนโยบายในการพัฒนาศักยภาพพยาบาล โดยมีการช่วยเหลือ สนับสนุนให้บุคลากรพยาบาลพัฒนาความรู้ สมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลในหน้าที่ความรับผิดชอบได้อย่างมีคุณภาพสูงและบรรลุผลสัมฤทธิ์ทางการพยาบาล ไม่ว่าจะเป็นการเข้าร่วมอบรมสัมมนา การดูงาน การเรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริง การนิเทศ การสอนงาน และการมีพี่เลี้ยง รวมถึงนโยบายการจัดการความรู้ทางการพยาบาลเพื่อการพัฒนาและการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ในการทำงานของพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ใหม่และนวัตกรรมทางการพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลมีความเข้าใจในการทำงาน มีการแบ่งปันองค์ความรู้ต่อกัน สอดคล้องกับการค้นพบของ สไปร์ทเซอร์และคณะ (Spreitzer et al., 2005) ที่พบว่าการเรียนรู้ในการทำงานเป็นวิธีการหนึ่งในการพัฒนาตนเอง โดยเมื่อบุคคลมีความเข้าใจและความรู้ในงานมากขึ้นจะช่วยให้ผู้นั้นสามารถเข้าใจในงานที่ตนทำ ว่าทำงานอะไร ทำอย่างไรในการเพิ่มประสิทธิภาพ

การทำงานก่อให้เกิดแรงจูงใจในการทำงานและแสวงหาโอกาสในการได้รับความรู้และทักษะเพิ่มเติม ไม่ว่าจะเป็นการแสวงหาองค์ความรู้อย่างต่อเนื่อง การสำรวจช่องว่างทักษะหรือจุดอ่อนของตนเพื่อปรับปรุงผลการปฏิบัติงานของตนเอง ก่อให้เกิดความรู้สึกถึงการได้พัฒนาความสามารถของตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พงศธรวิบูลย์ (Pongsathonviboon, 2016) ที่พบว่าการเรียนรู้ตลอดชีวิตเป็นคุณลักษณะร่วมที่แฝงอยู่ในมาตรฐานคุณวุฒิและสมรรถนะผู้ประกอบการพยาบาล ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมานี้ส่งผลให้พยาบาลมีการรับรู้ด้านการเรียนรู้ในระดับมาก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของรัฐ

ผลการศึกษาพบว่า ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล ($r = .398, p < .01$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพลังในการทำงานของพยาบาล ($r = .390, p < .01$) และความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับการเรียนรู้ในงานของพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .294, p < .01$) (ตารางที่ 3) เมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาที่ได้กับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่ามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ มอร์เทียร์ และคณะ (Mortier et al., 2016) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ในราชอาณาจักรเบลเยียม ผลจากการวิเคราะห์สหสัมพันธ์พบว่า ภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเจริญก้าวหน้าในงาน ($r = .31, p < .01$) พลังในการทำงาน ($r = .27, p < .01$) การเรียนรู้ในการทำงาน ($r = .25, p < .01$) สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาลได้ โดยการที่หัวหน้าหอผู้ป่วยเข้าใจใน วิสัยทัศน์ พันธกิจ รวมถึงค่านิยมขององค์กร มีความเข้าใจในจุดแข็ง จุดอ่อนของตน เข้าใจในความเชื่อ ค่านิยมของตน มีความมุ่งมั่นบริหารงานสู่ความสำเร็จ รวมถึงมีการบริหารงานอย่างโปร่งใส ยุติธรรม ยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรมในการทำงาน ประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดี มีเมตตา เอาใจใส่ต่อความต้องการของพยาบาล รับฟังความคิดเห็นของพยาบาล ตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เป็นจริง ไม่อคติ ไม่ลำเอียงเข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง มีการสื่อสารอย่างเปิดเผย โดยการคอยชี้แนะให้พยาบาลมีความเข้าใจในเป้าหมายในการทำงาน รวมถึงชี้ให้เห็นจุดเด่น จุดด้อย และแนวทางในการปรับปรุงพัฒนาให้ก้าวข้ามขีดจำกัดของตน (Walumbwa et al., 2008) สิ่งเหล่านี้จะทำให้พยาบาลรู้สึกว่าคุณค่าตนได้รับความห่วงใย ใส่ใจจากหัวหน้า รู้สึกว่าคุณค่า มีความสำคัญในการปฏิบัติงาน รวมถึงรู้สึกว่าคุณค่าตนเองนั้นมีความสามารถ และมีอิสระในการทำงาน กล่าวคือ พยาบาลรู้สึกว่าได้ปฏิบัติงานจากสิ่งที่คุณค่าต้องการ สิ่งเหล่านี้กระตุ้นให้พยาบาลรู้สึกกระตือรือร้น กระปรี้กระเปร่า มีพลังพร้อมในการทำงาน พร้อมที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่จากการทำงานอย่างเต็มกำลังความสามารถ จนเกิดการพัฒนาศักยภาพของตนหรือความเจริญก้าวหน้าในงานนั่นเอง (Mortier et al., 2016; Spreitzer, & Porath, 2014; Spreitzer et al., 2005)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลควรนำผลการศึกษาไปใช้ประกอบการพิจารณา ดังนี้
1. วางแนวทางในการพัฒนาภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยให้คงไว้ เช่น การกระตุ้นให้หัวหน้าหอผู้ป่วยมีการตระหนักรู้ในตนเองและนำหลักธรรมาภิบาลที่ดีมาประยุกต์ใช้ในการบริหาร การพัฒนาสมรรถนะทางด้านการบริหาร สามารถส่งเสริมพัฒนาภาวะผู้นำที่แท้จริงของหัวหน้าหอผู้ป่วยได้
 2. วางแนวทางในการพัฒนาความเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล โดยเฉพาะด้านพลังในการทำงาน อาทิ เช่น ความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจของพยาบาลในการทำงาน เป็นต้น โดยการเปิดโอกาสให้พยาบาลแสดงความคิดเห็น และรับฟังอย่างไม่มีอคติ เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนแก้ไขอย่างรอบด้าน พร้อมกับดำเนินการด้วย



ความโปร่งใสและยุติธรรม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์และมีอำนาจทำนายเจริญก้าวหน้าในงานของพยาบาล เช่น การสนับสนุนจากผู้บริหาร การสอนงานของหัวหน้า การสนับสนุนจากองค์กร เป็นต้น
2. ควรศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาเพื่อหารูปแบบการส่งเสริมภาวะผู้นำที่แท้จริงในพยาบาลโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย

References

- Akkadechanunt, T. (2019). Nurses' Competency and Public Healthcare Innovations in Thailand 4.0 Era. *Thai Journal of Nursing Council*, 34(1), 5-13. (in Thai)
- Avolio, B. J., Gardner, W. L., Walumbwa, F. O., Luthans, F., & May, D. R. (2004). Unlocking the mask: A look at the process by which authentic leaders impact follower attitudes and behaviors. *The Leadership Quarterly*, 15(6), 801-823.
- Baron, L., & Parent, É. (2015). Developing authentic leadership within a training context: Three phenomena supporting the individual development process. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 22(1), 37-53.
- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization* (5th ed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Elkholy, S. M., El Dahshan, M. E. A., & Abd El Mageed, H. H. (2020). Authentic leadership and its relation to structural empowerment and work environment among nurses. *American Journal of Nursing*, 9(1), 136-144.
- Hilton, A. & Skrutkowski, M. (2002). Translating instruments into other languages: Development and testing processes. *Cancer Nurse*, 25(1), 1-7.
- Kanyana, B., Abhichartibutra, K., & Chitpakdee, B. (2020). Head nurses' motivating language and registered nurses' job performance, government university hospitals. *Nursing Journal*, 47(2), 320-32. (in Thai)
- Kaptoom, J., Sirichotiratana, N., Prutipinyo, C., & Pobkeeree, V. (2019). Professional nurses' work life quality in a public university hospital. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(3), 353-62. (in Thai)
- Leelawong, S. (2017). *Guidelines for succession planning in the field of professional nursing according to the principles of good governance*. Pathum Thani: Tawan media. (in Thai)
- Ministry of Higher Education Science Research and Innovation (2021). *Affiliated higher education institutions*. Retrieved from <https://www.mhesi.go.th/index.php/service/higher-education.html>. (in Thai)
- 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.



- Nakngam, N., Hinchiranan, S., & Khaikaew, S. (2018). A comparison of the effectiveness of work schedule management of professional nurses at a university hospital under the Bangkok metropolitan administration. *Christian University of Thailand Journal*, 24(3), 392-402. (in Thai)
- National News Bureau of Thailand. (2021). *MHESI ordered all universities in the affiliation to open another 7,530 field hospitals, full in all provinces, ready to receive more Covid-19 patients*. Retrieved from https://thainews.prd.go.th/th/news/print_news/TCATG210412144614177 (in Thai)
- Neider, L. L., & Schriesheim, C. A. (2011). The authentic leadership inventory (ALI): Development and empirical tests. *The Leadership Quarterly*, 22(6), 1146-1164.
- Pongsathonviboon, K. (2016). Lifelong learning and nursing professional. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 17(3), 1-9. (in Thai)
- 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.
- Rungdecharat, N., Nanongkhai, S., & Suchirarat, D. (2016). Core competencies of registered nurses at practitioner level in a university hospital. *Vajira Nursing Journal*, 18(2), 33-41. (in Thai)
- Souza, A. C. D., Alexandre, N. M. C., & Guirardello, E. D. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 26(1), 649-659.
- Spreitzer, G., & Porath, C. (2014). Self-determination as nutriment for thriving: Building an integrative model of human growth at work. *The Oxford handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory*, 1(1), 245-258.
- 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.
- Srisatidnarakul, B. (2002). *Research methodology in nursing science*. Bangkok: U & I Inter Media. (in Thai)
- Thailand Nursing Division. (2018). *Roles and Duties of Registered Nurses*. Bangkok: Tawan media. (in Thai)
- Thamrongvisava, S., Pitanupong, J., & Srisintorn, W. (2019). Burnout and associated factors among nurses at Songklanagarind Hospital. *Royal Thai Army Medical Journal*, 72(3), 177-85. (in Thai)
- Thato, R. (2018). *Nursing research: Concepts to application (3rd ed.)*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- 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.



Zhao, S. H., Shi, Y. U., Sun, Z. N., Xie, F. Z., Wang, J. H., Zhang, S. E., ... Fan, L. H. (2018). Impact of workplace violence against nurses' thriving at work, job satisfaction and turnover intention: A cross sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(13-14), 2620-2632.



Structural Empowerment and Moral Distress of Nurses in Private Hospitals การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างและภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชน

ขวัญชนก	ยาลมาโฮสน**	Khwanchanok Hjalmarsson**
เพชรสุณีย์	ทั้งเจริญกุล***	Petsunee Thungjaroenkul***
อภิรดี	นันท์ศุภวัฒน์****	Apiradee Nantsupawat****

Abstract

Structural empowerment is one of the factors that will assist nurses to perceive their self-efficacy, to be able to control their work and to face ethical situations. The purpose of this study was to examine the structural empowerment and moral distress of nurses, and their relationship. The study sample was comprised of 266 nurses who were working in Chiang Mai private hospitals and who were randomly selected using multistage random sampling. The research instruments consisted of 3 parts: 1) Demographic form, 2) Moral Distress for Healthcare Professionals: MMD-HP (Epstein et al., 2019), and 3) The Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II: CWEQ-II (Laschinger et al., 2001 as cited in Laschinger, 2012) which was translated into Thai by Nuchpong (2019). The reliability of the second and third parts of the instruments were .96 and .85, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation analysis.

The results of the study revealed that the nurses in this study had a moderate level of moral distress ($\bar{X}$ = 74.96, SD = 67.88) and perceived structural empowerment at a moderate level ($\bar{X}$ = 22.58, SD = 3.50). The findings also showed that structural empowerment was negatively statistically correlated with the moral distress of nurses (r = 0.148, p -value = .016).

Based on the findings of this study, it is recommended that structural empowerment is one approach to reduce moral distress of nurses in private hospitals. Therefore, nurse administrators should create work structures which could enhance nurses' empowerment, in order to handle morally distressing situations.

Keywords: Structural empowerment, Moral distress, Nurses in private hospitals

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Graduate Student of Nursing Science program in Nursing Administration, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

*** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;
e-mail: petsunee@gmail.com

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

Received 18 January 2022; Revised 7 March 2022; Accepted 15 March 2022



บทคัดย่อ

การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้พยาบาลรับรู้สมรรถนะแห่งตนเอง สามารถควบคุมการทำงานและเผชิญกับสถานการณ์เชิงจริยธรรมได้ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลและความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสอง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดเชียงใหม่ 266 คน ใช้วิธีการสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัย มี 3 ส่วนคือ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของบุคลากรด้านสุขภาพ (Moral Distress for Healthcare Professionals: MMD-HP) (Epstein, Whitehead, Prom-pahakul, Thacker & Hamric, 2019) และ 3) สภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพ II (Laschinger et al., 2001 as cited in Laschinger, 2012) โดยแบบสอบถามส่วนที่สองและสามมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .96 และ .85 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman rank correlation analysis

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 74.96, SD = 67.88) และรับรู้ว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 22.58, SD = 3.50) นอกจากนี้ยังพบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาล (r = 0.148 , p -value = .016)

จากผลการศึกษานี้มีข้อเสนอว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างเป็นแนวทางหนึ่งในการลดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน ดังนั้นผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรวางโครงสร้างการทำงานที่ทำให้พยาบาลเกิดพลังอำนาจเพื่อสามารถจัดการกับสถานการณ์บีบคั้นทางจริยธรรมได้

คำสำคัญ: การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม พยาบาลเอกชน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: petsunee@gmail.com

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 18 มกราคม 2565 วันที่แก้ไขบทความ 7 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 15 มีนาคม 2565

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันประเทศไทยมีอายุขัยเพิ่มมากขึ้นและมีการดำรงชีวิตรวมทั้งปฏิบัติตัวเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งส่งผลให้มีจำนวนผู้ป่วยเข้ารับบริการในโรงพยาบาลของรัฐเพิ่มมากขึ้น (Songsra-boon, 2014) โรงพยาบาลเอกชนจึงเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ช่วยรองรับผู้รับบริการทางด้านสุขภาพที่มีกำลังในการจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง ต้องการหลีกเลี่ยงจากความแออัดของโรงพยาบาลของรัฐและต้องการบริการรักษาพยาบาลที่มีความสะดวกสบาย (The Private Hospital Association Thailand, 2022) นอกจากนี้ด้วยการดำเนินงานของโรงพยาบาลเอกชนมีการแข่งขันกันสูง มีการดำเนินงานในเชิงธุรกิจ จึงต้องสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจของผู้รับบริการด้วยการพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการในทุกด้าน (Department of Business Development, 2020) และต้องให้การบริการที่ตอบสนองความต้องการและคาดหวังของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ซึ่งผู้รับบริการในโรงพยาบาลเอกชนมักจะมี ความคาดหวังต่อการบริการที่จะได้รับในโรงพยาบาลเอกชนสูง และมักคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลที่ตรงกับความต้องการของตนเอง รวดเร็ว ทันเวลา ซึ่งสิ่งที่พยาบาลบอกว่ามีประโยชน์เหมาะสมปลอดภัยและสอดคล้องกับหลักจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ผู้ป่วยอาจจะเห็นตรงกันข้ามก็ได้ (Sirilai, 2012) จากการแข่งขันทางด้านธุรกิจของโรงพยาบาลเอกชน เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และความคิดที่แตกต่างกันระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ มีผลให้พยาบาลต้องมีการปรับตัวในการให้บริการ เพื่อป้องกันการถูกร้องเรียน (Boonkhaew, Rabob & Vanakul, 2021) ซึ่งจากการทบทวนรายงานการวิจัยที่ผ่านมา พยาบาลเกิดความคับข้องใจในการให้บริการ และการถูกร้องเรียนในเรื่องจริยธรรมของพยาบาล ส่งผลให้พยาบาลเกิดความเบื่อหน่าย และลาออกจากงานได้ (Elpern, 2005)

ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม คือ ความรู้สึกเจ็บปวดหรือเกิดความไม่สมดุลในจิตใจของพยาบาล ที่เกิดขึ้นเมื่อพยาบาลทราบการกระทำที่เหมาะสมตามหลักจริยธรรมแต่ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจากมีอุปสรรคในการทำงานที่เกิดจาก 1) องค์กรหรือระบบ เช่น การขาดอัตรากำลัง 2) ผู้ป่วย/ญาติ เช่น ครอบครัวมีความต้องการในการรักษาผู้ป่วยที่มากเกินไป หรือ 3) หน่วยงานหรือทีมผู้ปฏิบัติงาน เช่น การสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Epstein et al., 2019) จากผลการวิจัยพบว่าพยาบาลห้องฉุกเฉินในประเทศอิหร่านมีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับสูง (Jalali, Tabari-Khomeiran, Asgari, Sedghi-Sabet, & Kazemnejad, 2019) และพยาบาลจิตเวช ในประเทศญี่ปุ่นมีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง (Ohnishi et al., 2010) สำหรับประเทศไทยพบว่าพยาบาลจิตเวชมีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับน้อย (Sirintarakoon, 2014) ถึงแม้ว่าจะมีการศึกษาภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลในหลากหลายโรงพยาบาลแต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในพยาบาลของโรงพยาบาลเอกชน

ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้ เพราะหากพยาบาลเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมเป็นเวลานานอย่างต่อเนื่องจะทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง (De Villers & De Von, 2013) และลาออกจากงานได้ (Elpern, 2005) ผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรต้องหาแนวทางในการป้องกันปัญหานี้ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารงานวิจัย พบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง (structural empowerment) มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาล โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างเป็นปัจจัยภายนอกที่มีผลในการลดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในพยาบาล (Ganz, et al., 2012) ซึ่งตามแนวคิดของ ลาสชินเจอร์, ซาบิสตัน, และ คัทเซอร์ (Laschinger, Sabiston, & Kutzscher, 1997) ระบุว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างจะช่วยเพิ่มศักยภาพของพยาบาลในการทำงาน ด้วยการที่องค์กรเสริมสร้างพลังอำนาจแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการเพื่อให้พยาบาลได้รับโอกาส

สามารถเข้าถึงข้อมูล ได้รับการสนับสนุน และมีทรัพยากรที่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งในปัจจุบันโรงพยาบาลเอกชนมีการบริหารงานในโรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงไปมากขึ้น และมีข้อจำกัดเกี่ยวกับทรัพยากรและกำลังคนมากขึ้น ส่งผลให้การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างแก่พยาบาลเอกชนเปลี่ยนแปลงไป (Boonkhaew, Rabob & Vanakul, 2021) เมื่อพยาบาลมีความรู้สึกว่าขาดพลังอำนาจในการควบคุมการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมมาก แต่หากโรงพยาบาลมีการจัดสภาพแวดล้อมและทรัพยากรให้พยาบาลอย่างเหมาะสมย่อมทำให้พยาบาลเกิดพลังอำนาจในการควบคุมการปฏิบัติงานและส่งผลให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมน้อยลง (Ganz, et al., 2012) ดังนั้นหากพยาบาลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างจึงอาจมีความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมได้

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างกับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลค่อนข้างน้อย โดยพบว่าเพียง 2 การศึกษา ได้แก่การศึกษาของ แกนซ์ และคณะ (Ganz, et al., 2012) ซึ่งเก็บข้อมูลในกลุ่มพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยวิกฤติ ประเทศอิสราเอล ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม ($r = -.18, p = .004$) ส่วนอีกเรื่องเป็นการศึกษาของ ลีดุซ์ (Ledoux, 2015) ที่ได้ทำการเก็บข้อมูลประเทศแคนาดา พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม ($r = -.12, p > .05$) นอกจากนี้สำหรับในประเทศไทยที่พบเป็นประเด็นคือการร้องเรียนจากผู้รับบริการ โดยพยาบาลมีโอกาสและความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, นวรัตน์ สุทธิพงศ์, ฐิตารีย์ ศรีหาเวช, และ อูมาสวรรณ ชูหา (Saenprasarn, Suthipong, Srihawech, & Choocha, 2017) พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงของการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพพยาบาลทางด้านจริยธรรมอยู่ในระดับสูงที่สุด และพบว่สภาพแวดล้อมในการทำงานและการรับรู้ความเสี่ยงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความปลอดภัยในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ จากงานวิจัยและตามหลักการบริหาร โรงพยาบาลมีการวางระบบการจัดการข้อร้องเรียน รวบรวมสถิติการฟ้องร้อง ร้องเรียน และแจ้งให้แก่ทีมสุขภาพทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องรับทราบ เพื่อสร้างความตระหนักและความตื่นตัวในการเฝ้าระวังการกระทำที่ผิดต่อมาตรฐาน จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ นอกจากนี้พยาบาลได้รับการส่งเสริม ได้รับการสอดแทรกการสอนในเรื่องจริยธรรม ส่งเสริมให้พยาบาลตระหนักถึงมาตรฐานการพยาบาล จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพอย่างเคร่งครัด เพื่อลดปัญหาการถูกร้องเรียน การฟ้องร้องจากผู้รับบริการ จะเห็นได้ว่าทั้งสองงานวิจัยยังให้ผลการศึกษาที่แตกต่างกันอยู่ และยังไม่พบว่ามีการศึกษาวิจัยประเด็นนี้ในพยาบาลที่ทำงานในโรงพยาบาลเอกชน

จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะทำการศึกษาภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง และความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองในพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน เพื่อให้ได้แนวทางในการพัฒนาและส่งเสริมการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างและช่วยลดปัญหาการเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน
2. เพื่อศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างกับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน

คำถามการวิจัย

1. ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ในระดับใด

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน อยู่ในระดับใด
3. การเสริมสร้างพลังอำนาจทางโครงสร้างมีความสัมพันธ์กับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบโครงสร้างของ ลาสชินเจอร์ ซาบิสตัน และคูทเชอร์ (Laschinger, Sabiston & Kutszcher, 1997) และแนวคิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของ เอปสไตน์ และคณะ (Epstein et al., 2019) เป็นกรอบในการศึกษา ซึ่งสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของตัวแปรทั้งสองได้ว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างจะเกิดขึ้นจากการที่พยาบาลได้รับพลังอำนาจอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ส่งผลให้พยาบาลเกิดพลังอำนาจจากการเข้าถึงปัจจัย 4 อย่าง คือ การเข้าถึงโอกาส การเข้าถึงข้อมูล ทรัพยากรและการสนับสนุนการทำงาน เมื่อพยาบาลรับรู้ว่ามีพลังอำนาจ จะรู้ว่ามีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น สามารถควบคุมงานที่ทำและควบคุมบริบทในการทำงานที่อาจเป็นอุปสรรคในการทำงานและทำให้พยาบาลเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมเกิดขึ้นได้ ซึ่ง เอปสไตน์ และคณะ (Epstein et al., 2019) ได้ระบุไว้ว่ามีอยู่ 3 กลุ่มสาเหตุ คือ 1) องค์กรหรือระบบ 2) ผู้ป่วย/ญาติ และ 3) หน่วยงานหรือทีมผู้ปฏิบัติงาน โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างพลังอำนาจจะส่งผลให้คนทำงานรู้สึกว่ามีความสามารถควบคุมงานที่ทำได้ สามารถควบคุมบริบทในการทำงาน รับรู้ว่ามีสมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น มีแรงจูงใจในการทำงาน ความยึดมั่นผูกพันในองค์กรเพิ่มขึ้น ลดความเหนื่อยหน่าย ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการทำงานให้ประสบความสำเร็จในงาน สามารถจัดการกับสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ และสามารถลดการเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพรรณนาเชิงหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนขนาดกลางและขนาดเล็กในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 8 โรงพยาบาล แบ่งเป็นโรงพยาบาลขนาดกลาง 5 แห่ง ขนาดเล็ก 3 แห่ง โดยมีพยาบาลรวมทั้งหมด 772 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตรของยามานะ (Yamane, 1973 as cited in Thato, 2018) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 264 คน และเนื่องจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อป้องกันการได้จำนวนตัวอย่างไม่ครบ จึงเพิ่มเติมจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากเดิมอีกร้อยละ 20 (Burn & Grove, 2005) เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ได้จำนวนของกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 317 คน

เกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) ปฏิบัติงานให้บริการโดยตรงแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน 2) มีประสบการณ์ในการทำงานอย่างน้อย 1 ปี

เกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นผู้บริหารทางการพยาบาล 2) เป็นผู้ที่กำลังอยู่ระหว่างการลาศึกษาต่อ ลาป่วย และลาคลอด

ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบหลายชั้นตอน (stratified random sampling) คือ สุ่มเลือกโรงพยาบาลเอกชนตามสัดส่วนของจำนวนโรงพยาบาลเอกชนในแต่ละขนาด ทำให้ได้โรงพยาบาลเอกชนที่จะใช้ทั้งหมด 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลขนาดกลาง 2 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก 1 แห่ง ตามด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยจับฉลากไม่แทนที่ให้ได้พยาบาลในแต่ละแผนกตามสัดส่วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อายุการทำงาน ตำแหน่งการทำงาน แผนกที่ปฏิบัติงาน โดยข้อความถามเป็นลักษณะปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพ (Moral Distress for Healthcare Professionals : MMD-HP) ของเอปสไตน์ และคณะ (Epstein et al., 2019) แปลโดยผู้วิจัยและไม่ได้มีการดัดแปลงเครื่องมือ มีข้อความถาม 27 ข้อ ข้อความถามแบ่งตามประเภทของสาเหตุการเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม 3 ประเภท คือ 1) องค์กรหรือระบบ 8 ข้อ 2) ผู้ป่วย/ญาติ 6 ข้อ 3) หน่วยงานหรือทีมผู้ปฏิบัติงาน 13 ข้อ แบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ แต่ละข้อให้ประมาณค่าคะแนน 0-4 คะแนน แยกประมาณค่าเป็น 2 ส่วน คือ ความถี่ (frequency) และ ระดับของภาวะบีบคั้น (level of distress) ซึ่งความถี่ มีค่าคะแนนระหว่าง 0-4 โดย 0 หมายถึง ไม่เกิดขึ้นเลย (never) ถึง 4 หมายถึง เกิดขึ้นบ่อยมาก (very frequently) และ ระดับของภาวะบีบคั้น มีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 4 โดย 0 หมายถึง ไม่มีภาวะบีบคั้น (none) ถึง 4 หมายถึง ภาวะบีบคั้นมาก (very distress)

การแปลผลของการเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมใช้วิธีการหาผลคูณของค่าความถี่ (frequency) กับค่าระดับของภาวะบีบคั้น (level of distress) และนำผลที่ได้จากการคูณทั้ง 27 ข้อมารวมกัน ซึ่งจะมีค่าคะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0 ถึง 432 และจำแนกออกมาเป็นระดับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมตามเกณฑ์ของเจ้าของเครื่องมือ (Epstein et al., 2019) ดังนี้ คำน้อยกว่า 39.10 หมายถึง ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในระดับต่ำ 39.11 – 185.50 หมายถึง ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในระดับปานกลาง และ ค่ามากกว่า 185.50 หมายถึง ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพ II (The Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II : CWEQ-II) ของลาสซิงเจอร์ และคณะ (Laschinger et al., 2001 as cited in Laschinger, 2012) ที่แปลโดย นัฐภูมิ นุชพงษ์ (Nuchpong, 2019) ซึ่งแบบสอบถามมี 3 หมวด คือ หมวดที่ 1 แบบวัดกิจกรรมในงาน (Job Activities Scale: JAS) เป็นการประเมินวัดพลังอำนาจอย่างเป็นทางการ (formal power) มีจำนวน 3 ข้อ หมวดที่ 2 แบบวัดความสัมพันธ์ภาพในงาน (Organization Relationships Scale: ORS) เป็นการประเมินวัดพลังอำนาจอย่างไม่เป็นทางการ (informal power) เกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน และผู้ใต้บังคับบัญชามีจำนวน 4 ข้อ หมวดที่ 3 แบบวัดสภาพการทำงานที่มีประสิทธิภาพ II (Conditions for Work Effectiveness Questionnaire II : CWEQ-II) เป็นการวัดการเข้าถึงโครงสร้างของการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง มีข้อความถาม 12 ข้อ แบ่งข้อความถามเป็น 4 ด้าน คือ ด้านโอกาส (opportunity) 3 ข้อ ด้านการเข้าถึงข้อมูล (information) 3 ข้อ การเข้าถึงการสนับสนุน (support) 3 ข้อ และการเข้าถึงทรัพยากร (resources) 3 ข้อ โดยคำตอบแต่ละข้อความถามจะแบ่งเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 1-5

การแปลผลคะแนนโดยรวมของแบบสอบถามการทำงานที่มีประสิทธิภาพ โดยทำการหาค่าเฉลี่ยของแบบวัดกิจกรรมในงาน ทั้ง 3 หมวด ให้มีค่าอยู่ระหว่าง 1 – 5 คะแนน และรวมค่าคะแนนทั้ง 6 ส่วน ซึ่งผลรวมจะมีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 6-30 คะแนน โดยใช้เกณฑ์ของลาสซิงเจอร์ (Laschinger, 2012) คือ 6.00 – 13.99 หมายถึง ระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับต่ำ 14.00 – 22.99 หมายถึง ระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับปานกลาง และ 23.00 – 30.00 หมายถึง ระดับของการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับพยาบาลที่ปฏิบัติงาน โรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 10 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย โดยใช้สูตร Cronbach's Alpha Coefficient พบว่า แบบประเมินภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ได้เท่ากับ .96 และแบบวัดการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง ได้ค่าเท่ากับ .85

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารเลขที่ 035/2021 เลขที่โครงการ 2564-024 และได้รับอนุญาตจากโรงพยาบาลเอกชนทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยจึงได้จัดทำหนังสือและขออนุญาตเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยขอให้กลุ่มตัวอย่างที่ประสงค์ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงนามในเอกสารยินยอมการเข้าร่วมงานวิจัย ซึ่งข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างได้ใช้ตัวเลขแทนชื่อในการศึกษาวิจัย และเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับ และหลังจากเสร็จสิ้นงานวิจัยผู้วิจัยได้ทำลายแบบสอบถามทั้งภายหลังการตีพิมพ์ 1 ปี ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเคารพสิทธิของกลุ่มตัวอย่างและไม่สอบถามเหตุผลของการไม่เข้าร่วมการวิจัยนี้ หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามกับผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งแล้ว จากนั้นจึงได้เข้าพบหัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลเอกชนทั้ง 3 แห่ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการดำเนินงานวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือผู้ประสานงานวิจัย 2 ท่าน ช่วยเก็บข้อมูลในโรงพยาบาล 2 แห่ง และอีก 1 แห่งผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยพบกับผู้ประสานงานวิจัยเพื่อทำการชี้แจงรายละเอียดวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลและการติดตามแบบสอบถามรวมทั้งวิธีการส่งคืนแบบสอบถามให้กับผู้วิจัย เมื่อผู้ประสานงานวิจัยเข้าใจขั้นตอนเป็นอย่างดีแล้ว ทั้งผู้ประสานงานวิจัยและผู้วิจัยจึงได้เริ่มทำการแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยนำชุดแบบสอบถามไปฝากที่หอผู้ป่วยซึ่งกลุ่มตัวอย่างทำงานอยู่ โดยในชุดแบบสอบถามประกอบด้วยเอกสารคำชี้แจง เอกสารคำยินยอม แบบสอบถามและซองจดหมาย 2 ซอง (ซองหนึ่งไว้ใส่แบบสอบถาม อีกซองไว้ใส่เอกสารคำยินยอม) และได้มีการเตรียมกล่องรับแบบสอบถามวางคืนที่เคาน์เตอร์พยาบาล ผู้วิจัยและผู้ประสานงานวิจัยทำการติดตามเก็บแบบสอบถามจากกล่องที่ได้เตรียมไว้เป็นระยะ ๆ และใช้เวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2564 และได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์ จำนวน 266 ฉบับ จากทั้งหมด 317 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 83.91

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำมาวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาล และการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างของพยาบาล วิเคราะห์โดยการหาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างกับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาล โรงพยาบาลเอกชน ในการวิเคราะห์โดยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ลักษณะการแจกแจงของข้อมูล พบว่า ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Spearman rank correlation

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นพยาบาลและปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 58.65 เป็นเพศหญิงร้อยละ 98.50 มีสถานภาพโสดร้อยละ 66.92 ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 98.87 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 49.25 ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยในมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 48.50 และปฏิบัติงานในหน่วยอายุ-กรรมมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 34.59

2. ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลโรงพยาบาลเอกชนมีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 74.96$, $SD \pm 67.88$) โดยแยกเป็นร้อยละ 42.86 ของพยาบาลมีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 49.62 ของพยาบาลมีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 7.52 ของพยาบาลที่มีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=266)

ระดับของภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม ระดับต่ำ	114	42.86
ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม ระดับปานกลาง	132	49.62
ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม ระดับสูง	20	7.52
ค่าเฉลี่ยภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม = 74.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 67.88 Range = 312 Max = 312, Min = 0		

เมื่อเรียงอันดับของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในพยาบาลเอกชนตามค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละข้อคำถามของแบบวัดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม พบว่า 10 อันดับเหตุการณ์ที่มีค่าเฉลี่ยภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในพยาบาลเอกชนสูงสุด ประกอบด้วยเหตุการณ์ในกลุ่มองค์กรและระบบจำนวน 4 เหตุการณ์ กลุ่มหน่วยงานและทีมปฏิบัติงานจำนวน 4 เหตุการณ์ และในกลุ่มผู้ป่วยและญาติจำนวน 2 เหตุการณ์ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 อันดับของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในพยาบาลเอกชน

อันดับ	เหตุการณ์ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม	ประเภทของเหตุการณ์	$\bar{X}$	S.D.
1	การถูกมอบหมายให้ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกินกว่าที่จะทำให้สามารถทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย	องค์กร/ระบบ	4.92	5.23
2	ความรู้สึกรู้สึกว่าถูกเรียกร้องให้ใช้ความพยายามอย่างหนักในการทำงานให้ได้ผลลัพธ์หรือคุณภาพคุ้มกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล	องค์กร/ระบบ	4.51	4.84
3	การถูกมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย / ญาติที่มีความก้าวร้าวและเรียกร้องการดูแล	องค์กร/ระบบ	3.98	4.43
4	ความรู้สึกล้มเหลวที่จะได้รับผลทางลบ ถ้าพูดในสิ่งที่ตนเองคิดออกไป	หน่วยงาน/ทีม	3.83	4.11

ตารางที่ 2 อันดับของเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในโรงพยาบาลเอกชน (ต่อ)

อันดับ	เหตุการณ์ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม	ประเภทของเหตุการณ์	$\bar{X}$	S.D.
5	การมีประสบการณ์ที่ต้องประนีประนอมกับผู้ป่วยเนื่องจากขาดทรัพยากร / อุปกรณ์ / จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วย	องค์กร/ระบบ	3.75	4.00
6	ความรู้สึกดตันที่ต้องสั่งหรือปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาซึ่งตัวท่านเห็นว่าไม่มีความจำเป็นและไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย	ผู้ป่วย/ญาติ	3.15	3.37
7	การทำงานในทีม หน่วยงาน และองค์กรที่มีลำดับชั้นของอำนาจเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้ป่วย	หน่วยงาน/ทีม	2.95	3.58
8	การเห็นการดูแลผู้ป่วยที่ไม่มีคุณภาพ ที่เป็นผลมาจากการสื่อสารในทีมที่ไม่มีประสิทธิภาพ	หน่วยงาน/ทีม	2.93	3.52
9	การเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมาน เนื่องจากขาดคนดูแลตลอดเวลา	หน่วยงาน/ทีม	2.91	4.00
10	การทำตามคำขอของญาติที่จะให้การรักษามีผลรุนแรงต่อผู้ป่วยต่อไป ทั้ง ๆ ที่ท่านเชื่อว่าไม่ได้เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ	ผู้ป่วย/ญาติ	2.85	3.55

3. การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง

ผลการศึกษาพบว่าพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนรับรู้ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 74.96$, $SD \pm 67.88$) เมื่อเรียงลำดับคะแนนเฉลี่ยในแต่ละด้านของการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างพบว่า ในด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบเป็นทางการมีค่าต่ำสุด รองลงมาคือ ด้านการเข้าถึงทรัพยากร ด้านการเข้าถึงการสนับสนุน ด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้านพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ และด้านการเข้าถึงโอกาสมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของระดับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างของกลุ่มตัวอย่าง (n=266)

การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
พลังอำนาจแบบเป็นทางการ	3.49	0.73	-
พลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ	3.88	0.67	-
การเข้าถึงโอกาส	3.97	0.71	-
การเข้าถึงทรัพยากร	3.71	0.74	-
การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร	3.77	0.76	-
การเข้าถึงการสนับสนุน	3.76	0.72	-
การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างโดยรวม	22.58	3.50	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างกับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม

ผลการศึกษาพบว่า การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับน้อยมากกับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.148$, $p\text{-value} = .016$)

การอภิปรายผล

1. ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาล ในโรงพยาบาลเอกชนเชียงใหม่

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 1) ที่เป็นเช่นนี้ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจากในโครงสร้างการบริหารงานในโรงพยาบาลเอกชนที่ได้นำหลักธรรมาภิบาลมาใช้ในการ บริหารและกำกับดูแลการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดความโปร่งใส มีความเป็นธรรม และให้การบริการอย่างมี ประสิทธิภาพ (Nunil, 2016) นอกจากนี้ในโรงพยาบาลเอกชนมีหัวหน้ากลุ่มการพยาบาลซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ ทำหน้าที่คอยกำกับดูแลให้พยาบาลปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพของสภาการพยาบาลเพื่อพิทักษ์สิทธิ และป้องกันไม่ให้พยาบาลถูกฟ้องร้อง (Nursing department, 2018) อย่างไรก็ตามในงานวิจัยนี้ พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพยาบาลที่มีอายุและประสบการณ์ในการทำงานน้อย โดยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 58.6) มีช่วงอายุ 21-30 ปี และร้อยละ 49.2 ของพยาบาลมีอายุงานอยู่ระหว่าง 1-5 ปี จึงอาจมีผลให้ไม่สามารถตัดสินใจแก้ปัญหา ในสถานการณ์เชิงจริยธรรมที่ซับซ้อนได้อย่างเหมาะสม เช่น การถูกมอบหมายให้ต้องดูแลผู้ป่วยจำนวนมากเกิน กว่าที่จะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย ความรู้สึกว่าถูกเรียกร้องให้ใช้ความพยายามอย่างหนักในการทำงาน ให้ได้ผลลัพธ์หรือคุณภาพคุ้มกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การมีประสบการณ์ที่ต้องประนีประนอมกับผู้ป่วย เนื่องจากขาดทรัพยากร / อุปกรณ์ / จำนวนเตียงรองรับผู้ป่วย การถูกมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย / ญาติที่มีความ ก้าวร้าวและเรียกร้องการดูแล ความรู้สึกกดดันที่ต้องสั่งหรือปฏิบัติตามคำสั่งการรักษาซึ่งตัวท่านเห็นว่าไม่มีความ จำเป็นและไม่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น (ตารางที่ 2)

ผลการศึกษานี้มีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ เอปสไตน์ และคณะ (Epstein et al., 2019) ที่ได้ศึกษา ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในบุคลากรทางด้านสุขภาพในประเทศสหรัฐอเมริกาและพบว่าพยาบาลมีภาวะบีบคั้น ทางจริยธรรมของพยาบาลอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับการงานวิจัยของ โทลโทชด์ (Trotochaud, 2015) ที่ ได้ศึกษาภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่ให้การดูแลเด็กที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤติ และพบว่าพยาบาลมีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นว่าพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย ในโรงพยาบาลมีโอกาสที่จะเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมขึ้นได้ ซึ่งแม้ว่าในการศึกษาวิจัยนี้และงานวิจัยที่ผ่านมา จะแสดงให้เห็นว่าพยาบาลส่วนใหญ่ยังเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษานี้ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ วิดิอาร์ติ, อารินดา, และ พรเวสตี (Widianti, Arinda, & Prawesti, 2019) ที่พบว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์มากจะเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมน้อยกว่าพยาบาลที่มี ประสบการณ์น้อย และงานวิจัยของ เพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (Saenprasarn et al., 2017) ซึ่งพบว่า พยาบาลที่มีประสบการณ์ในการทำงานมากจะมีความมั่นใจในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมมากกว่าพยาบาลที่มี ประสบการณ์ในการทำงานน้อยหรือพยาบาลจบใหม่ ด้วยเหตุนี้จึงทำให้ได้ผลการศึกษาว่าพยาบาลในโรงพยาบาล เอกชน จังหวัดเชียงใหม่มีภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมอยู่ในระดับปานกลาง

2. การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนเชียงใหม่

การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนรับรู้ได้รับการเสริมสร้างพลัง อำนาจเชิงโครงสร้างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 22.58, SD = 3.50) (ตารางที่ 3) การที่กลุ่มตัวอย่าง ในงานวิจัยครั้งนี้รับรู้ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อาจเป็น เพราะว่าการรับรู้การเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างในระดับสูงจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อพยาบาลได้รับพลังอำนาจ อย่างเพียงพอทั้งพลังอำนาจแบบเป็นทางการและพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ ซึ่งพลังอำนาจแบบเป็นทางการ จะเกิดขึ้นได้จากการได้รับตำแหน่งงานหรือได้รับมอบหมายให้มีอำนาจในการตัดสินใจได้อย่างอิสระดำเนินการ และสร้างสรรค์ผลงานเพื่อพัฒนาและปรับปรุงงานให้ดีขึ้นได้ด้วยตนเอง ส่วนพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการจะ

เกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้บริหาร ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ร่วมงาน โดยหากพยาบาลได้รับความช่วยเหลือ แลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงาน และผลักดันให้ปฏิบัติงานได้สำเร็จจากผู้บริหาร ผู้ให้คำปรึกษาและผู้ร่วมงานเป็นอย่างดีก็จะเกิดความรู้สึกว่ามีพลังอำนาจในงาน (Laschinger, Sabiston, & Kutzcher, 1997) แต่ในงานวิจัยนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบเป็นทางการ ($\bar{X} = 3.49$, $SD = 0.73$) น้อยกว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการ ($\bar{X} = 3.88$, $SD = 0.67$) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ (คิดเป็นร้อยละ 58.6) เป็นพยาบาลที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี และมีอายุการทำงานระหว่าง 1-5 ปี (คิดเป็นร้อยละ 49.2) ซึ่งอยู่ในช่วงวัยที่กำลังเรียนรู้งาน จึงได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการมากกว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบเป็นทางการ โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบไม่เป็นทางการในกลุ่มนี้จะได้มาจากคำแนะนำและความช่วยเหลือจากหัวหน้าหอผู้ป่วยและเพื่อนร่วมงาน ทำให้พยาบาลเกิดความมั่นใจในการทำงานมากขึ้น ในทางตรงกันข้ามพยาบาลกลุ่มนี้มีข้อจำกัดในการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบเป็นทางการ เพราะด้วยประสบการณ์ในการทำงานและยังขาดความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนจึงทำให้ไม่ได้รับมอบหมายให้สามารถตัดสินใจและดำเนินการในงานที่ย่างยากซับซ้อน รวมทั้งคิดสร้างสรรค์ผลงานเพื่อพัฒนาและปรับปรุงงานด้วยตนเองได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนที่เน้นการให้บริการที่มีประสิทธิภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการมีความเชื่อมั่นในการให้บริการ หากเกิดความผิดพลาดหรือมีการร้องเรียนในเรื่องบริการเกิดขึ้นจะมีผลต่อชื่อเสียงของโรงพยาบาลได้ (Srithammanit, & Chompuming, 2018) ดังนั้นผู้ที่จะสามารถตัดสินใจหรือจัดการแก้ไขปัญหาได้จะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างแบบเป็นทางการและมีการรับรู้ในตนเองและได้รับอำนาจหน้าที่จากผู้บังคับบัญชา

ผลการศึกษาที่ได้นี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แกนซ์ และคณะ (Ganz, et al., 2012) ที่พบว่าพยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเทศอิสราเอล มีค่าเฉลี่ยการสร้างเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้างโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 19.00$, $SD = 3.66$) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาในครั้งนี้มีความแตกต่างจากงานวิจัยของ สุกุลนารี เวทยะเวทิน (Vetayavetin, 2011) ที่ได้ทำการศึกษาการสร้างเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้างในพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลเอกชน 9 แห่งทั่วประเทศ โดยมีโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ และผลการศึกษา พบว่าพยาบาลรับรู้ได้รับการสร้างเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้างอยู่ในระดับมาก ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าลักษณะของบุคคลกลุ่มตัวอย่าง และบริบทการทำงานในต่างประเทศที่มีความแตกต่างกับของประเทศไทย

3.ความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างและภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้พบว่าการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างมีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดเชียงใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = 0.148$, $p\text{-value} .016$) (ตารางที่ 4) ผลการวิจัยที่ได้สนับสนุนแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมพลังอำนาจเชิงโครงสร้างของ ลาสชินเจอร์, ซาบิสตัน, และ คัทซเชอร์ (Laschinger, Sabiston, & Kutzcher, 1997) ที่ว่าหากคนทำงานได้รับพลังอำนาจทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการในการทำงาน จะได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเอง เข้าถึงแหล่งของพลังอำนาจและทรัพยากรที่สนับสนุนให้งานบรรลุผลสำเร็จ จึงเกิดความรู้สึกว่าสามารถควบคุมงานและบริบทในการทำงาน รับรู้ตัวตนมีสมรรถนะในการทำงาน และยังสนับสนุนแนวคิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของ ฮามริค, บอเชอร์ และ เอปสไตน์ (Hamric, Borchers & Epstein, 2012) ที่ว่าภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมทางพยาบาลเกิดขึ้นจากทำงานภายใต้อุปสรรคที่มาจากตัวพยาบาล เช่น การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษา และอุปสรรคที่มาจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน เช่น การขาดการสนับสนุนด้านการบริหาร การจัดอัตราค่าจ้าง การหมุนเวียน การไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขาดสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น ดังนั้นหาก

พยาบาลได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างน่าจะส่งผลดีในการลดอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดในตัวพยาบาล และสภาพแวดล้อมในการทำงานและทำให้พยาบาลเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมทางการพยาบาลลดลงได้

ผลการศึกษาที่มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ แกนซ์ และคณะ (Ganz, et al., 2012) ที่พบว่า พยาบาลในหอผู้ป่วยวิกฤต ประเทศอิสราเอล มีการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างโดยรวมมีความสัมพันธ์กับ ภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมโดยตรงในเชิงลบ ($r = 0.18$, $p\text{-value} = .0004$) แสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการเสริมสร้าง พลังอำนาจเชิงโครงสร้างให้แก่พยาบาลจะทำให้พยาบาลมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมน้อยลง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาลควรมีการพิจารณาหาแนวทางรักษาและส่งเสริมการ เสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้

1. ผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนควรให้ความสำคัญในการป้องกันและลดการเกิดภาวะ บีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาล เช่น จัดทำระบบการทำงานของทีมงานเมื่อพบสถานการณ์ จัดทำระบบและขั้นตอน แนวทางในการจัดการและการรายงานปัญหา ส่งเสริมการทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมร่วมกัน วิเคราะห์หาแนวทางการแก้ไขปรับปรุง
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลเอกชนควรมีการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้าง ในพยาบาลที่มีประสบการณ์ทำงานน้อยเพิ่มมากขึ้น ด้วยการมอบหมายให้สามารถตัดสินใจและดำเนินการในงาน ที่ยุ่งยากซับซ้อนและคิดสร้างสรรค์ผลงานเพื่อพัฒนาและปรับปรุงงานด้วยตนเอง
3. ควรส่งเสริมพยาบาลกลุ่มนี้ให้มีการประเมินการรับรู้และพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติงาน อยู่สม่ำเสมอ และสนับสนุนอุปกรณ์ในการให้พยาบาลอย่างเพียงพอ พัฒนาแหล่งข้อมูลข่าวสารของ โรงพยาบาลและความรู้ทางการพยาบาลให้ทันสมัย อันจะเป็นการส่งเสริมให้พยาบาลกลุ่มนี้มีความสามารถ มั่นใจ ในตนเองและสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมได้ด้วย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดเพราะเป็นการศึกษาเฉพาะกับพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ และทำการศึกษา เฉพาะความสัมพันธ์ระหว่างการเสริมสร้างพลังอำนาจเชิงโครงสร้างและภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม ดังนั้นจึงควรมี การศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในประเด็นต่อไปนี้

1. ศึกษาวิจัยภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมในพยาบาลเอกชนทั่วประเทศ เพื่อให้เห็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับ พยาบาลเอกชนในภาพรวมทั้งประเทศได้
2. ศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ทราบสาเหตุที่ทำให้พยาบาลเกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม
3. ศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องหรือสามารถทำนายภาวะบีบคั้นทางจริยธรรมของพยาบาล เพื่อจะได้นำ ข้อมูลไปใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขหรือป้องกันไม่ให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม เช่น สมรรถนะของ พยาบาลวิชาชีพ ประเด็นหรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดภาวะบีบคั้นทางจริยธรรม และคุณภาพชีวิตการทำงานของ พยาบาลวิชาชีพ

References

- Burn, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research: Conduct, critique & utilization* (5thed.). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Boonkhaew, P., Rabob, C. & Vanakul, P., (2021). The Expectations of service recipient towards service quality in hospital front office department. *UMT-Poly Journal*, 18(2), 62-71.



- De Villers, M. J., & DeVon, H. A. (2013). Moral distress and avoidance behavior in nurses working in critical care and noncritical care units. *Nursing Ethics*, 20(5), 589-603.
- Department of Business Development, (2020). *Hospital business and nursing home*. Retrieved from https://www.dbd.go.th/download/document_file/Statistic/2562/T26/T26_201903.pdf.php. (in Thai)
- Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
- Epstein, E. G., Whitehead, P. B., Prompahakul, C., Thacker, L. R., & Hamric, A. B. (2019). Enhancing understanding of moral distress: The measure of moral distress for health care professionals. *AJOB Empirical Bioethics*, 10(2), 113-124.
- Ganz, F. D., Raanan, O., Khalaila, R., Bennaroch, K., Scherman, S., Bruttin, M., ... Benbenishty, J. (2013). Moral distress and structural empowerment among a national sample of Israeli intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 415-424.
- Hamric, A. B., Borchers, C. T., & Epstein, E. G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2), 1-9.
- Jalali, K., Tabari-Khomeiran, R., Asgari, F., Sedghi-Sabet, M., & Kazemnejad, E. (2019). Moral distress and related factors among emergency department nurses. *Eurasian Journal of Emergency Medicine*, 18(1), 23.
- Laschinger, H. (2012). *Conditions for work effectiveness questionnaire i and ii user manual*. Retrieved from <http://medpr.imp.lodz.pl/Adaptacja-Kwestionariusza-warunkow-efektywnosci-pracy-II-w-grupie-polskich-pielegniarek,89625,0,2.html>
- Ledoux, K. (2015). *Moral distress: A study of personal and organizational factors*. (Doctor of Philosophy Thesis). The University of Western Ontario: Canada.
- Nuchpong, N. (2019). *Factors predicting innovative behaviors of nurses in government university hospitals*. (Master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Nunil, S. (2016). Governance in private organizations: Service sector business. *Silpakorn University Journal*, 36(2), 57-76. (in Thai)
- Nursing Department. (2018). *The role of nurse*. Nonthaburi: Tawan media. (in Thai).
- Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K., ... Narita, Y. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing ethics*, 17(6), 726-740.
- Saenprasarn, P., Suthipong, N., Srihaweche, T. & Choocha, U. (2017). Ethical decision-making in nursing care at high risk for ethical complaints of professional nurses in private hospitals. *Kuakarun Journal of Nursing*, 24(2), 113-129. (in Thai).
- Sirilai, S. (2012). *Ethics for nurses*. (12th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai)
- Srithammanit, T. & Chompuming, P. (2018). Effective human resource management of major private hospital network in Bangkok and Chiang Mai Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*, 21(3), 118-128. (in Thai)



- Sirintarangkoon, W. (2014). *Moral distress of registered nurses in caring for psychiatric patients in psychiatric hospital, southern Thailand*. (Master's thesis). Prince of Songkla University, Thailand. (in Thai)
- Songsraboon, R. (2014). Model of an excellent service of private hospitals in Thailand. *Journal of Graduate School of Commerce Burapha Review*, 2(9), 54-67. (in Thai)
- Laschinger, H. K., Sabiston, J. A., & Kutzcher, L. (1997). Empowerment and staff nurse decision involvement in nursing work environments: Testing Kanter's theory of structural power in organizations. *Research in Nursing & Health*, 20(4), 341-352.
- Thato R. (2018). *Nursing research: Concepts to application* (3rd Ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai).
- The Private Hospital Association Thailand. (2022). *Nursing standards*. Retrieved from <https://www.tnmc.or.th/news/124>. (in Thai)
- Trotochaud, K., Coleman, J. R., Krawiecki, N., & McCracken, C. (2015). Moral distress in pediatric healthcare providers. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), 908-914.
- Vetayavetin, S. (2011). *Relationships between empowerment, work itself, and work engagement of professional nurses, private hospitals*. (Master's thesis). Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Widianti, E., Arinda, R., & Prawesti, A. (2019). Nurses' moral distress in the emergency department. *Journal of Nursing Care*, 2(3). doi:10.24198/jnc.v2i3.21374



Activity-Based Costing of Mobile Health Checks at Private Hospitals in Lamphun Province*

ต้นทุนฐานกิจกรรมของการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน*

รุ่งลาวัล

ศรีทอง**

Runglawan

Srithong**

ฐิติณัฐ

อัคคะเดชอนันต์***

Thitinut

Akkadechanunt***

บุญพิชชา

จิตต์ภักดี***

Bunpitcha

Chitpakdee***

Abstract

Activity-based costing is an important issue for hospital and nursing administrators in order to manage resource utilization in service provision. This descriptive study aims to analyze the activity-based cost of general health examinations via mobile health check administered by private hospitals in Lamphun Province, and to compare the activity-based cost of general health examinations via mobile health checks with the price of health checks that private hospitals have determined. The sample for the study was the activities of general health examinations via mobile health checks between August 1, 2018 and September 30, 2018. The conceptual framework used Activity-Based Costing introduced by Kaplan and Cooper (1998) and composed of four steps: 1) develop the activity dictionary; 2) determine how much the organization is spending on each of its activities; 3) identify the organization's products, services, and customers; and 4) select activity cost drivers that link activity costs to the organization's products, services, and customers. The instruments used in this study were developed by the investigator and consisted of the activity dictionary, time spent record form for activities, and data record forms for labor costs, material costs and capital costs. All instruments were confirmed for content validity by three experts, and the inter-rater reliability of the two data collectors was 1.0. Data were analyzed using descriptive statistics.

Results revealed that:

1. The activity-based cost of a general health examination via mobile health check was 297.94 THB, of which labor costs accounted for 206.83 THB; materials costs, 76.09 THB; and capital costs, 15.02 THB. The ratio of labor to materials to capital costs was 69.40:25.50:5.10.

2. The activity-based cost of a general health examination via mobile health check was 27.94 THB higher than the per capita rate determined by private hospitals.

Hospital and nursing administrators can use the cost data from this study to calculate the break-even analysis and consider the efficacy of resource utilization in mobile health checks.

Key words: Activity-based costing, Cost analysis, Mobile health check

* 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: nso2302@gmail.com

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

Received 10 June 2019; Revised 1 July 2019; Accepted 24 July 2019



บทคัดย่อ

ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการมีความสำคัญต่อผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์ในการบริหารทรัพยากรที่ใช้ในการให้บริการ การศึกษาเชิงพรรณนาค้างนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป ที่ให้บริการโดยโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน และเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไปกับค่าบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน กำหนดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ กิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2561 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมของ แคปแพลน และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดทำพจนานุกรม 2) กำหนดมูลค่าของปริมาณทรัพยากรที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมขององค์กร 3) ระบุผลผลิต บริการ และลูกค้าขององค์กร 4) เลือกตัวหลักต้นทุน ที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมกับผลผลิต บริการ และลูกค้าขององค์กร เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นประกอบด้วย พจนานุกรมกิจกรรม แบบบันทึกเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง ค่าวัสดุสิ้นเปลืองและค่าลงทุน และได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ทดสอบความเที่ยงของการสังเกตระหว่างผู้เก็บข้อมูล 2 คน ได้เท่ากับ 1.0 ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป เท่ากับ 297.94 บาท โดยพบว่าเป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 206.83 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 76.09 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 15.02 บาท คิดเป็นสัดส่วน ต้นทุนค่าแรง: ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง: ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 69.40:25.50:5.10

2. ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป 1 คน สูงกว่าอัตราค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน กำหนด เท่ากับ 27.94 บาท

ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการแพทย์สามารถใช้ข้อมูลต้นทุนจากการศึกษาครั้งนี้ไปคำนวณจุดคุ้มทุน และพิจารณาการบริหารทรัพยากรที่ใช้ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่า คุ้มทุนต่อไป

คำสำคัญ: การวิเคราะห์ต้นทุน ต้นทุนกิจกรรม ตรวจสุขภาพเคลื่อนที่

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทางการแพทย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: nso2302@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560–2564) ที่มีจุดเปลี่ยนที่สำคัญในการพัฒนา เชื่อมต่อกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีระยะยาวสู่การปฏิบัติ เพื่อเตรียมความพร้อมคน สังคม และระบบเศรษฐกิจของประเทศให้สามารถปรับตัว รองรับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเหมาะสม มีทิศทางและเกิดประสิทธิภาพ นำไปสู่การพัฒนาเพื่อประโยชน์สุขที่ยั่งยืนของสังคมไทย ส่งเสริมให้คนมีสุขภาพดี โดยมุ่งเน้นการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่มีสัดส่วนของการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมสำหรับงาน ครอบครัว สังคมและตนเองตลอดจนมีความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน หน่วยงานหรือสถานประกอบการ จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ใช้งาน และการส่งเสริมความปลอดภัยในสถานประกอบการ

ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ ใช้มาตรการการตรวจสุขภาพเป็นกลยุทธ์สำคัญ ในการป้องกันและควบคุมปัญหาสุขภาพ ทั้งนี้เป้าหมายเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี อีกทั้งใช้ผลการตรวจสุขภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในบางกรณี (Ministry of Labour, 2017) และในการตรวจสุขภาพของพนักงานต้องมีความเชื่อมโยงกับช่วงเวลาที่ต้องทำการตรวจสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับการตรวจวัดสิ่งคุกคาม หรือปัจจัยเสี่ยงที่พนักงานสัมผัสในระหว่างการทำงาน อีกทั้งเพื่อนำไปสู่การป้องกันการเจ็บป่วยด้วยการลดการสัมผัส หรือให้การรักษาก่อนที่พนักงานจะเจ็บป่วยรุนแรงขึ้น (Rempel, 1990) ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการกำหนดการตรวจสุขภาพพนักงานโดย องค์การ Occupational Safety and Health Administration (OSHA, 2000) ได้ระบุว่าควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพ 4 ระยะด้วยกัน คือ การตรวจก่อนเข้าทำงานในตำแหน่งนั้นๆ (Pre-placement) ตรวจเป็นระยะๆ (Periodic) ตรวจเมื่อเกิดการสัมผัสปริมาณมาก เช่น การระเบิดหรือการรั่วไหลของสารเคมีต่างๆ (Emergency/Exposure) และการตรวจเมื่อเลิกสัมผัสกับสารนั้นๆ (Termination examination)

สำหรับประเทศไทยกระทรวงแรงงานได้กำหนดให้มีการตรวจสุขภาพตามระยะเวลาของการทำงาน คือ การตรวจสุขภาพลูกจ้างครั้งแรกภายใน 30 วันนับจากเริ่มทำงาน การตรวจสุขภาพลูกจ้างครั้งต่อไปอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (การตรวจสุขภาพประจำปี) ตรวจสุขภาพเมื่อนายจ้างเปลี่ยนงานของลูกจ้างที่มีอันตรายต่างไปจากเดิม ตรวจกรณีที่ลูกจ้างหยุดงาน 3 วันทำงานติดต่อกันจากประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย (Ministry of Labour, 2017) พบว่ามีปัจจัยคุกคามสุขภาพหลายด้านจากสภาพแวดล้อมการทำงานตามความเสี่ยงที่แรงงานสัมผัส ทั้งด้านการยศาสตร์ ท่าทางการทำงาน ด้านเคมี ด้านกายภาพต่างๆ ล้วนแล้วก่อให้เกิดความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องจากงานทั้งสิ้น (Kabmala, Chaprasit, & Viswskul, 2013)

หน่วยงานบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชนมุ่งเน้นด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้ประชาชนทั่วไปและบุคลากรด้านสุขภาพมีการตื่นตัวในการสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น โดยจะเห็นได้ว่าโรงพยาบาลทุกระดับได้มีนโยบายขององค์กรที่มุ่งมั่นและพัฒนางานด้านการสร้างเสริมสุขภาพทั้งในองค์กรเอง และชุมชน (Kunaviktikul et al., 2015) อีกทั้งมีการกำหนดพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2541 ว่าด้วยให้นายจ้างจัดให้มีการตรวจสุขภาพของลูกจ้างที่ทำงานเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงโดยแพทย์แผนปัจจุบันชั้นหนึ่ง ซึ่งธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนและสถานบริการสุขภาพจึงใช้โอกาสนี้เป็นช่องทางในการดำเนินธุรกิจ โดยเข้ามามีบทบาทและความรับผิดชอบในการเป็นทางเลือกหนึ่งให้บริการอาชีวอนามัยแก่พนักงาน และสถานประกอบการ ซึ่งครอบคลุมในการเป็นภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยและบาดเจ็บจากการทำงาน อีกทั้งยังมีการให้บริการ การตรวจสุขภาพประจำปีเคลื่อนที่ ซึ่งได้รับความนิยมเป็นอย่างมากในกลุ่มของ

หน่วยงานราชการ บริษัทเอกชน และสถานศึกษา ที่จำเป็นต้องจัดให้มีสวัสดิการตรวจสุขภาพให้แก่พนักงานเป็นประจำทุกปี เนื่องจากสามารถรับบริการได้ในสถานที่ทำงาน โดยจะมีรถตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ซึ่งภายในประกอบด้วยเครื่องมือทางการแพทย์พร้อมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เดินทางมาให้บริการถึงที่ และให้บริการในมาตรฐานเดียวกันกับการให้บริการในสถานพยาบาล ทำให้พนักงานที่จะรับบริการตรวจสุขภาพไม่ต้องหยุดงาน และหน่วยงานไม่ต้องจัดหารถสำหรับรับ-ส่ง พนักงานเพื่อเดินทางไปรับบริการยังสถานพยาบาล (Suwandechochai, 2012) โดยในส่วนค่าบริการขึ้นอยู่กับข้อตกลงของสถานประกอบการกับหน่วยบริการของโรงพยาบาลเอกชนหรือสถานบริการสุขภาพอื่นๆ ซึ่งจะมีการกำหนดอัตราค่าบริการของการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ที่มีความแตกต่างกันของแต่ละโรงพยาบาลเอกชนหรือสถานบริการสุขภาพที่ได้ทำการเสนอราคาให้กับสถานประกอบการนั้นๆเป็นผู้เลือกใช้บริการ

โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูนมีการกำหนดอัตราค่าบริการของการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ที่มีความแตกต่างกับอัตราค่าบริการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาล โดยการคิดอัตราค่าบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่นอกโรงพยาบาลเป็นการพิจารณาจากจำนวนของผู้รับบริการที่รับการตรวจในแต่ละรายการ รวมถึงจำนวนรายการที่สถานประกอบการทำการตรวจในแต่ละครั้ง และพิจารณาร่วมกับราคาต้นทุนถัวเฉลี่ยของแต่ละรายการตรวจ (ฝ่ายการเงินและบัญชี โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน) ซึ่งพบว่าการวิเคราะห์ต้นทุนถัวเฉลี่ยที่เสนอราคาให้กับสถานประกอบการดังกล่าว นั้น ไม่ได้นำต้นทุนค่าแรงเจ้าหน้าที่ ที่ออกบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการให้บริการของหน่วยงานทุกแผนกที่เกี่ยวข้อง รวมถึงค่ายานพาหนะ ค่าน้ำมัน ที่ใช้ในการให้บริการตรวจสุขภาพนอกสถานที่มาคิดคำนวณ ข้อมูลต้นทุนนี้จึงไม่สามารถสะท้อนถึงต้นทุนที่แท้จริง ที่ใช้กับการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ได้ ทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่าคุ้มค่า คุ้มทุนกับการให้บริการหรือไม่ เพราะยังไม่มีการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมของการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ เปรียบเทียบกับอัตราค่าบริการที่กำหนดเสนอให้กับสถานประกอบการ

จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาในฐานะที่รับผิดชอบงานบริการการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ จึงได้เห็นความจำเป็นในการที่จะต้อง วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมในการให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน โดยใช้แนวคิดของ แคปแลน และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) ซึ่งเป็นผู้พัฒนาแนวคิดต้นทุนฐานกิจกรรมเป็นที่ให้การยอมรับอย่างแพร่หลายในปัจจุบัน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรม 2) กำหนดมูลค่าของปริมาณในแต่ละกิจกรรม 3) ระบุผลผลิต บริการและลูกค้าขององค์กร 4) เลือกตัวหลักต้นทุนที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมกับผลผลิต บริการและลูกค้าขององค์กรและคาดว่าข้อมูลต้นทุนที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ แก่ผู้บริหารโรงพยาบาลในการนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจเสนอราคา การกำหนดอัตราค่าบริการ รวมไปถึงการบริหารกิจกรรมที่ไม่เพิ่มค่า หรือไม่ก่อให้เกิดรายได้ อีกทั้งข้อมูลต้นทุนที่ได้ยังสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการใช้ทรัพยากรในการให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ให้มีความเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน
2. เพื่อเปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไปกับอัตราค่าบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูนกำหนด

คำถามการวิจัย

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน เป็นเท่าใด
2. ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไปกับอัตราค่าบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูนกำหนด มีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรม (Activity-Based Costing: ABC) ของ แคปแลน และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การจัดทำพจนานุกรมกิจกรรม 2) กำหนดมูลค่าของปริมาณทรัพยากรในแต่ละกิจกรรม 3) ระบุผลผลิต บริการและลูกค้าขององค์กร 4) เลือกตัวหลักต้นทุนที่เชื่อมโยงต้นทุนกิจกรรมกับผลผลิต บริการและลูกค้าขององค์กร

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ ประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ จำนวนทั้งสิ้น 18 คน ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เทคนิคการแพทย์ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยพยาบาล 5 คน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ 7 คน และเจ้าหน้าที่การตลาด 2 คน และ กิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป

2. กลุ่มตัวอย่างคือ กิจกรรมในการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป คำนวณตามหลักการสุ่มเวลา โดยการจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมย่อยในการบริการตามพจนานุกรมกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูนทุกกิจกรรมเบื้องต้น 5 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลามากกว่า 2 นาที และจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม เบื้องต้น 10 ครั้ง ในกิจกรรมย่อยที่ใช้เวลาน้อยกว่า 2 นาที จากนั้นคำนวณค่าเฉลี่ย (mean) ในการปฏิบัติแต่ละกิจกรรมย่อยในพจนานุกรม แล้วนำค่าเฉลี่ยของเวลาในแต่ละกิจกรรมย่อยที่คำนวณได้ไปกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการจับเวลาจากตารางสำเร็จรูป (Wichirawanich, 2010)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. พจนานุกรมกิจกรรมการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน มีลักษณะเป็นตารางประกอบด้วย กิจกรรมหลัก 13 กิจกรรม และกิจกรรมรอง 44 กิจกรรม ลักษณะของกิจกรรมหรือคำอธิบายกิจกรรม

2. แบบบันทึกเวลา ประกอบด้วย แบบบันทึกปริมาณเวลา และ แบบบันทึกจำนวนครั้งของการจับเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ กิจกรรมหลัก กิจกรรมรอง ลักษณะของกิจกรรม ผู้ปฏิบัติที่กำหนดเป็นรหัส ปริมาณเวลาที่จับได้มีหน่วยเป็นนาทีต่อครั้ง

3. แบบบันทึกต้นทุน ที่ประกอบด้วย 3 ส่วนได้แก่ แบบบันทึกต้นทุนค่าแรง แบบบันทึกต้นทุนค่าวัสดุ และ แบบบันทึกต้นทุนค่าลงทุน ทั้งสามประเภท



4. นาฬิกาจับเวลา 2 เรือน ตรวจสอบความเที่ยงกับสัญญาณวิทยุจากกรมอุทกศาสตร์ กองทัพเรือ เวลา 08.00 น.ที่ตำแหน่งเดียวกัน 3 วัน ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 1

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน หลังจากนั้นผู้วิจัยได้เข้าพบเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และอธิบายขั้นตอนการดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยให้ทราบ ทั้งนี้ข้อมูลทุกอย่างได้เก็บไว้เป็นความลับ

การรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดลำพูน

2. ผู้วิจัยเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน เพื่อชี้แจงรายละเอียดการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนของการวิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการ โดยรวบรวมข้อมูลค่าแรงทั้งหมดของบุคลากรจากฝ่ายบุคคล ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองจากแผนกพัสดุฝ่ายสนับสนุน และต้นทุนค่าลงทุนจากแผนกเครื่องมือแพทย์ ฝ่ายการเงินบัญชี โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน

4. ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลเวลาในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการตามพจนานุกรมกิจกรรมการบริการตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

5. ผู้วิจัยนำผลรวมของรายได้ทั้งหมด มาคำนวณดังนี้

5.1 ค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนโดยป็นค่าแรงลงสู่กิจกรรมตามสัดส่วนการทำงานของบุคลากรแต่ละคนในการปฏิบัติงานตามกิจกรรม ลงสู่กิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน ตามสัดส่วนการทำงานของบุคลากรแต่ละคนในการปฏิบัติงาน นำค่าแรงต่อปีของบุคลากรแต่ละคนมาคิดสัดส่วนเฉพาะกิจกรรมด้านการบริการ นำค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนต่อวันที่ ซึ่งคำนวณจากค่าแรงป็นส่วนในกิจกรรมด้านการบริการของแต่ละคนหารด้วยจำนวนชั่วโมงการทำงาน (ภาคเอกชนได้กำหนดให้พนักงานทำงานสัปดาห์ละ 44 ชั่วโมง ต่อสัปดาห์ หรือ 2,288 ชั่วโมงต่อปี) นำค่าแรงของบุคลากรแต่ละคนที่คิดต่อวันที่ในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการต่างๆ มาคูณกับเวลาที่ใช้ในแต่ละกิจกรรมจะได้เป็นค่าแรง แต่ละกิจกรรม นำค่าแรงของกิจกรรมแต่ละกิจกรรมที่คำนวณได้มารวมเป็นค่าแรงทั้งหมดในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ นำค่าแรงทั้งหมดในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการ หารด้วยจำนวนบุคลากรจะได้เป็น ต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการแต่ละครั้ง

นำต้นทุนค่าแรงเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการในแต่ละครั้ง คูณด้วยจำนวนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการจะได้เป็นต้นทุนค่าแรงรวมในแต่ละกิจกรรม

5.2 ในการคำนวณต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง

$$\text{ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในแต่ละกิจกรรม} = \frac{\text{ผลรวมของค่าวัสดุสิ้นเปลือง}}{\text{จำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม}}$$

นำต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองในแต่ละกิจกรรมของผู้ป่วยทุกรายรวมกันแล้วหาร ด้วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดจะได้เป็นต้นทุนเฉลี่ยค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการแต่ละครั้ง หลังจากนั้นนำต้นทุนเฉลี่ยค่าวัสดุสิ้นเปลืองในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการในแต่ละครั้งคูณกับจำนวนเฉลี่ยในการปฏิบัติกิจกรรมการบริการจะได้เป็นต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวมในแต่ละกิจกรรม



5.3 ในการคำนวณต้นทุนค่าลงทุนรวม ซึ่งประกอบด้วย ค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ คำนวณจากราคาทุน-ราคาซาก/อายุการใช้งาน (ปี) แต่ถ้าอายุการใช้งานเกินจากข้อกำหนดของกรมบัญชีกลาง จะต้องนำข้อมูลค่าใช้จ่ายในการซ่อมบำรุงคำนวณรวมกับราคาตามบัญชีที่คงไว้จำนวน 1 บาท

6. นำต้นทุนค่าแรงรวม ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองรวม และต้นทุนค่าลงทุนในแต่ละกิจกรรมมารวมเป็นต้นทุนรวมทั้งหมดต่อการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ของการตรวจสุขภาพทั่วไป 1 คน แล้วจึงทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของต้นทุนกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน 1 คน กับอัตราค่าบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน กำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive research)

ผลการวิจัย

ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป 1 คน เป็นต้นทุน 297.94 บาท โดยพบว่าเป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 206.83 บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 76.09 บาท และต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 15.02 บาท (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป 1 คน

กิจกรรมการบริการ (กระบวนการหลัก)	ต้นทุน ค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ สิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุนค่า ลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการตรวจสุขภาพ 1 คน
1. เสนอราคาตามรายการ ตรวจที่บริษัทต้องการพร้อม ค่าบริการในการตรวจ	3.31	0.55	0.13	3.99
2. การเตรียมความพร้อมใน การตรวจสุขภาพ	11.89	6.33	2.29	20.51
3. การเดินทางไปให้บริการ ที่สถานประกอบการ	17.83	4.48	5.18	27.85
4. ลงทะเบียนเข้ารับบริการ ตรวจ	5.28	2.54	0.01	7.83
5. คัดกรอง	3.55	2.50	0.01	6.06
6. บริการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการ	26.56	39.65	0.01	66.22
7. บริการตรวจทางรังสี	35.63	3.25	0.17	39.05
8. รับการตรวจร่างกายทั่วไป โดยแพทย์	39.05	3.75	0.00	42.80
9. จำหน่ายผู้รับบริการจาก หน่วยบริการ	0.52	0.00	0.01	0.53



ตารางที่ 1 ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป 1 คน (ต่อ)

กิจกรรมการบริการ (กระบวนการหลัก)	ต้นทุน ค่าแรง (บาท)	ต้นทุนค่าวัสดุ สิ้นเปลือง (บาท)	ต้นทุนค่า ลงทุน (บาท)	ต้นทุนรวม (บาท) ต่อการตรวจสุขภาพ 1 คน
10. การตรวจสอบจำนวน ผู้รับบริการ	0.20	0.09	0.01	0.30
11. ทำความสะอาดและขน ย้าย	12.80	4.84	7.05	24.69
12. ประมวลผลการตรวจ สุขภาพของสถาน ประกอบการ	6.13	2.87	0.08	9.08
13. ส่งมอบผลการตรวจ สุขภาพให้กับสถาน ประกอบการ	44.08	4.88	0.07	49.03
รวม	206.83	76.09	15.02	297.94

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไปกับ
อัตราค่าบริการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูนกำหนด

กิจกรรม	ต้นทุนการ บริการ (บาท)	อัตราค่าบริการตรวจ สุขภาพที่ โรงพยาบาลโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูนกำหนด (บาท)	ผลต่าง ค่าบริการ (บาท)
บริการตรวจสุขภาพ เคลื่อนที่ ของการตรวจ สุขภาพทั่วไป	297.94	270.00	27.94

การอภิปรายผล

การศึกษาอภิปรายผลการศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน ตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป 1 คน เป็นต้นทุน 297.94 บาท โดยพบว่าเป็นต้นทุนค่าแรง เท่ากับ 206.83บาท ต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลือง เท่ากับ 76.09 บาท และ ต้นทุนค่าลงทุน เท่ากับ 15.02 บาท ต้นทุนค่าแรงของบุคลากรมีสัดส่วนสูงสุดเนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานนี้ ให้บริการตรวจสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพ ซึ่งได้รับค่าตอบแทนจากการทำงานสูง และมี รายได้พิเศษต่างๆ เช่น เงินค่าล่วงเวลา ที่คิดเป็น 1.5 เท่าของ อัตรารายชั่วโมงที่เป็นค่าล่วงเวลา ทำให้ค่าแรงต่อ นาทิสูง มีผลทำให้ต้นทุนค่าแรงต่อกิจกรรมสูง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของแคปแลน และ คูเปอร์ (Kaplan & Cooper, 1998) ที่กล่าวว่าตัวหลักต้นทุนหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใน กิจกรรมและต้นทุนที่สำคัญในแต่ละกิจกรรมได้แก่ทรัพยากรและจำนวนครั้งในการปฏิบัติกิจกรรม จึงทำให้ต้นทุน ค่าแรงเป็นต้นทุนสูงสุด

จากผลการศึกษาที่พบว่าต้นทุนค่าลงทุนเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับต้นทุนอื่นๆ ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าครุภัณฑ์ที่ใช้ในการบริการครั้งนี้ได้แก่ ยานพาหนะ รถยนต์ รถ X – Ray และเครื่อง X – Ray เคลื่อนที่ มีอายุการใช้งานนานกว่าหลักเกณฑ์ของกรมบัญชีกลาง หลักเกณฑ์การคำนวณค่าเสื่อมราคาสินทรัพย์ถาวร สำหรับหน่วยงานภาครัฐ กรมบัญชีกลาง (Comptroller General's Department, 2014) กำหนด จึงไม่มีต้นทุนค่าเสื่อมราคา สำหรับต้นทุนค่าวัสดุสิ้นเปลืองเป็นต้นทุนที่มีสัดส่วนสูงเป็นอันดับสอง ถึงแม้ว่าจะมีการคิดทั้งค่าน้ำมันรถ ค่าโทรศัพท์เคลื่อนที่ในการประสานงาน ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ แล้วก็ตามพบว่า การตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไปไม่มีการใช้วัสดุสิ้นเปลืองในปริมาณน้อย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาต้นทุนทางตรงเท่านั้น ไม่ได้ศึกษาต้นทุนทางอ้อมอื่นๆ เช่น ต้นทุนของหน่วยสนับสนุน ค่าสาธารณูปโภค ค่าดูแลความปลอดภัย และพนักงานทำความสะอาด เป็นต้น

2. เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราค่าบริการตรวจสุขภาพที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน กำหนดต่อการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไป 1 คน พบว่า การบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของการตรวจสุขภาพทั่วไปมีต้นทุนที่สูงกว่าอัตราค่าบริการที่ โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน กำหนด เท่ากับ 27.94 บาท การที่โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน กำหนดอัตราค่าบริการที่ต่ำกว่า ต้นทุนของการบริการ เนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน มุ่งเน้นให้มีการเพิ่มลูกค้าใหม่และรักษาลูกค้าเดิม จึงมุ่งหวังที่จะได้ลูกค้าภายนอกเพิ่มขึ้นจากการให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ อย่างไรก็ตามหากผู้รับบริการต้องการตรวจสุขภาพมากกว่ารายการพื้นฐาน หรือรับการตรวจตามสิทธิประกันสังคมหรือบริษัทเอกชน จะทำให้โรงพยาบาลมีรายได้เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากต้นทุนในระยะเตรียมการกับระยะหลังให้บริการจะมีต้นทุนคงที่ หากแต่รายรับจากค่าบริการที่นอกเหนือจากการตรวจสุขภาพทั่วไปเพิ่มขึ้นนั่นเอง และด้วยกลยุทธ์ของโรงพยาบาลในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่นี้เอง ทำให้โรงพยาบาลได้ลูกค้าเพิ่มขึ้น จากที่ที่ตรวจพบความผิดปกติเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ผู้บริหารสามารถนำไปประกอบการพิจารณาเพื่อวิเคราะห์จุดคุ้มทุนในการออกให้บริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่แต่ละครั้ง ว่าควรจะมีจำนวนผู้รับบริการเท่าไรถึงจะมีความคุ้มทุนในการออกให้บริการ
2. ผู้บริหารสามารถพิจารณาการบริหารทรัพยากรบุคคลที่ปฏิบัติการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่โดยออกแบบกิจกรรมการบริการในรูปแบบใหม่ หรือพิจารณาใช้คอมพิวเตอร์หรือเทคโนโลยีทดแทนการใช้บุคลากรเช่น การใช้บาร์โค้ดเข้ามาให้บริการในบางกิจกรรม เพื่อลดต้นทุนค่าแรงของบุคลากรในการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ ในรายการตรวจตามปัจจัยเสี่ยงของการทำงานที่ต่างกันเปรียบเทียบกับอัตราค่าบริการที่โรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน กำหนด
2. ศึกษาต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพในโรงพยาบาล เช่น การตรวจสุขภาพประจำปีของสถานประกอบการต่างๆ ที่เข้ามารับการตรวจในโรงพยาบาล การตรวจสุขภาพประจำปีในโครงการของประกันสังคม และการตรวจสุขภาพตามโปรแกรม เสนอขาย ของโรงพยาบาลเอกชน จังหวัดลำพูน เปรียบเทียบกับต้นทุนฐานกิจกรรมการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่
3. ศึกษาต้นทุนทางอ้อมเพื่อให้ครอบคลุมต้นทุนฐานกิจกรรมของการบริการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่



References

- Comptroller General's Department (2014). *Criteria for calculating depreciation for government agencies*. Retrieved from <https://pws.cgd.go.th/cgd/> (in Thai)
- Kabmala, P., Chaprasit, C., & Viswskul, N. (2013). Occupational health hazards and health status related to risk. *Nursing Journal*, 40(1), 13-25. (in Thai)
- Kaplan, R. S., & Cooper, R. (1998). *Cost and effect: Using integrated cost systems to drive profitability and performance*. Boston, MA: Harvard Business Press.
- Kunaviktikul. W., Wichaikhum, O., Nantsupawat, A., Sirakamon, S., Bhosai, J., Sathapornpat, P., & Siriyosthumrong, D. (2015). Health promotion competency and practice among nurses, the North Region. *Nursing Journal*, 42(1), 151-165. (in Thai)
- Ministry of Labour. (2017). *Ministerial regulations prescribing criteria and methods for employee health checks*. Retrieved from <http://medinfo2.psu.ac.th/commed/occmmed/images/TIS18001/tisp4/law%20safety/images/law/Health/Rule%20check-up47.pdf> (in Thai)
- Occupational Safety and Health Administration. (2000). *Screening and surveillance: A guide to OSHA standards*. Retrieved from <http://www.osha.gov>
- Rempel, D. (1990). Medical surveillance in the workplace: Overview. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews*, 5(3), 435-438.
- Suwandechochai, R. (2012). *A study on the effect of strategies for delaying investment decisions on production capacity management using a mathematical model*. Nakhon Pathom: Mahidol University.
- Wichirawanich, W. (2010). *Study of work: Principles and case studies*. Bangkok: Chulalongkorn University Press.



Factors Associated with Post-Concussion Syndrome in Patients with Mild Traumatic Brain Injury After Discharging from an Emergency Department*

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน*

นพนันท์	วงศ์ไชย**	Noppanan	Wongchai**
รสสุคนธ์	วาริทสกุล***	Rotsukon	Varitsakul***
นพมณี	ตันติเวทเรืองเดช****	Nopmanee	Tantivesruangdet****

Abstract

Post-Concussion Syndrome (PCS) occurs more often in patients with mild traumatic brain injury, leading to the incidence of emergency room (ER) re-visits. This descriptive correlational study aimed to investigate PCS in patients with mild traumatic brain injury after being discharged from an ER and to examine correlational factors of PCS including age, co-morbid severity, injury severity, anxiety, and social support. The sample were 107 patients with mild traumatic brain injury who visited and were discharged from the emergency room within one week at a governmental hospital (super-tertiary level) and a private hospital (tertiary level). The Rivermead Post-Concussion Symptoms Questionnaire, the State-Trait Anxiety Inventory [STAI Form Y-1], the Social Support Questionnaire, the Charlson Comorbidity Index, and the Injury Severity Score were used to collect data. The reliability of the questionnaires was tested. The Cronbach's alpha coefficients of the first-three questionnaires were .90, .75 and .88, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product moment correlation.

The results showed that the three symptoms occurring most in PCS were headache (56.1%), sleep disturbance (52.8%), and fatigue (48.6%). Most had five to eight symptoms (33.6%). Age and injury severity were positively correlated at a low level with post-concussion syndrome at a statistically significant level ($r = .22$ and $r = .22$, respectively, $p < .05$).

Emergency nurses can use this study's results to provide care for patients with mild traumatic brain injury in the first week post-concussion and to develop nursing interventions to minimize the first week's PCS severity.

Keywords: Post-Concussion Syndrome, Mild traumatic brain injury, Emergency Room

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

** Graduate student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing

*** Corresponding Author, Assistant Professor, Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing; e-mail: rotsukon.v@stin.ac.th

**** Assistant Professor, Rajavithi Hospital College of Medicine, Rangsit University

Received 16 March 2022; Revised 28 April 2022; Accepted 3 May 2022



บทคัดย่อ

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน พบได้บ่อยในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉิน การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉิน และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของโรคร่วม ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ที่เข้ามาใช้บริการและจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉินในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ ในโรงพยาบาลตติยภูมิระดับสูงของรัฐ และโรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดเอกชน จำนวน 107 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน แบบสอบถามความวิตกกังวล แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม แบบประเมินความรุนแรงโรคร่วม และแบบประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ หาความเชื่อมั่นของสามเครื่องมือแรก โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .90, .75, และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Pearson's product moment correlation

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนที่พบได้มากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 56.1 รองลงมาคือ ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน ร้อยละ 52.8 และอ่อนเพลีย/เหนื่อยล้า ร้อยละ 48.6 ส่วนใหญ่มีจำนวนอาการอยู่ระหว่าง 5 - 8 อาการ ร้อยละ 33.6 ปัจจัยอายุ และความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22$, $r = .23$ ตามลำดับ $p < .05$) ความรุนแรงของโรคร่วม ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

พยาบาลแผนกฉุกเฉินสามารถใช้ผลวิจัยนี้ เป็นข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยในระยะ 1 สัปดาห์แรกหลังการบาดเจ็บศีรษะ

คำสำคัญ: กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน การบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย
แผนกฉุกเฉิน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

*** ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย
e-mail: rotsukon.v@stin.ac.th

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ โรงพยาบาลราชวิถี วิทยาลัยแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การบาดเจ็บทางสมอง (traumatic brain injury: TBI) เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุขทั่วโลก โดยการบาดเจ็บทางสมอง เป็น 1 ใน 10 สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและเกิดความพิการ (World Health Organization, 2019) จำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บในประเทศไทยยังพบว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น โดยมีจำนวนผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองเพิ่มขึ้นจาก 831,118 ในปี พ.ศ. 2559 เป็น 1,002,193 คน ในปี พ.ศ. 2560 และเป็นผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ร้อยละ 56 ซึ่งมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการบาดเจ็บทางสมองเพิ่มจาก 9,815 คน เป็น 15,256 คน (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2020) การบาดเจ็บทางสมองแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มตามระดับความรุนแรง คือ การบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ปานกลาง และรุนแรง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยถึงร้อยละ 75 ระดับปานกลางร้อยละ 15 และระดับรุนแรงร้อยละ 10 (CDC, 2020)

ผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่เข้ารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ส่วนใหญ่จะได้รับการตรวจประเมินเพื่อวินิจฉัยและการดูแลรักษาตามอาการจนกระทั่งพบว่าอาการคงที่แล้วจะได้รับการจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉินโดยไม่จำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล โดยมีการนัดติดตามอาการภายใน 3 - 7 วันหลังการได้รับการบาดเจ็บตามความเหมาะสม (Phuenpathom, 2019) อย่างไรก็ตาม ช่วงเวลา 1 สัปดาห์แรกภายหลังสมองได้รับการบาดเจ็บเป็นช่วงเวลาที่ยังอยู่ในระยะเฉียบพลันที่ต้องเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองซึ่งนับเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตราย (Yuksen et al., 2017) ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยอาจเริ่มปรากฏกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (Post-Concussion Syndrome: PCS) ขึ้น และสามารถคงอยู่ได้นานเป็นระยะเวลาเป็นปี (Carroll et al., 2004) โดยอาจแสดงอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ สมาธิสั้นหรือหลงลืมง่าย สับสน และภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (Phuenpathom, 2019)

กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน หมายถึง อาการที่เกิดขึ้นหลังสมองได้รับการบาดเจ็บตั้งแต่ 3 อาการหรือมากกว่า จาก 8 อาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย International Classification of Diseases, Tenth Revision (ICD-10) ซึ่งมี 8 อาการดังต่อไปนี้ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย กระสับกระส่าย นอนไม่หลับ สมาธิสั้นหรือหลงลืมง่าย สับสน และภาวะอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย (McCauley et al., 2018) เมื่อสมองได้รับบาดเจ็บจากการที่มีแรงมากระทำจากภายนอกทั้งทางตรง และทางอ้อม จะส่งผลทำให้เซลล์ประสาทแอกซอน (Axon) ได้รับบาดเจ็บหรือมีการฉีกขาดจึงเกิดการดีโพลาไรเซชัน (depolarization) ของเซลล์ประสาทดังกล่าวทำให้เกิดการหลั่งสารสื่อประสาท (neurotransmitters) มีการเปลี่ยนแปลงและการส่งกระแสประสาทของเซลล์แกนประสาทนำออกถูกทำลาย ไม่สามารถส่งกระแสประสาทได้ดังเช่นปกติส่งผลทำให้ขาดออกซิเจนและสารอาหารของเนื้อสมองลดลง ประกอบกับการดึงรั้งของผิวหนัง จึงทำให้กล้ามเนื้อเกิดการหลั่งสารสื่อกลางการอักเสบไปกระตุ้นปลายประสาทรับรู้ที่หลอดเลือด มีผลเพิ่มการซึมของสารผ่านผนังหลอดเลือดทำให้หลอดเลือดในสมองมีการขยายตัว จึงแสดงอาการออกมาในรูปแบบต่างๆ ประกอบด้วย อาการด้านร่างกาย (Physical symptoms) เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ (Behavioral symptoms) เช่น หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย คับข้องใจ และด้านการรู้คิด (Cognitive symptoms) เช่น หลงลืมง่าย สมาธิลดลงและความคิดช้า (Glenn & Herman, 2020; Hickey, 2019; Kaufman et al., 2017; Whelan, 2017) กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ในช่วงสัปดาห์แรกหลังการได้รับบาดเจ็บ และพบว่าอาการจะเริ่มมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญและคงอยู่เป็นระยะเวลานานเป็น (Fried et al., 2022; Leddy, Sandhu, Sodhi, Baker, & Willer, 2012) และจากการศึกษาของ เกศรินเทียนแก้ว (Thienkaew, 2019) พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยภายหลัง



บาดเจ็บ 3 เดือน อยู่ในระดับไม่สูงมาก และจากการศึกษาของ ซานิเซอร์ และคณะ (Zahniser et al., 2019) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะระดับเล็กน้อยต้องประสบปัญหาการกลับไปทำงาน การใช้ชีวิตประจำวัน และการถูกรบกวนจากอาการเจ็บป่วยหลังการบาดเจ็บสมอง นอกจากนี้ กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนยังเป็นสาเหตุสำคัญของการกลับเข้ามารักษาซ้ำในแผนกฉุกเฉินภายใน 72 ชั่วโมง ของผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ซึ่งพบได้ร้อยละ 3 - 5 (Ganti et. al, 2015; Pratum & Kitbanyonglert, 2018)

การศึกษานี้ใช้ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (The Theory of Unpleasant Symptoms: TOUS) ของ เลนซ์ และคณะ (Lenz et al., 1997) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ซึ่งเป็นอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย โดยอาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการพร้อมกัน เรียกว่าอาการหลาย ๆ อาการนี้ว่ากลุ่มอาการ สอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์พบว่า อาการเป็นประสบการณ์ที่เป็นตัวบ่งชี้การรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย และส่งผลแต่ละบุคคล โดยอาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการพร้อมกัน มีโอกาสที่ส่งผลซึ่งกันและกันได้ (Lenz et al., 1997) การศึกษานี้เชื่อว่า ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์มีปัจจัยที่ส่งผลต่อกลุ่มอาการ 3 ด้าน ดังนี้ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) ได้แก่ อายุ ความความรุนแรงของโรคร่วม และรุนแรงของการบาดเจ็บ ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ของผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยถึงการเปลี่ยนแปลงการทำงานตามปกติของร่างกายที่บ่งชี้ว่าภาวะสุขภาพถูกคุกคาม ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

อายุ จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ กายัญญา กลิ่นคล้ายกัน และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ในหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ ช่วงเวลา 1 ปี หลังการบาดเจ็บสมอง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.39, p = 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ อุทัยแสง (Uthaisang, 2016) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.266, p = 0.001$) และการศึกษาของ เลวิน (Levin et al., 2021) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ช่วงเวลา 12 เดือน พบว่า ผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยที่มีอายุช่วง 35 ถึง 49 ปีสามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนได้มากกว่าอายุมากกว่า 50 ปี ($B = 1.66, 95\%CI 0.25 - 3.07, p = .02$)

ความรุนแรงของโรคร่วม จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ อรุณรัตน์ อุทัยแสง (Uthaisang, 2016) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 1 ปี พบว่า ความรุนแรงของโรคร่วมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.263, p = 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ หยู (Yue, 2019) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 3 - 6 เดือน พบว่า ความรุนแรงโรคร่วมทำนายการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนได้ ($OR = 1.81, 95\%CI 0.79 - 2.84, p < 0.001$)

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ จากการศึกษาก่อนหน้านี้ของ โรล (Røe, 2009) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะเวลา 3 - 12 เดือน พบว่า ความรุนแรงของการบาดเจ็บหลังการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับ



การกระทบกระเทือน ($r = 0.572, p < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พอนส์ฟอร์ด และคณะ (Ponsford et al., 2012) ที่ศึกษากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้สมองบาดเจ็บเล็กน้อยหลัง หลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน ระยะเวลา 1 สัปดาห์ ถึง 3 เดือน พบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บหลังการบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.39, < 0.05$) และการศึกษาของ เซลโดวิช (Zeldovich, 2020) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย 6 เดือนหลังการบาดเจ็บสมอง พบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บทำนายการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนได้ ($OR\ 0.96, 95\%CI\ 0.94 - 0.98, p = 0.001$)

ความวิตกกังวล จากการศึกษาของ พอนส์ฟอร์ด และคณะ (Ponsford et al., 2012) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้สมองบาดเจ็บเล็กน้อยหลัง หลังจำหน่ายจากห้องฉุกเฉิน ระยะเวลา 1 สัปดาห์ถึง 3 เดือนพบว่าความวิตกกังวลสามารถทำนายการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($OR = 1.31, 95\% CI\ 1.08 - 7.22, p < 0.002$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กาญจนากุล และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ในหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ ช่วงเวลา 1 ปี พบว่าความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.737, p < 0.01$)

แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาของ กาญจนากุล และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) ศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ในหน่วยตรวจโรคประสาทศัลยศาสตร์ ช่วงเวลา 1 ปี พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = - 0.291, p < 0.01$)

ผลการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ส่วนใหญ่พบการศึกษากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับบาดเจ็บในกลุ่มผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่รับเข้าไว้รักษาในโรงพยาบาลและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ยังมีการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองที่เข้ารับการรักษารักษาและจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินค่อนข้างน้อย และเป็นการศึกษาช่วงเวลาที่เกิดกลุ่มอาการสมองได้รับการกระทบกระเทือนที่หลากหลาย ซึ่งการศึกษากลุ่มอาการในช่วง 1 สัปดาห์หลังได้รับการบาดเจ็บสมอง ในบริบทของแผนกฉุกเฉินยังขาดความชัดเจน ผู้วิจัยสนใจศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ ความรุนแรงของโรคร่วม ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยภายหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน เพื่อให้ได้ข้อมูลปัจจัยที่ส่งผลต่อกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น ซึ่งมีความสำคัญในการวางแผนติดตามเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อชีวิตที่อาจเกิดในภายหลังการบาดเจ็บสมอง และเป็นแนวทางในการดูแลรักษาลดความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองสามารถกลับไปดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติตลอดจนช่วยลดโอกาสการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกฉุกเฉินของผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน



2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ความรุนแรงของโรคร่วม ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน

คำถามการวิจัย

1. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน เป็นอย่างไร
2. อายุ ความรุนแรงของโรคร่วม ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉินหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ (Unpleasant Symptoms Theory) ของเลนซ์ และคณะในปี ค.ศ. 1997 (Lenz et al., 1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม โดยได้อธิบายว่า ทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์มีองค์ประกอบหลักสามประการ คือ กลุ่มอาการ (symptom clusters) ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการ (influencing factors) และผลที่ตามมาจากการเกิดอาการ (consequences) การศึกษาครั้งนี้ ศึกษา ใน 2 องค์ประกอบ คือกลุ่มอาการ (symptom clusters) และปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการ (influencing factors) ซึ่งอาการเป็นตัวบ่งชี้ที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย และส่งผลต่อบุคคล โดยอาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลาย ๆ อาการพร้อมกัน มีโอกาสที่ส่งผลซึ่งกันและกันได้ ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยจะปรากฏกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนได้ โดยอาจมีอาการเกิดขึ้นเพียงอาการใดอาการหนึ่งหรือเกิดขึ้นพร้อมกันหลายอาการก็ได้ นับเป็นการรับรู้ของในผู้ป่วยเจ็บถึงอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นในช่วง 1 สัปดาห์แรกภายหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดกลุ่มอาการประกอบด้วย ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (physiologic factors) ได้แก่ อายุ ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความรุนแรงของโรคร่วม ปัจจัยด้านจิตใจ (psychological factors) ได้แก่ ความวิตกกังวล และปัจจัยด้านสถานการณ์ (situation factors) ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งกล่าวได้ว่า เมื่อผู้ป่วยบาดเจ็บมีอายุมาก มีความรุนแรงของโรคร่วมมาก และมีความรุนแรงของการบาดเจ็บมาก ย่อมจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของร่างกายมากขึ้น จะส่งผลทำให้กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนยิ่งทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นได้ นอกจากนี้ ความวิตกกังวลซึ่งเป็นความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกไม่แน่นอนและไม่มั่นใจที่เกิดขึ้นขณะกำลังเผชิญกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นของผู้บาดเจ็บ อาจทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บลดความสนใจในการรับฟังคำแนะนำการปฏิบัติตนเมื่อเกิดอาการจนไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งความวิตกกังวลยังกระตุ้นให้ร่างกายจะตอบสนองต่อระบบประสาทซิมพาเทติกและพาราซิมพาเทติก ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตและระบบไหลเวียนเลือดในร่างกาย ทำให้พยาธิสภาพภายในสมองรุนแรงมากขึ้น จึงยิ่งส่งผลให้กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมีความรุนแรงมากขึ้นได้ ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมนั้น เมื่อผู้ป่วยเจ็บได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ย่อมทำให้ผู้ป่วยเจ็บและผู้ดูแลมี



แนวทางในการจัดการดูแลเมื่อเกิดอาการขึ้น จึงส่งผลให้กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนลด
ความรุนแรงลงได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่เข้ามาตรวจรักษาที่แผนกฉุกเฉินในโรงพยาบาลตติยภูมิ
ระดับสูงของรัฐ และโรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดเอกชน

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่เข้ามาใช้บริการในแผนกฉุกเฉิน ในโรงพยาบาล
ตติยภูมิระดับสูงของรัฐ และโรงพยาบาลตติยภูมิสังกัดเอกชน ใช้วิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive
sampling) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน ถึง ธันวาคม พ.ศ 2564

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้บาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยและเป็นผู้ป่วยที่เข้ามาทำการ
รักษาและถูกจำหน่ายจากแผนกฉุกเฉินใน 1 สัปดาห์ มี Glasgow coma score 13-15 คะแนน ไม่มีประวัติได้รับ
การผ่าตัดสมองก่อนเกิดการบาดเจ็บครั้งนี้ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่เป็นผู้ป่วยที่มีคูณิและ
เป็นคตติความ และมีความสามารถในการรับรู้และเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ภายหลังการบาดเจ็บทางสมองได้ดี โดยผ่านการคัด
กรองโดยใช้แบบคัดกรองความจำและการรู้คิด (The Set Test) พัฒนาโดย ไอแซกส์ และเคนนี (Isaacs &
Kennie, 1973) ซึ่งต้องได้คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 25 คะแนนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ มีอาการทางจิตประสาทและโรคทางระบบประสาทที่มีอาการกำเริบ
ช่วงทำการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตร Thorndike (1978) โดยมีสูตรคำนวณดังนี้ $N = 10k + 50$
โดยที่ N = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรอิสระที่ต้องการศึกษา $N = 10(5) + 50 = 100$ จำนวน
กลุ่มตัวอย่าง = 100 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล จึงคำนวณเพิ่ม 10% ของกลุ่มตัวอย่าง ได้ขนาดกลุ่ม
ตัวอย่างเท่ากับ 110 คน คน ขณะดำเนินการเก็บข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 2 คนเป็นเคสที่เป็นคตติความ และอีก 1
ราย กลับเข้ามารักษาซ้ำ และถูกรับตัวไว้สังเกตอาการในโรงพยาบาล ซึ่งขาดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าและคัด
ออก ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตัดตัวอย่างออกจากการศึกษา 3 คน ทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 107 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และ
ข้อมูลด้านความเจ็บป่วยประกอบด้วย โรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาล สาเหตุการบาดเจ็บ และระดับความ
รู้สึกตัว ขณะรับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน

2. แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน (the Rivermead Post-
Concussion Symptoms Questionnaire: RPQ) ของคิงส์ (King, 1995) แปลเป็นภาษาไทยโดย กาญจนา กลิ่น-
คล้ายกัน และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) เป็นแบบสอบถามปลายปิด 16 ข้อ แบบ



ประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ (0 – 4) โดย ค่าระดับ 0 = ไม่เคยมีอาการทั้งก่อนและหลังการบาดเจ็บ 1 = มีอาการแต่รู้สึกไม่เป็นปัญหา 2 = มีอาการและรู้สึกว่าเป็นปัญหาเล็กน้อย 3 = มีอาการและรู้สึกว่ามีปัญหามาก กลางและ 4 = มีอาการและรู้สึกว่าเป็นปัญหามาก และปลายเปิด 2 ข้อ คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0 – 64 คะแนน คะแนนรวมมาก หมายถึง อาการมีความรุนแรงและเป็นปัญหามาก การศึกษาครั้งนี้ใช้เกณฑ์การแบ่งการเกิดกลุ่มอาการของ กาญจนา กลิ่นคล้ายกัน และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) ทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย หาค่าความเชื่อมั่นภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนนาค .90

3. แบบสอบถามความวิตกกังวลขณะเผชิญของผู้ป่วย (State - Trait Anxiety Inventory: STAI Form Y-1) ซึ่งพัฒนาโดย สปีลเบิร์กเกอร์ และคณะ (Spielberger et al., 1983) และแปลเป็นภาษาไทยโดย ดารารวรรณ ต๊ะปินตา (Thapinta, 1991) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ แบบประเมินค่า 4 ระดับ โดยที่ค่าระดับ 1 = ไม่มีเลย และค่าระดับ 4 = มีมาก คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 20 – 80 คะแนนรวมมาก หมายถึง วิตกกังวลมาก ทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย หาค่าความเชื่อมั่นภายในได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาคอนนาค .75

4. แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของเซฟเฟอร์ (Schaefer, 1981) แปลและดัดแปลงโดย กาญจนา กลิ่นคล้ายกัน และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งออกการได้รับการสนับสนุนจากบุคคล 3 กลุ่ม คือ สมาชิกในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ บุคคลใกล้ชิด จำนวน 5 ข้อ และบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 5 ข้อ แบบประเมินค่า 5 ระดับ โดยที่ค่าระดับ 5 = ได้รับความช่วยเหลือมากที่สุดคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 15 – 75 คะแนน และค่าระดับ 1 = ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือเลย คะแนนรวมมาก หมายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมมาก ทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย หาค่าความเชื่อมั่นภายในได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .88

5. แบบประเมินความรุนแรงของโรคร่วม (Charlson Comorbidity Index: CCI) ซึ่งถูกพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยชาร์ลสัน (Charlson, et al., 1987) ประเมินโรคร่วมทั้งหมด 21 โรค โดยมีค่าคะแนน 1, 2, 3, และ 6 คะแนนที่เป็นไปได้อยู่ในช่วง 0 - 39 คะแนน โดยค่าคะแนนรวมมาก หมายถึง โรคร่วมมีความรุนแรงมาก ทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล จึงไม่มีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือนี้

6. แบบประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ (Injury Severity Score: ISS) ของเบเกอร์ (Baker, 1974) ซึ่งปรับปรุงโดยทีมพัฒนาระบบเฝ้าระวังการบาดเจ็บ (Injury Surveillance System Development Team, 2020) โดยการให้คะแนนตามตำแหน่งการบาดเจ็บของอวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย 6 ระบบ คะแนนที่เป็นไปได้ได้อยู่ในช่วง 1 – 75 คะแนน โดยคะแนนรวมมาก หมายถึง ความรุนแรงของการบาดเจ็บมาก ทดลองใช้กับผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 20 ราย ผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล จึงไม่มีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือนี้



การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หมายเลขโครงการ COA No. 07.1/2021 (IRB -STIN 2564/08.08.04) ของสถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย และ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หมายเลขโครงการ EC 775/64(5 กรกฎาคม 2564) ของโรงพยาบาล ตติยภูมิระดับสูงของรัฐ และได้รับอนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลตติยภูมิ สังกัดเอกชน ภายหลังได้รับอนุญาต ผู้วิจัยได้ขอพบและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของ งานวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการ วิจัย รวมทั้งขออนุญาตติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ เพื่อติดตามอาการ และกระตุ้นเตือนเมื่อถึงเวลาตอบ แบบสอบถาม ทั้งนี้ข้อมูลที่ได้จะถือเป็นความลับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัย ทำการเก็บข้อมูลทุกวัน เวลา 08:00–24:00 น. โดยเมื่อได้รายชื่อกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ กำหนดไว้ ผู้วิจัยดำเนินการแนะนำตัวเองกับกลุ่มตัวอย่างแบบพบหน้าและสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง หลังจากนั้นจึงอธิบายรายละเอียดของโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของงานวิจัย และขอความยินยอมในการเข้าร่วม วิจัย
2. ผู้วิจัยขออนุญาตส่งแบบสอบถามจำนวน 3 ฉบับ ประกอบด้วย แบบสอบถามกลุ่มอาการภายหลัง สมองได้รับการกระทบกระเทือน แบบสอบถามความวิตกกังวล และแบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม รวม จำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 53 ข้อ ให้กลุ่มตัวอย่างทางไปรษณีย์ และขออนุญาตติดต่อกับกลุ่มตัวอย่างทางโทรศัพท์ ล่วงหน้า เพื่อติดตามอาการ การได้รับเอกสารแบบสอบถาม และการกระตุ้นเตือนเมื่อถึงเวลาตอบแบบสอบถาม
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเองที่บ้านในวันที่ 7 ภายหลังการได้รับ บาดเจ็บ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 45 นาที และเมื่อตอบแบบสอบถามแล้วเสร็จจึงขอให้กลุ่ม ตัวอย่างส่งแบบสอบถามกลับมาให้ผู้วิจัยทางไปรษณีย์ โดยผู้วิจัยได้จัดเตรียมซองเอกสารที่ระบุที่อยู่สำหรับติดต่อ กลับพร้อมติดแสตมป์แนบไปพร้อมกับแบบสอบถาม
4. ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างยังไม่ส่งแบบสอบถามกลับคืนหลังจากวันที่ส่งออกทางไปรษณีย์เป็นเวลา 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามเพื่อสอบถามปัญหา และหาแนวทางแก้ไขโดยผู้วิจัยโทรสอบถามข้อมูลหรือปัญหาที่ เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างและทำติดตามแบบสอบถามกับทางเจ้าหน้าที่ไปรษณีย์เพื่อช่วยค้นหาเอกสารที่อาจค้างใน ระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (IBM SPSS Statistics Base Authorized User Version 27) License Code; 704fb2646c79e60d7127 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pearson's correlation coefficient



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 56.1 มีอายุเฉลี่ย 50.33 ปี (ต่ำสุด 19 ปี ถึงสูงสุด 97 ปี) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.6 หากจำแนกตามช่วงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุในช่วงมากกว่า 60 ปี มากที่สุดร้อยละ 37.4 รองลงมา คือ อายุในช่วง 26 -35 ปีร้อยละ 17.8 มีสถานภาพคู่ ร้อยละ 48.6 และมีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ มากที่สุดร้อยละ 39.3 รองลงมา คือ ระดับปริญญาตรีร้อยละ 33.6 ประกอบอาชีพเป็นกลุ่มค้าขาย/ทำธุรกิจ และกลุ่มพนักงานโรงงาน/พนักงานบริษัท กลุ่มละร้อยละ 32.7 เท่ากัน กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 57.0 และมีโรคประจำตัวเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 43.0 สิทธิการเบิกจ่ายค่ารักษาของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ คือ ประกันชีวิต/สวัสดิการพนักงาน ร้อยละ 69.2 รองลงมา คือ จ่ายเงินเองร้อยละ 12.1 สาเหตุของการบาดเจ็บครั้งนี้ที่พบมากที่สุด คือ การพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 47.7 รองลงมา คือ ของแข็งกระแทกร้อยละ 24.3 และระดับความรู้สึกรู้ตัวของกลุ่มตัวอย่างทุกราย พบว่ามี Glasgow coma score ในช่วง 13- 15

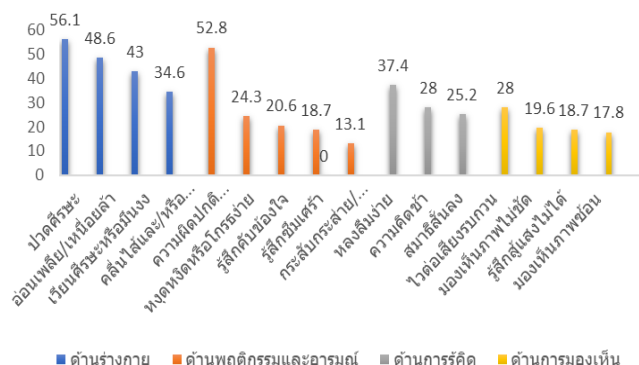
2. การเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลแสดงจำนวน ร้อยละ และของการเกิด PCS (n=107)

อาการ PCS ที่เกิดขึ้น	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีอาการ	32	29.9
1-4 อาการ	17	15.9
5-8 อาการ	36	33.6
9-12 อาการ	20	18.7
13-16 อาการ	2	1.9
Mean 2.47 SD 1.16 Min = 1 Max = 14		

การเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย พบมากที่สุด คือ 5-8 อาการ จำนวน 36 คน ร้อยละ (33.6) รองลงมาคือ 9-12 อาการ จำนวน 20 คน ร้อยละ (18.7) และมีอาการน้อยที่สุด คือ 13-16 อาการ จำนวน 2 คน ร้อยละ 1.9 และไม่มีอาการ จำนวน 32 คน ร้อยละ (29.9) โดยจำนวนอาการที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด เท่ากับ 1 อาการ และมากที่สุด เท่ากับ 14 อาการ อาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 2.47 อาการต่อคน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.16 ดังตารางที่ 1

ภาพที่ 1 ความถี่และร้อยละของการเกิด PCS ของผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย (แยกตามอาการ)





Factors Associated with Post-Concussion Syndrome in Patients with Mild Traumatic Brain Injury After Discharging from an Emergency Department
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายกลับบ้านจากแผนกฉุกเฉิน

การเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย จำแนกเป็นรายการพบว่า เกิดอาการด้านร่างกาย มากที่สุด คือ ปวดศีรษะร้อยละ 56.1 รองลงมา คือ อ่อนเพลีย/เหนื่อยล้าร้อยละ 48.6 อาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ที่พบมากที่สุด คือ ความผิดปกติของการนอนร้อยละ 52.8 รองลงมา คือ หงุดหงิดหรือโกรธง่ายร้อยละ 24.3 อาการด้านการรู้คิดที่พบมากที่สุด คือ หลงลืมง่าย ร้อยละ 37.4 รองลงมา คือ ความคิดช้า ร้อยละ 28.0 และ อาการด้านการมองเห็นที่พบมากที่สุด คือ ไวต่อเสียงรบกวนร้อยละ 28.0 รองลงมาคือ มองเห็นภาพไม่ชัดร้อยละ 19.6 ดังภาพที่ 1

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย (n = 107)

เกณฑ์การแบ่งระดับความรุนแรง PCS	ระดับความรุนแรง	จำนวน	ร้อยละ
0.00 – 1.00	ไม่มีความรุนแรงของอาการ	100	93.5
1.01 – 2.00	ความรุนแรงของอาการเล็กน้อย	7	6.5

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ระดับ ไม่มีความรุนแรงของอาการ ร้อยละ 93.5 และมีคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ระดับความรุนแรงของอาการเล็กน้อย ร้อยละ 6.5 ดังตารางที่ 2

3. ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรุนแรงของโรคร่วม ความรุนแรงของการบาดเจ็บ ความวิตกกังวลและแรงสนับสนุนทางสังคม กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย

ตารางที่ 3 แสดงค่าสัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยกับกลุ่มอาการ PCS ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย (n=107)

ตัวแปร						
1. อายุ	1					
2. ความรุนแรงของโรคร่วม	.59**	1				
3. ความรุนแรงของการบาดเจ็บ	-.12	-.18	1			
4. ความวิตกกังวล	.07	.05	-.05	1		
5. แรงสนับสนุนทางสังคม	.11	.07	-.07	.20*	1	
6. กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน	.22*	.19	.22*	.02	.08	1

* $p < .05$ ** $p < .001$



การศึกษานี้พบว่า อายุ และความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .22, r = .22$, ตามลำดับ $p_s < .05$) ส่วนความรุนแรงของโรคร่วม ความวิตกกังวล และแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ($r = .19, r = .02$ และ $r = .08$, ตามลำดับ $p_s > .05$)

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนของกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนอาการที่เกิดขึ้นโดยจำนวนอาการที่เกิดขึ้นมากที่สุด เท่ากับ 14 อาการ และน้อยที่สุด เท่ากับ 1 อาการ จำนวนอาการเฉลี่ยที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 2.47 อาการต่อคน อธิบายได้ว่า เมื่อได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะจะส่งผลกระทบต่อทำหน้าที่ของสมองในส่วนนั้น ขึ้นอยู่กับตำแหน่งและพยาธิสภาพของสมองบริเวณที่ได้รับการกระทบกระเทือน (Glenn & Herman, 2020; Hickey, 2019; Kaufman et al., 2017; Whelan, 2017) ซึ่งอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมีหลายอาการ และอาการแต่ละอาการอาจเกิดขึ้นทีละอาการหรือหลายอาการพร้อมกัน (Lundin, 2006; ; Røe et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภกานต์ แก่นเพชร (Kaenphet, 2014) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเฉลี่ย 10 อาการต่อคน และยังสามารถกล่าวถึงอาการที่ไม่พึงประสงค์ของ เลนซ์ และคณะ (Lenz et al., 1997) ได้กล่าวไว้ว่า อาการเป็นตัวบ่งชี้ที่รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของบุคคลในการทำหน้าที่ตามปกติของร่างกาย และส่งผลกระทบต่อบุคคล โดยอาการที่เกิดขึ้นอาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการรับรู้

การศึกษานี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในช่วงหลัง 1 สัปดาห์หลังได้รับการบาดเจ็บ พบว่าอาการที่พบมากที่สุด คือ ปวดศีรษะร้อยละ 56.1 อาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์พบมากที่สุด คือ ความผิดปกติของการนอน ร้อยละ 52.8 อาการด้านการรู้คิดพบมากที่สุด คือ หลงลืมง่าย ร้อยละ 37.4 และ อาการด้านการมองเห็นพบมากที่สุด คือ ไวต่อเสียงรบกวน ร้อยละ 28.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงมล ดิทองคำ (Dithongkham, 2015) พบว่า กลุ่มอาการด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน ความผิดปกติเกี่ยวกับการนอน และเวียนศีรษะ จะพบมากที่สุด ในสัปดาห์แรกหลังการบาดเจ็บ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภกานต์ แก่นเพชร (Kaenphet, 2015) พบว่าผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ได้มากถึง 10 อาการต่อคน ซึ่งเป็นกลุ่มอาการด้านร่างกาย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ และเหนื่อยล้า อธิบายได้ว่าการบาดเจ็บสมองส่งผลให้โครงสร้างของสมองมีการเปลี่ยนแปลง เกิดการฉีกขาดของแอกซอนหรือหลอดเลือด และมีการเปลี่ยนแปลงของการปล่อยสารสื่อประสาท และการส่งกระแสประสาทของเซลล์ประสาทนำออกถูกทำลายทำให้เกิดอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเกิดขึ้น โดยอาการอาจเกิดขึ้นได้หลายๆ อาการขึ้นอยู่กับตำแหน่งและพยาธิสภาพของสมองบริเวณที่ได้รับการกระทบกระเทือน (Stenson & Hickey, 2019; Whelan, 2017) สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา กลิ่นคล้ายกัน และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) ที่พบว่ากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะร้อยละ 93.7 ซึ่งเป็นอาการที่ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ได้รับบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย อธิบายได้ว่า การบาดเจ็บสมองทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานและโครงสร้างของสมอง ส่งผลให้แอกซอนในสมองได้รับบาดเจ็บหรือมีการฉีกขาด เซลล์ประสาทในสมองเกิดการกระทบกระเทือน ทำใหหน้าที่ผิดปกติเกิดดิโฟลาโรเซชั่น กระตุ้นให้ปลายประสาทรับความรู้สึกภายในสมองมีการเปลี่ยนแปลงของกรดอะมิโน และมีการหลั่งสารสื่อประสาท ได้แก่ อะซิติลโคลีน สารพี กรดแอสปาร์เตต มากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บสมองเกิดอาการอาการปวดศีรษะ (Hickey, 2019)



ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสรีรวิทยา ได้แก่ อายุ ความความรุนแรงของโรคร่วม และความรุนแรงของการบาดเจ็บกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน พบว่าอายุ จากการศึกษานี้พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = .22, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 50.33 ปีและส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 37.4) (เป็นไปได้ว่าอายุที่มากขึ้นทำให้มีประสบการณ์เพิ่มขึ้นในด้านการรับรู้ต่ออาการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงการทำหน้าที่ของระบบต่างๆในร่างกาย จึงส่งผลให้การรับรู้ถึงการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนได้มากกว่าคนที่อายุน้อย (Levin et al., 2021) แม้ว่าจะมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของวัย แต่อย่างไรก็ตามในระยะเวลาการศึกษาและดำเนินการช่วงสังเกตอาการทางสมองระยะเวลา 1-2 สัปดาห์เป็นช่วงสั้นแต่สำคัญต่อการเกิดกลุ่มอาการ อายุจึงอาจยังไม่ใช่องค์ประกอบหลัก อาจมีปัจจัยองค์ประกอบอื่นร่วมด้วย การศึกษาของ กาญจนา กลิ่นคล้ายกัน และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลตั้งแต่สัปดาห์แรกถึง 1 ปี พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = .39, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณรัตน์ อุทัยแสง (Utaisang, 2016) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ช่วงระยะเวลา 1 ปี หลังได้รับการบาดเจ็บ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน อย่างมีนัยสำคัญ ($r = .266, p = .001$) สอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ เลนซ์และคณะ (Lenz et al., 1997) ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน

ความรุนแรงของการบาดเจ็บ จากการศึกษานี้พบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์ทางบวกกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = .22, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ ความรุนแรงของการบาดเจ็บที่มากจะส่งผลต่อกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนเพิ่มขึ้น อาจเป็นไปได้ว่าความรุนแรงการบาดเจ็บที่มากจะบ่งบอกถึงระดับความผิดปกติของการทำงานของอวัยวะในร่างกายที่มากหรือที่เกิดขึ้นในหลายระบบของร่างกาย จึงทำให้การรับรู้กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนมีความรุนแรงมากตามไปด้วย จากการศึกษานี้ เป็นการสังเกตกลุ่มอาการกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ในช่วงสั้นแม้มีความสัมพันธ์ ในระดับต่ำ ผลอาจไม่ชัดเจนในระยะแรก อย่างไรก็ตามน่าจะมีการเสนอการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปในระยะยาว ตามผลการศึกษาของ ชาติมะห์ (Chatimah et al., 2021) ศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อยที่นอนสังเกตอาการในโรงพยาบาล พบว่าความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.225, p < .05$) และจากการศึกษาของ พอร์นฟอร์ด (Ponsford, 2012) พบว่า ความรุนแรงของการบาดเจ็บมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.572, p < 0.001$) ซึ่งพบว่าเป็นการศึกษาในกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยที่เกิดในระยะยาวถึง 6 เดือน สอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของ เลนซ์และคณะ (Lenz et al., 1997) ที่กล่าวว่าปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ความรุนแรงของโรคร่วม จากการศึกษานี้พบว่าความรุนแรงของโรคร่วมไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย อาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ส่วนใหญ่เป็นคนที่สุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ดังจะเห็นได้จากข้อมูลทั่วไปที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 57.0 ไม่มีประจำตัวใดๆ และกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 93.5 ไม่มีความรุนแรงของอาการเลย จึงทำให้ส่งผลต่อการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ทั้งนี้ผลการศึกษานี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาของ



อรุณรัตน์ อุทัยแสง (Utaisang, 2016) พบว่า ความรุนแรงของโรคร่วมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = 0.263, p < .001$) เนื่องจากการศึกษากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในระยะยาว ระยะเวลา 6 เดือนขึ้นไป

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ความวิตกกังวล กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน พบว่าวิตกกังวล จากการศึกษานี้พบว่า ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย การศึกษานี้เก็บกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉินของโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีบริการให้ข้อมูลและคำแนะนำเรื่องการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหลังการบาดเจ็บและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติได้ซักถามข้อสงสัยอย่างใกล้ชิด และมีการนัดตรวจเพื่อประเมินอาการทางสมองอย่างต่อเนื่อง และมีบริการให้คำปรึกษาเมื่อพบอาการผิดปกติรุนแรงที่ต้องมาโรงพยาบาลก่อนวันนัดสำหรับผู้ป่วยบาดเจ็บสมองที่ได้รับการจำหน่ายกลับบ้าน จึงอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลที่ไม่สูงมาก จึงทำให้ไม่ส่งผลต่อการรับรู้กลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนที่เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วอร์ดลอร์ (Wardlaw et al., 2018) พบว่า ความวิตกกังวลไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาของ กาญจนนา กลิ่นคล้ายกัน และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) พบว่า ความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = .73, p < .01$) ซึ่งพบว่าเป็นการศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะยาว ตั้งแต่จำหน่ายจนถึง 1 ปี ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสถานการณ์ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย พบว่า

แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษานี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมไม่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับที่ดีอยู่แล้ว ดังจะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมที่ไม่สูงมาก ประกอบกับกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ร้อยละ 93.5 ไม่มีความรุนแรงของอาการ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเองได้จึงทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ส่งผลต่อการเกิดกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้มีความขัดแย้งกับการศึกษาของ กาญจนนา กลิ่นคล้ายกัน และ ชนกพร จิตปัญญา (Kinklaykan & Jitpanya, 2019) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน ($r = -.29, p < .01$) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะยาวถึง 1 ปี

การศึกษานี้ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวล ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองระดับเล็กน้อย ($r = .20, p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เก้า (Guo et al., 2021) พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความวิตกกังวล ($r = -.28, p < .001$) เนื่องจาก การแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านครอบครัวในระดับดี จะทำให้มีปฏิสัมพันธ์กันในครอบครัวมากขึ้นส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลลดลง สอดคล้องกับการศึกษานี้ ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยแรงสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัวอยู่ในระดับดี จึงทำให้ความวิตกกังวลลดลง นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีอาการไม่พึงประสงค์ของเลนซ์และคณะ ที่กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อกลุ่มอาการมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ได้แก่ ปัจจัยด้านสรีรวิทยา (Physiologic factors) ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) และปัจจัยด้านสถานการณ์ (Situational factors) การศึกษานี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยด้านสถานการณ์ มีความสัมพันธ์กับความวิตกกังวลซึ่งเป็นปัจจัยด้านจิตใจ



ข้อจำกัดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลดำเนินการเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์ ซึ่งทำให้ไม่สามารถทราบได้ว่า ผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และสามารถตอบแบบสอบถามในระยะเวลา 1 สัปดาห์หลังบาดเจ็บได้หรือไม่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้บาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย ควรได้รับการประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บตั้งแต่การซักประวัติ และตรวจร่างกายในเบื้องต้น เพื่อค้นหาความเสี่ยงตั้งแต่แรกเริ่มที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกฉุกเฉิน และก่อนจะจำหน่ายผู้ป่วย
2. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับอาการ และการจัดการกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในระยะ 1 สัปดาห์ในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมองระดับเล็กน้อย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถติดตามเฝ้าระวังภาวะเลือดออกในสมองได้ทันทั่วทั้งต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษากลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือนในระยะยาว และศึกษาเปรียบเทียบลักษณะการเกิดกลุ่มอาการรายด้านที่อาจเกิดขึ้นแตกต่างกันในแต่ละช่วงเวลา เพื่อนำข้อมูลไปวางแผนการดูแล และการจัดการอาการในแต่ละช่วงเวลาได้อย่างเหมาะสม
2. ควรศึกษาต่อยอดในเชิงเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการจัดการกับกลุ่มอาการภายหลังสมองได้รับการกระทบกระเทือน และประเมินผลการจัดการกับกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

References

- Arango-Lasprilla, J. C., Zeldovich, M., Olabarrieta-Landa, L., Forslund, M. V., Núñez-Fernández, S., von Steinbuechel, N., & Investigators. (2020). Early predictors of employment status one year post injury in individuals with traumatic brain injury in Europe. *Journal of Clinical Medicine*, 9(6). doi:10.3390/jcm9062007
- Babcock, L., Byczkowski, T., Wade, S. L., Ho, M., Mookerjee, S., & Bazarian, J. J. (2013). Predicting postconcussion syndrome after mild traumatic brain injury in children and adolescents who present to the Emergency Department. *The Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 167(2), 156-161. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.434
- Baker, S. P., O'Neill, B., Haddon, W., Jr., & Long, W. B. (1974). The injury severity score: A method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. *The Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 14(3), 187-196.
- Bazarian, J. J., Donnelly, K., Peterson, D. R., Warner, G. C., Zhu, T., & Zhong, J. (2013). The relation between posttraumatic stress disorder and mild traumatic brain injury acquired during operations enduring freedom and iraqi freedom. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 28(1), 1-12. doi:10.1097/HTR.0b013e318256d3d3
- Bergman, K., & Bay, E. (2010). Mild traumatic brain injury concussion: A review for ed nurses. *The Journal of Emergency Nursing*, 36(3), 221-230. doi:10.1016/j.jen.2009.07.001



- Carroll, L. J., Cassidy, J. D., Holm, L., Kraus, J., & Coronado, V. G. (2004). Methodological issues and research recommendations for mild traumatic brain injury: The WHO Collaborating Centre Task Force on mild traumatic brain injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 43(Suppl), 113-125. doi:10.1080/16501960410023877
- Chatimah, C., Pratiwi, I. D., & Al Husna, C. H. (2021). Correlation between trauma and injury severity score and prognosis in patients with trauma. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 16(6), 807-811.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation. *Journal of Chronic Diseases*, 40(5), 373-383. doi:10.1016/0021-9681(87)90171-8
- Cnossen, M. C., van der Naalt, J., Spikman, J. M., Nieboer, D., Yue, J. K., Winkler, E. A., & Lingsma, H. F. (2018). Prediction of persistent post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*, 35(22), 2691-2698.
- Department of Disease Control (2020). *Annual report 2020 bureau of non-communicable diseases*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/.pdf>. (in Thai)
- Fried, E., Balla, U., Catalogna, M., Kozar, E., Oren-Amit, A., Hadanny, A., & Efrati, S. (2022). Persistent post-concussive syndrome in children after mild traumatic brain injury is prevalent and vastly underdiagnosed. *Scientific Reports*, 12(1), 4364. Retrieved from <https://doi.org/10.1038/s41598-022-08302-0>
- Fuller, G. W., Evans, R., Preston, L., Woods, H. B., & Mason, S. (2019). Should adults with mild head injury who are receiving direct oral anticoagulants undergo computed tomography scanning? A systematic review. *Annals of Emergency Medicine*, 73(1), 66-75. doi:10.1016/j.annemergmed.2018.07.020
- Ganti, L., Conroy, L. M., Bodhit, A., Daneshvar, Y., Patel, P. S., Ayala, S., & Lottenberg, L. L. (2015). Understanding why patients return to the emergency department after mild traumatic brain injury within 72 hours. *Western Journal of Emergency Medicine*, 16(3), 481-485. doi:10.5811/westjem.2015.2.23546
- Glenn, M. B., & Herman, S. D. (2020). Chapter 148-Post-concussion Symptoms. In W. R. Frontera, J. K. Silver, & T. D. Rizzo (Eds.), *Essentials of physical medicine and rehabilitation* (4th ed., pp. 841-848). New York: Elsevier.
- Hickey, J. V., & Strayer, A. L. (Eds.). (2019). *The clinical practice of neurological and neurosurgical nursing* (8th ed.). Wolters Kluwer.
- Injury Surveillance System Development Team (2020). *Manual data collection provincial injury surveillance*. Bangkok: Ministry of Health.
- Isaacs, B., & Kennie, A. T. (1973). The set test as an aid to the detection of dementia in old people. *The British Journal of Psychiatry*, 123(575), 467-470. doi:10.1192/bjp.123.4.467



- Kaenphet, S. (2014). *The post-concussion symptom experiences, symptom management and quality of life in clients with mild traumatic brain injury in the upper southern region*. (Master's thesis), Prince of Songkla University, Thailand. (in Thai)
- Kaufman, D. M., Geyer, H. L., & Milstein, M. J. (2017). Traumatic brain injury. In D. M. Kaufman, H. L. Geyer, & M. J. Milstein (Eds.), *Kaufman's clinical neurology for psychiatrists* (8th ed., pp. 519-535). New York: Elsevier
- Kesarin Theankaew, Niphawan Samartkit, & Khemaradee Masingboon (2019). Relationships between headache, sleep disturbance, fatigue and quality of life in patients with mild traumatic brain injury at 3 months after the trauma. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(4), 157 - 166. (in Thai)
- King, N. S., Crawford, S., Wenden, F. J., Moss, N. E., & Wade, D. T. (1995). The rivermead post concussion symptoms questionnaire: A measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *Journal of Neurology*, 242(9), 587-592.
- Kinklaykan, K., & Jitpanya, C. (2019). Relationships among pain, anxiety, social support, and post concussive syndromes. *Chula Med Bull*, 1(5), 439-449. (in Thai)
- Leddy, J. J., Sandhu, H., Sodhi, V., Baker, J. G., & Willer, B. (2012). Rehabilitation of concussion and post-concussion syndrome. *Sports Health*, 4(2), 147-154.
- Lenz, E. R., Pugh, L. C., Milligan, R. A., Gift, A., & Suppe, F. (1997). The middle-range theory of unpleasant symptoms: An update. *Advances in Nursing Science*, 19(3), 14-27.
doi.org/10.1097/00012272-199703000-00003
- Levin, H. S., Temkin, N. R., Barber, J., Nelson, L. D., Robertson, C., Brennan, J., & Zafonte, R. (2021). Association of sex and age with mild traumatic brain injury-related symptoms: A TRACK-TBI Study. *JAMA Netw Open*, 4(4), e213046.
- Lundin, A., de Boussard, C., Edman, G., & Borg, J. (2006). Symptoms and disability until 3 months after mild TBI. *Brain Injury*, 20(8), 799-806.
- Røe, C., Sveen, U., Alvsåker, K., & Bautz-Holter, E. (2009). Post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury: Influence of demographic factors and injury severity in a 1-year cohort study. *Disabil Rehabil*, 31(15), 1235-1243.
- World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.
- Phuenpathom, N. (2019). *Clinical practice guidelines for traumatic brain injury* (Vol. 1). Bangkok: Prosperous Plus. (in Thai)
- Ponsford, J., Cameron, P., Fitzgerald, M., Grant, M., Mikocka-Walus, A., & Schönberger, M. (2012). Predictors of postconcussive symptoms 3 months after mild traumatic brain injury. *Neuropsychology*, 26(3), 304-313. doi:10.1037/a0027888



- Pratum, J., & Kitbanyonglert, S. (2018). The Effects of implementing the clinical nursing guidelines for the assessment of patients with mild traumatic brain injury in the emergency department, Vachira Phuket Hospital. *Medical Journal*, 32(4), 1431 - 1450. (in Thai)
- Røe, C., Sveen, U., Alvsåker, K., & Bautz-Holter, E. (2009). Post-concussion symptoms after mild traumatic brain injury: Influence of demographic factors and injury severity in a 1-year cohort study. *Disability and Rehabilitation*, 31(15), 1235-1243.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(4), 381-406. doi:10.1007/bf00846149
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Thapinta, D. (1991). *Reduction of anxiety of staff nurses working with aids patients through cognitive restructuring and mindfulness training*. (Doctoral Dissertation), Chulalongkorn University, Thailand. (in Thai)
- Utaisang, A., & Pearkao, C. (2016). Factors associated with severity level of post-concussion syndrome in patients with mild traumatic brain injury. *The National and International Graduate Research Conference*, 668-677. (in Thai)
- Wardlaw, C., Hicks, A. J., Sherer, M., & Ponsford, J. L. (2018). Psychological resilience is associated with participation outcomes following mild to severe traumatic brain injury. *Frontiers in Neurology*, 9, 563.
- Whelan, A. (2017). *Post-concussion syndrome: Pathophysiology and treatment*. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/319143679_Post-Concussion_Syndrome_Pathophysiology_and_Treatment
- Willer, B. S., & Leddy, J. J. (2006). Management of concussion and post-concussion syndrome. *Current Treatment Options in Neurology*, 8, 415-426.
- World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Geneva: World Health Organization.
- Yue, J. K., Levin, H. S., Suen, C. G., Morrissey, M. R., Runyon, S. J., Winkler, E. A., ... TRACK-TBI Investigators (2019). Age and sex-mediated differences in six-month outcomes after mild traumatic brain injury in young adults: A TRACK-TBI study. *Neurological Research*, 41(7), 609-623.
- Yuksen, C., Sittichanbuncha, Y., Kreethep, W., Chantawong, T., Suk-um, P., Meemongkol, T., & Yaithet, J. (2017). *Validity of MTBI score to predict intracranial hemorrhage in mild traumatic brain injury*. Bangkok: Mahidol University. (in Thai)
- Zahniser, E., Nelson, L. D., Dikmen, S. S., Machamer, J. E., Stein, M. B., Yuh, E., ... TRACK-TBI Investigators. (2019). The temporal relationship of mental health problems and functional limitations following mTBI: A TRACK-TBI and TED study. *Journal of Neurotrauma*, 36(11), 1786-1793. doi.org/10.1089/n



Health Literacy and Self-Management Behaviors in Persons

with Prostate Cancer After Surgery*

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก หลังการผ่าตัด*

ศรีสุดา	เอี่ยมรักษา**	Srisuda	Iamruksa**
นัทธมน	วูธานนท์***	Nuttamon	Vuttanon***
วรารรณ	อุดมความสุข****	Warawan	Udomkhamsuk****

Abstract

People with prostate cancer who have had a radical prostatectomy need appropriate self-management behaviors to control the disease symptoms and prevent possible complications. Health literacy is an important factor affecting self-management. This correlative descriptive research aimed to explore health literacy, self-management behaviors and the association between health literacy and self-management behaviors in persons with prostate cancer after surgery. The 85 participants were persons with prostate cancer after radical prostatectomy who visited the urological surgery outpatient unit of two tertiary hospitals. The research instrument was a set of questionnaires, which included a Demographic Data Questionnaire, the Health Literacy Questionnaire, and the Self-management Behaviors Questionnaire for persons with prostate cancer after radical prostatectomy. Data were analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient test.

The results revealed that 1) the participants had a high level of overall health literacy. Considering each aspect, functional literacy and interactive literacy were at a high level, while critical literacy was at a moderate level, 2) the participants had a high level of both overall self-management behaviors, in each aspect, and 3) the health literacy had a positive correlation with self-management behaviors in persons with prostate cancer after radical prostatectomy surgery at a moderate level with statistical significance ($r = .566$, $p < .01$).

The results of this research can be used as guidelines for health literacy enhancement, especially on the critical literacy aspect, in persons with prostate cancer after radical prostatectomy to promote appropriate self-management behaviors.

Keywords: Health literacy, Self-management behaviors, Persons with prostate cancer after surgery

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: sassyjaymomi@gmail.com

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

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

Received 8 May 2022; Revised 18 May 2022; Accepted 19 May 2022



บทคัดย่อ

ผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก จำเป็นต้องมีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมเพื่อควบคุมอาการของโรค และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมจัดการตนเอง การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมจัดการตนเอง และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังได้รับการผ่าตัดและมาตรวจตามนัด ณ ห้องตรวจคัดสรรระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง จำนวน 85 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นชุดแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient test

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและระดับการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง แต่ระดับการมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง 2) กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง และ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง กับพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .566, p < .01$)

ผลการวิจัยนี้สามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด โดยเฉพาะด้านการมีวิจารณญาณเพื่อให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองที่เหมาะสมมากขึ้น

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมจัดการตนเอง ผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: sassyjaymomi@gmail.com

*** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งต่อมลูกหมาก เป็นมะเร็งที่พบบ่อยเป็นอันดับสองในผู้ชายทั่วโลก และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบการรายงานจำนวนผู้ป่วยทั่วโลกถึง 1,276,106 คน ในปี ค.ศ. 2018 (Bray et al., 2018) และสำหรับในประเทศไทยจากรายงานอุบัติการณ์มะเร็งต่อมลูกหมากของสถาบันมะเร็งแห่งชาติ ในระหว่างปี พ.ศ. 2553-2555 มีอุบัติการณ์ผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากสูงถึง 7.1 ต่อประชากร 100,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 7.5 ต่อประชากร 100,000 คนในระหว่างปี พ.ศ. 2556-2558 ถือเป็นมะเร็งที่พบเป็นอันดับสี่ของมะเร็งในเพศชาย โดยพบว่ามีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (National Cancer Institute, 2018)

การรักษามะเร็งต่อมลูกหมากด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก (radical prostatectomy [RP]) เป็นการผ่าตัดเพื่อนำต่อมลูกหมาก ต่อมสร้างน้ำเลี้ยงอสุจิ (seminal vesicle) ปากของ กระเพาะปัสสาวะ (cuff) รวมทั้งเนื้อเยื่อที่อยู่รอบๆซึ่งมะเร็งอาจลุกลามไปถึง และต่อมน้ำเหลืองในบริเวณอุ้งเชิงกรานทั้งสองข้างออกทั้งหมด มีเป้าหมายเพื่อกำจัดเซลล์มะเร็ง และป้องกันการลุกลามหรือแพร่กระจายของเซลล์มะเร็ง อย่างไรก็ตามภายหลังได้รับการผ่าตัด ผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากจะต้องเผชิญและรับมือกับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ โดยผลกระทบด้านร่างกายที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตระยะยาวหลังผ่าตัดที่พบได้บ่อย ได้แก่ ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (urinary incontinence) และภาวะพร่องสมรรถภาพทางเพศ (erectile dysfunction) (Stallard, 2015) สำหรับผลกระทบด้านจิตใจและอารมณ์ มักมีสาเหตุมาจากพยาธิสภาพของโรค และผลลัพธ์ของการรักษา เช่น เกิดความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ และความสามารถในการดำรงบทบาทหน้าที่ของเพศชาย มีความวิตกกังวล เครียด และกลัวเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต (Klett, 2014) รวมทั้งอาจเกิดภาวะซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตายได้ (Fervaha et al., 2019) นอกจากนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากบางรายยังต้องเผชิญกับผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ตามปกติเนื่องจากมีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ขาดรายได้ และอาจจำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มเติม (Gordon et al., 2017) ดังนั้นผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดจึงควรมีความรู้ เข้าใจ และสามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดการกับอาการของตนเองและสามารถควบคุมผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย ตลอดจนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอันจะช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย อารมณ์และจิตสังคม ตลอดระยะการรักษาจนถึงระยะท้ายของชีวิต

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของตนเอง (Nutbeam, 1998) ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีหลายระดับ แต่ละระดับส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ นัทบีม (Nutbeam, 2000) จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นทักษะความรู้ขั้นพื้นฐานสำหรับบุคคลที่จะรับข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำความรู้นั้นไปใช้กับกิจกรรมที่กำหนดไว้ 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นทักษะความรู้ระดับสูงขึ้นโดยบุคคลสามารถสกัดข้อมูลและความหมายที่ได้มาจากการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ และสามารถประยุกต์ข้อมูลใหม่กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ ทักษะระดับนี้ช่วยให้บุคคลประยุกต์ใช้ข้อมูลใหม่ในการดูแลตนเอง รวมทั้งสามารถมีปฏิสัมพันธ์ด้วยความมั่นใจกับบุคลากรสุขภาพ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีวิจารณญาณ (critical health literacy) เป็นทักษะความรู้ระดับสูงสุด โดยบุคคลสามารถคิด วิเคราะห์ข้อมูล และเลือกใช้ข้อมูลเพื่อควบคุมเหตุการณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม รวมถึงทำให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม จนเกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีได้ (Nutbeam, 2000)

พฤติกรรมการจัดการตนเอง (self-management behaviors) เป็นการปฏิบัติของบุคคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ด้วยการเรียนรู้และฝึกทักษะการมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพ จัดการกับภาวะเจ็บป่วย และตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมอาการหรือความรุนแรงของการเจ็บป่วยได้ (Lorig & Holman, 2003) โดยทั่วไปผู้ที่มิปัญหาสุขภาพเรื้อรัง จำเป็นต้องมีพฤติกรรมการจัดการตนเองใน 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) การจัดการด้านการรักษา (medical management) คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษาและควบคุมอาการกำเริบ 2) การจัดการด้านบทบาท (role management) คือ การคงไว้หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับภาวะการเจ็บป่วย และ 3) การจัดการด้านอารมณ์ (emotional management) คือ การจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย เช่น โกรธ วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า เป็นต้น ทั้งนี้จากแบบจำลองความคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam (2000) อธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะทำให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติด้านสุขภาพของตน นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ รวมถึงมีทางเลือกและโอกาสที่ดีต่อสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง ดังเช่นรายงานการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมของ ปาปาดาโกส และคณะ (Papadakos et al., 2018) เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดาและเยอรมัน ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเอง

อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังไม่พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกชาวไทย ซึ่งมีบริบทของสังคมที่แตกต่างไป ทั้งทางด้านภาษา วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และการศึกษา จึงอาจเป็นปัจจัยข้อจำกัดของการเข้าถึง เข้าใจ เลือกใช้ข้อมูลด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการจัดการตนเองหลังการรักษาด้วยการผ่าตัดได้ นอกจากนี้ผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากยังต้องการการสนับสนุนข้อมูลเกี่ยวกับวิธีสำคัญในการดูแลตนเอง การจัดการอาการของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษาในขณะที่อยู่ที่บ้าน และการได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการตรวจต่างๆ จากบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Noppakun & Vuttanon, 2019) ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพฤติกรรมการจัดการตนเอง รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมสุขภาพผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก ช่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย สามารถตัดสินใจ และเผชิญกับอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้น รวมทั้งพัฒนาทักษะการจัดการตนเองเพื่อจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเองได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออก
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออก
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออก

คำถามการวิจัย

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกอยู่ในระดับใด
2. พฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกอยู่ในระดับใด

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก
หลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกจำเป็นต้องมีความรอบรู้
ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และมีพฤติกรรมการจัดการตนเองอย่างเหมาะสมตามภาวะโรค เพื่อไม่ให้เกิด
ภาวะแทรกซ้อนทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ตลอดระยะเวลาของการรักษา รวมถึงป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับ
การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติด้านสุขภาพของตนเองซึ่งจะนำไปสู่
ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
ระดับพื้นฐาน 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมี
วิจารณญาณ การส่งเสริมให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพถึงระดับการมีวิจารณญาณ จะส่งผลให้มีการปฏิบัติ
พฤติกรรมสุขภาพอย่างเหมาะสม นั่นคือสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งตามแนวคิดการจัดการ
ตนเองของลอริกและฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) แบ่งพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ
เรื้อรังออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) การจัดการทางด้านการรักษา 2) การจัดการทางด้านบทบาท 3) การจัดการ
ทางด้านอารมณ์ เมื่อผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากมีความรู้ ความเข้าใจสามารถเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการ
รักษา และมีทักษะในการตัดสินใจที่ดี จะนำไปสู่การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพและสามารถปฏิบัติตัวได้อย่าง
เหมาะสม ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงน่าจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้
ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะว่า
เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากและได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกแล้ว

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะว่าเป็นมะเร็งต่อม
ลูกหมาก ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกแล้ว และมารับการตรวจตามนัด ณ ห้องตรวจระบบ
ทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 2 แห่ง ระหว่างเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2564

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 40
ปีขึ้นไป 2) มีสติปัญญา และการรับรู้ปกติ โดยในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับการประเมินจากแบบทดสอบ
สติปัญญา (mental status questionnaire) ของ คาน, กอลด์เฟรช, พอลเลค, และ เพค (Kahn, Goldfarb,
Pollack, & Peck, 1960) ซึ่งมีจำนวนข้อคำถามรวม 10 ข้อ โดยจะต้องได้อย่างน้อย 8 คะแนนขึ้นไป 3) สามารถ
สื่อสารด้วยภาษาไทยได้ และ 4) ให้การยินยอมเพื่อเข้าร่วมในการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ใช้ตารางประมาณกลุ่มตัวอย่างตามอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ
(power analysis) โดยกำหนดค่าอำนาจของการทดสอบ (level of power) ที่ 0.80 ความเชื่อมั่นที่ระดับ
นัยสำคัญ (significant level) เท่ากับ 0.05 และขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ 0.30 ซึ่งเป็นค่าขนาดอิทธิพล
ขนาดกลางในการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยทางการแพทย์ (Polit, 2010) ได้ขนาดกลุ่ม
ตัวอย่าง จำนวน 85 ราย ทั้งนี้สัดส่วนของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกที่มารับ

บริการ ณ โรงพยาบาลแห่งแรก ต่อโรงพยาบาลแห่งที่ 2 เท่ากับ 2.4:1 ดังนั้นจึงมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่
โรงพยาบาลแห่งแรก จำนวน 60 ราย และโรงพยาบาลแห่งที่ 2 จำนวน 25 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
อาชีพ รายได้ และระยะเวลาหลังได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัย
ดัดแปลงมาจากแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของ วันทนา มณีศรีวงศ์กุล (Maneesriwongul, 2012) ที่
แปลงจากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยเบาหวานของ อิชิคาว่า, ทาเคอุชิ, และ ยาโนะ (Ishikawa,
Takeuchi, & Yano, 2008) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) มีจำนวนข้อคำถามรวม 14 ข้อ
ประกอบด้วย ข้อคำถามความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน 5 ข้อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์
5 ข้อ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีวิจารณญาณ 4 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณ
ค่า (rating scale) 4 ระดับ คือ ความถี่ของการปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้คะแนนด้านลบ 1 คะแนน ด้านบวก 4 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนนด้านลบ 2 คะแนน ด้านบวก 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ให้คะแนนด้านลบ 3 คะแนน
ด้านบวก 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติเลย ให้คะแนนด้านลบ 4 คะแนน ด้านบวก 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง
ระหว่าง 14 - 56 คะแนน โดยคะแนน 14.00 - 28.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ
คะแนน 28.01- 42.00 คะแนน หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง คะแนน 42.01- 56.00 คะแนน
หมายถึง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ซึ่งในการดัดแปลงแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้เปลี่ยนแปลงข้อความในส่วน
คำชี้แจงเป็นผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเนื้อหา

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัย
ปรับปรุงมาจากแบบวัดพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตของ สุพรรณษา กลิ่น
กล่อม, ศิริรัตน์ ปานอุทัย, และ ภารดี นานาสิลป์ (Klinklom, Panuthai, & Nanasilp, 2017) ที่พัฒนาจาก
แนวคิดของ ลอริก และ ฮอลแมน (Lorig & Holman, 2003) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน
ข้อคำถามรวม 19 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามพฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรักษา 14 ข้อ พฤติกรรม
จัดการตนเองด้านบทบาท 3 ข้อ และพฤติกรรมจัดการตนเองด้านอารมณ์ 2 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นแบบ
มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ คือ ความถี่ของการปฏิบัติเป็นประจำ ให้คะแนนด้านลบ 1
คะแนน ด้านบวก 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้คะแนนด้านลบ 2 คะแนน ด้านบวก 4 คะแนน ปฏิบัติปานกลาง
ให้คะแนนด้านลบ 3 คะแนน ด้านบวก 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้คะแนนด้านลบ 4 คะแนน ด้านบวก 2
คะแนน ไม่ปฏิบัติเลย ให้คะแนนด้านลบ 5 คะแนน ด้านบวก 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วงระหว่าง 19 - 95
คะแนน โดยคะแนน 19.00 - 44.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับต่ำ คะแนน 45.00 -
70.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับปานกลาง คะแนน 71.00 - 95.00 คะแนน หมายถึง
มีพฤติกรรมจัดการตนเองระดับสูง ซึ่งในการปรับปรุงแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ปรับเปลี่ยนข้อคำถามให้มีความ
เหมาะสม และจำเพาะเจาะจงกับผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดมากยิ่งขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด ได้ผ่านตรวจสอบความ
ตรงตามเนื้อหา (content validity index) แล้ว ซึ่งผู้วิจัยไม่มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของเนื้อหาใดๆ จึงไม่ได้
ทำการตรวจสอบซ้ำ ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด
ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 สำหรับการหาความ
เชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) ได้นำแบบสอบถามทั้ง 2 ฉบับ ไปทดสอบกับผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลัง

ผ่าตัดต่อมลูกหมากออก ที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย นำมาคำนวณค่า Chronbach's alpha coefficient ได้เท่ากับ .83 และ .86 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลทั้ง 2 แห่ง ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยได้จัดทำเอกสาร เข้าพบและชี้แจงแก่กลุ่มตัวอย่างถึงวัตถุประสงค์ ระยะเวลา และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ตลอดจนประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการยุติการเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างได้โดยไม่สูญเสียผลประโยชน์ในการดูแลรักษา และไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลแก่ผู้วิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อแต่จะสรุปผลการประเมินที่ได้ออกมาเป็นภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาในกรณีที่มีข้อสงสัยเกี่ยวกับการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเรียบร้อยแล้วจึงดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองในโรงพยาบาลแห่งที่ 1 และผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัยซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ เพื่อทำหน้าที่ช่วยเก็บรวบรวมข้อมูลในโรงพยาบาลแห่งที่ 2 โดยผู้วิจัยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย และผู้ช่วยวิจัยได้รับการทดสอบโดยการทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้ที่เป็มะเร็งต่อมลูกหมากหลังผ่าตัดต่อมลูกหมากออกที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 ราย หลังจากนั้นผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว โดยใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัด ใช้วิธีการอ่านคำถามให้ฟังแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบ โดยไม่มีการอธิบายข้อคำถามเพิ่มเติม ใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามไม่เกิน 30 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในการวิเคราะห์
2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก ผู้วิจัยได้ใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ในการทดสอบการแจกแจงของข้อมูล และพบว่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ส่วนคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองมีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบทางเดินปัสสาวะว่าเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก และได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก จำนวน 85 ราย ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 51.76) โดยมีอายุเฉลี่ย 68.75 ปี (SD = 5.20) สัญชาติไทย (ร้อยละ 92.94) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 89.41) การศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 71.76) ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 54.12) มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 47.06) และได้รับการผ่าตัดแล้ว เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 54.12)



กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 42.37 คะแนน (SD = 6.43) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน และระดับการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.05 คะแนน (SD = 2.86) และ 15.05 คะแนน (SD = 2.86) ตามลำดับ ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10.27 คะแนน (SD = 2.67) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก (n=85)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	ระดับ
	คะแนนที่ เป็นไปได้	คะแนนที่ได้			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	14 - 56	19 - 55	42.37	6.43	สูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน					
ระดับพื้นฐาน	5 - 20	5 - 20	17.05	2.86	สูง
ระดับการมีปฏิสัมพันธ์	5 - 20	8 - 20	15.05	2.86	สูง
ระดับการมีวิจารณญาณ	4 - 16	5 - 16	10.27	2.67	ปานกลาง

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 82.83 คะแนน (SD = 6.98) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมจัดการตนเองด้านการรักษา ด้านบทบาท และด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 62.52 คะแนน (SD = 5.33), 12.08 คะแนน (SD = 1.55) และ 8.24 คะแนน (SD = 1.48) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ช่วงคะแนน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก (n=85)

ข้อมูล	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
	คะแนนที่ เป็นไปได้	คะแนนที่ได้			
พฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวม	19 - 95	64 - 91	82.83	6.98	สูง
พฤติกรรมจัดการตนเองรายด้าน					
ด้านการรักษา	14 - 70	48 - 69	62.52	5.33	สูง
ด้านบทบาท	3 - 15	7 - 15	12.08	1.55	สูง
ด้านอารมณ์	2 - 10	4 - 10	8.24	1.48	สูง

ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมจัดการตนเองโดยรวมของผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .566, p < .01$)

การอภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน และระดับการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานอยู่ในระดับสูง แสดงถึงกลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการอ่านและเข้าใจข้อมูล ข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรค การรักษา การดูแลตนเอง รวมถึงการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆจากบุคลากรด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป (ร้อยละ 71.76) ซึ่งการศึกษาเป็นการส่งเสริมให้บุคคลมีทักษะในด้านการอ่าน เขียน เรียนรู้ ค้นคว้า และทำความเข้าใจข้อมูลต่างๆ จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอ่านเอกสารให้ความรู้หรือคำแนะนำในฉลากยาที่ได้รับจากโรงพยาบาล รวมทั้งเข้าใจคำศัพท์และเนื้อหาต่างๆเหล่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ โจวิก-แฟรนส์, บียะโกวิก-มิกานอวิก, และ มารินคอวิก (Jovic-Vranes, Bjegovic-Mikanovic, & Marinkovic, 2009) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังในประเทศเซอร์เบีย ที่พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 47.06) ซึ่งการมีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะช่วยเพิ่มโอกาส และช่องทางในการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ เมื่อมีข้อมูลอย่างเพียงพอ จึงมีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ (Suka et al., 2015)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีปฏิสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง แสดงถึงความสามารถในการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของข้อมูล การใช้ข้อมูลในการสื่อสาร และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างซึ่งรวมถึงบุคลากรด้านสุขภาพ รวมทั้งการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เห็นได้จากการตอบแบบสอบถาม ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการสืบค้น คัดเลือกและเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งอื่นนอกเหนือจากเอกสารของทางโรงพยาบาล อาทิเช่น หนังสือ วารสารวิชาการ และอินเทอร์เน็ต รวมทั้งมีการพูดคุยกับผู้อื่นเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเพื่อแลกเปลี่ยนและหาข้อมูลเพิ่มเติม ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 89.41) ซึ่งคู่สมรสเป็นแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วย สามารถพูดคุย เป็นที่ปรึกษา และให้คำแนะนำ รวมทั้งมีส่วนช่วยในการพิจารณา หรือตัดสินใจในด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย (Ginggeaw & Prasertsri, 2016)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับการมีวิจารณญาณอยู่ในระดับปานกลาง แสดงถึงความสามารถในการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์ และเปรียบเทียบ รวมถึงการจัดการกับสถานการณ์ในชีวิตประจำวันยังไม่ดีมาก ยังคงมีข้อจำกัดในการพิจารณาถึงความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลทางด้านสุขภาพที่ได้รับ รวมทั้งการพิจารณาในด้านความเหมาะสมของข้อมูลที่จะนำมาปรับใช้กับตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากแล้วน้อยกว่า 6 เดือน (ร้อยละ 54.12) ซึ่งอาจจะเป็นระยะเวลาที่ยังไม่เพียงพอต่อการรับรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับอาการของโรค การรักษา และการจัดการกับภาวะต่างๆ รวมทั้งทำให้เกิดข้อจำกัดในการใช้ทักษะการคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจ รวมถึงมีส่วนร่วมกับบุคลากรทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ม่วงชวง และ นรลักษ์ณ เอื้อกิจ (Moungchoung & Ua-Kit, 2014) ที่พบว่าผู้ที่มีระยะ เวลาหลังการผ่าตัดมากจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง ในขณะที่ผู้ที่มีระยะเวลาหลังการผ่าตัดน้อยจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ต่ำตามไปด้วย

2. พฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการจัดการตนเองรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรักษา ด้านบทบาท และด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูงเช่นกัน สามารถอภิปรายได้ดังนี้

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับสูง แสดงถึงการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเหมาะสมเพื่อการควบคุมอาการของโรค ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ทักษะการสร้างความสัมพันธ์กับบุคลากรทางด้านสุขภาพ (forming of a patient/health care provider partnerships) ซึ่งส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการจัดการกับภาวะสุขภาพของตนเอง โดยมีบุคลากรทางด้านสุขภาพเป็นผู้สอนหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาตามความเหมาะสม ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาขึ้นไป ซึ่งการศึกษาส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการเรียนรู้ วางแผน และตัดสินใจ จึงส่งเสริมทักษะในการใช้แหล่งประโยชน์ (resource utilization) ซึ่งเพิ่มความสามารถในการเข้าถึงและเลือกใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ในการจัดการตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเรื้อรังของ ชูแมน-กรีน, จาเซอร์, ปาร์ค, และ วิทเมอร์ (Schulman-Green, Jaser, Park, & Whitemore, 2016) ที่พบว่าระดับการศึกษาสูงส่งผลให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในการจัดการตนเอง ทั้งในด้านการจัดการอาการและการปฏิบัติตามแผนการรักษา

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทอยู่ในระดับสูง แสดงถึงการยอมรับและปรับเปลี่ยนบทบาทของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ทักษะการปฏิบัติ (taking action) และการปรับทักษะให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล (self-tailoring) โดยมีการวางแผน ตั้งเป้าหมายระยะสั้น และลงมือปฏิบัติด้วยความมั่นใจ ตลอดจนนำเอาทักษะและความรู้ที่มีอยู่มาปรับใช้ในการจัดการตนเอง จึงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยของตนเอง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นข้าราชการบำนาญ (ร้อยละ 54.12) ซึ่งข้าราชการที่เกษียณอายุราชการแล้ว จะได้รับค่าตอบแทนสิทธิและประโยชน์จากราชการ จึงส่งผลให้การดำรงชีวิตมีความมั่นคง อีกทั้งยังมีเวลาในการดูแลสุขภาพมากขึ้นด้วย

พฤติกรรมการจัดการตนเองด้านอารมณ์อยู่ในระดับสูง แสดงถึงการจัดการอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม เห็นได้จากการตอบแบบสอบถาม ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีวิธีจัดการกับอาการเครียดหรือวิตกกังวล เช่น ทำสมาธิ ฟังเพลง หรือใช้เทคนิคผ่อนคลาย รวมทั้งมีการปรึกษากับบุคคลที่ไว้วางใจเมื่อรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หดหู่ หรือหมดกำลังใจ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการใช้ทักษะการแก้ไขปัญหา (problem solving) ซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถค้นหาปัญหา และดำเนินการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองหรือขอคำแนะนำจากบุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางด้านสุขภาพ ตลอดจนสามารถประเมินผลของการแก้ไขปัญหาได้ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี (ร้อยละ 51.76) ซึ่งอยู่ในช่วงวัยสูงอายุตอนต้น ยังไม่มีข้อจำกัดทางด้านสรีรวิทยา ยังคงมีความแข็งแรง และสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง รวมทั้งมีความสามารถในการเรียนรู้ และการตัดสินใจที่ดี ซึ่งการใช้ทักษะการตัดสินใจ (decision making) เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการแก้ไขปัญหา ที่จะช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจในการตอบสนองต่อสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละวันได้

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางรายมีพฤติกรรมการจัดการตนเองด้านบทบาทและด้านอารมณ์อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับการผ่าตัดต่อมลูกหมากแล้วน้อยกว่า 6 เดือน ซึ่งอาจเป็นระยะที่ยังไม่เพียงพอต่อการพัฒนาทักษะในการจัดการตนเอง เนื่องจากระยะเวลาหลังการผ่าตัดที่เพิ่มขึ้น จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น รู้สึกคุ้นเคยกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ และสามารถนำประสบการณ์ที่เคยได้รับมาปรับใช้ เพื่อให้ปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสมกับภาวะเรื้อรังที่กำลังเผชิญ สามารถเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการจัดการตนเองในการจัดการอารมณ์ และการเผชิญความเครียดที่เกิดขึ้น (Namyotha, Danaidutsadeekul, Wongkongkam, & Wongwanit, 2021)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก พบว่าความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเองโดยรวมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันในทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = .566, p < .01$) สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เนื่องจากสามารถแสวงหาข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ มีความเข้าใจ สามารถประเมิน วิเคราะห์ และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลเหล่านั้นเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางด้านสุขภาพด้วยความมั่นใจ และมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการของตนเอง ซึ่งเป็นไปตามกรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ นัทบีม (Nutbeam, 2000) ที่อธิบายว่า เมื่อบุคคลได้รับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการปฏิบัติด้านสุขภาพของตนเองซึ่งจะนำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยมะเร็งในประเทศสหรัฐอเมริกา อังกฤษ แคนาดาและเยอรมันของ ปาปาตากอส และคณะ (Papadakos et al., 2018) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการจัดการตนเองมีความสัมพันธ์กัน โดยผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง จะมีการรับรู้ถึงความสามารถของตนเองสูง ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการรักษา ช่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มความสามารถในการเผชิญปัญหาและการจัดการกับอาการต่างๆ ในขณะที่การศึกษาของ คลาร์ก และคณะ (Clarke et al., 2021) ในผู้รอดชีวิตจากโรคมะเร็งศีรษะและคอในประเทศอิสราเอล พบว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ ทั้งในด้านการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การมีส่วนร่วม และการติดตามอาการตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางด้านสุขภาพในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม
2. ด้านการบริหารทางการพยาบาล สามารถใช้เป็นแนวทางในการนำเสนอผู้บริหารเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก
3. ด้านการศึกษา ผู้สอนทางการพยาบาลสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการส่งเสริมการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออก

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการตนเอง และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการจัดการตนเองในผู้ที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมากออกต่อไป



References

- 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. *Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394- 424.
- 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.
- Fervaha, G., Izard, J., Tripp, D., Rajan, S., Leong, D., & Siemens, D. (2019). Depression and prostate cancer: A focused review for the clinician. *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 37(4), 1-7.
- Ginggeaw, S., & Prasertsri, N. (2016). The relationship between health literacy and health behaviors of the elderly with multiple chronic diseases. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*. 25(3), 43-54. (in Thai)
- Gordon, G. L., Walker, S. M., Mervin, M. C., Lowe, A., Smith, D. P., Gardiner, R. A., & Chambers, S. K. (2017). Financial toxicity: A potential side effect of prostate cancer treatment among Australian men. *European Journal of Cancer Care*, 26, e12392.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31, 874-879.
- Jovic-Vranes, A., Bjegovic-Mikanovic, V., & Marinkovic, J. (2009). Functional health literacy among primary health-care patients: Data from the Belgrade pilot study. *Journal of Public Health*, 31(4), 490-495.
- Kahn, R. L., Goldfarb, A. I., Pollack, M., & Peck, A. (1960). Brief objective measure for the determination of mental status in the aged. *American Journal of Psychiatry*, 117(4), 326-328.
- Klinklom, S., Panuthai, S., & Nanasilp, P. (2017). Self-management behaviors and related factors among older persons with benign prostatic hyperplasia. *Nursing Journal*, 44(3), 52-64. (in Thai)
- Klett, D. (2014). A review of the psychological and emotional issues in men with prostate cancer and their partners. *Medical Student Research Journal*, 4, 4-7.
- Lorig, K. R., & Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanism. *The Society of Behavioral Medicine*, 26(1), 1-7.
- Maneesriwongul, W. (2012). *Assessment of care needs among HIV-positive patients Receiving Antiretroviral Therapy (Research report)*. Bangkok: Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University. (in Thai)
- Moungchoung, W., & Ua-Kit, N. (2014). Predicting factors of quality of life in valvular heart replacement patients. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 25(2), 62-76. (in Thai)



- Namyotha, L., Danaidutsadeekul, S., Wongkongkam, K., & Wongwanit, C. (2021). Factors related to quality of life among patients after revascularization of peripheral artery disease within 6 months. *Nursing Science Journal of Thailand*, 39(2), 64- 76. (in Thai)
- National Cancer Institute. (2018). *Cancer in Thailand vol. 9, 2013-2015*. Bangkok: New Thammada.
- Noppakun, L., & Vuttanon, N. (2019). Supportive care needs among persons with prostate cancer. *Nursing Journal*, 46(Supplement), 49-58. (in Thai)
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- 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.
- Papadakos, J. K., Hasan, S. M., Barnsley, J., Berta, W., Fazelzad, R., Papadakos, C. J., ... Howell, D. (2018). Health literacy and cancer self-management behaviors: A scoping review. *Cancer*, 124, 4202-4210.
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Schulman-Green, D., Jaser, S. S., Park, C., & Whittemore, R. (2016). A meta synthesis of factors affecting self-management of chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1469–1489.
- Stallard, J. (2015). *Prostate surgery complications: What patients should know*. Retrieved from <https://www.mskcc.org/blog/prostate-surgery-complications-what-patients-should-know>
- Suka, M., Odajima, T., Okamoto. M., Sumitani, M., Igarashi, A., Ishikawa. H., . . . Sugimori, H. (2015). Relationship between health literacy, health information access, health behavior, and health status in Japanese people. *Patient Education and Counseling*, 98(5), 660-688.



The Needs of Family Members of Intensive Care Unit Patients:

Needs Assessment Research

ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต:
การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น

นลินี	นิยมไทย*	Nalinee	Niyomthai*
ทีปทัศน์	จินตปัญญากุล**	Teepatad	Chintapanyakun**
พารุณี	วงศ์ศรี*	Parunee	Wongsri*
พุลสุข	หิรัญสาย*	Phunsuk	Hiransai*
จิตติมาภรณ์	พรหมรอด*	Titimaporn	Pomrod*

Abstract

Patients in intensive care units, and family members, need to properly obtain continuing care and adequate information to meet their physical, emotional, and spiritual needs. The aims of this study were: 1) to assess the actual needs of family members of ICU patients; and 2) to prioritize the needs of family members of ICU patients based on their perceptions. Needs assessment research was applied as the research approach. The samples were family members selected by purposive sampling from 184 family members of ICU patients admitted to the Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. The needs of family members of intensive care unit patients questionnaire was tested for its content validity index (CVI = .85) and construct validity, which showed an overall fit with the empirical data (χ^2 ($df = 4$, $N=184$) = 8.651, $p = .0705$, $CFI = .980$, $TLI = .970$, $RMSEA = .0079$, $SRMR = .042$). The Cronbach's alpha coefficient was between .88 and .92. Data were analyzed using descriptive statistics and the modified priority needs index (PNI_{modified}).

The results showed that the actual needs of family members of ICU patients were at a high level in the information, physical, emotional, and spiritual domains. In addition, it was found that the emotional needs should be set and developed as the first priority, (PNI_{modified} = 0.39), the physical needs as the second priority (PNI_{modified} = 0.29), and information needs as the third (PNI_{modified} = 0.27).

The results of this study will be beneficial for healthcare personnel including physicians, nurses, and persons who are responsible for the needs of family members of ICU patients, especially in relation to their emotional needs, in order to empower them, overcome their fear, and release their anxiety effectively.

Keywords: Needs, Family members, Intensive care unit patients, needs assessment

* Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Corresponding Author, Senior Professional Level at Department of Nursing Service, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University; e-mail: bigchin1986@gmail.com

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตย่อมมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต และ 2) จัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย โดยใช้การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 184 คน เครื่องมือการวิจัย คือ แบบสอบถาม ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต มีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .85 มีความตรงเชิงโครงสร้างโดยโมเดล การวัดมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ดีมาก (χ^2 ($df = 4$, $N=184$) = 8.651, $p = .0705$, $CFI = .980$, $TLI = .970$, $RMSEA = .0079$, $SRMR = .042$) ทดสอบความเชื่อมั่นด้วย Cronbach's alpha coefficient อยู่ระหว่าง .88-.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการระบุความต้องการจำเป็นด้วยวิธี PNI_{modified}

ผลการวิจัย พบว่า ความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย วิกฤตในด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับมากทุกด้าน และผลการ จัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ด้านที่ควรให้ ความสำคัญและนำมาพัฒนา ก่อน ได้แก่ ด้านอารมณ์ (PNI_{modified} = 0.39) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย (PNI_{modified} = 0.29) และด้านข้อมูลข่าวสาร (PNI_{modified} = 0.27) ตามลำดับ

ผลการศึกษาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และผู้เกี่ยวข้องใน การตอบสนองความต้องการจำเป็นแก่ครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบสนองด้านอารมณ์ เพื่อ เสริมสร้างกำลังใจ และลดความกลัว ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: ความต้องการ สมาชิกครอบครัว ผู้ป่วยวิกฤต การประเมินความต้องการจำเป็น

* คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

** ผู้เขียนหลัก พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ ฝ่ายการพยาบาล คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
e-mail: bigchin1986@gmail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต เป็นการเจ็บป่วยที่รุนแรงและมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือด้วยเทคโนโลยีทางการแพทย์ขั้นสูงตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงการทำหัตถการต่าง ๆ นำมาซึ่งความต้องการการดูแลด้านร่างกายและจิตใจ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในภาวะวิกฤตส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องจากเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ทราบล่วงหน้า (Alsharari, 2019; Maxwell, Stuenkel, & Saylor, 2007) อาจเกิดความเครียดและความห่วงใยในอาการเจ็บป่วยและสภาพผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต (Pomrod, Monkong, & Sirapo-ngam, 2011; Barth, Weigel, Dummer, Machado, & Tisott, 2016) ทำให้การตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตจากบุคลากรทางการแพทย์จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นความต้องการที่สามารถตอบสนองต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดความสมดุลทางด้านร่างกายและจิตใจของบุคคลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤต ไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตหรือเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตก็ตาม (Nolen & Warren, 2014) แนวคิดความต้องการของ กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984) เป็นแนวคิดความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วยความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านอารมณ์ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของครอบครัวหรือญาติผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤต การประเมินและตอบสนองความต้องการของญาติ/ครอบครัว ทำให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตเกิดความสมดุลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัว พร้อมเผชิญกับสถานการณ์วิกฤตต่อตนเองและผู้ป่วยที่จะเกิดขึ้นได้ ซึ่งความต้องการจะได้รับการตอบสนองได้ดีนั้นขึ้นอยู่กับสภาพความแตกต่างระหว่างความต้องการที่คาดหวังกับการได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบัน (Altschuld, 2004; Wongwanich, 2019)

ความต้องการที่คาดหวังของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการได้รับความมั่นใจในผลการรักษา การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตโดยภาพรวม การช่วยเหลือดูแลอย่างใกล้ชิดจากแพทย์และพยาบาลทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (Fortunatti, 2014) รวมถึงด้านจิตวิญญาณ (Uppaniskorn & Boonyarat, 2013) เพื่อให้เกิดความพึงพอใจต่อผลลัพธ์ด้านคุณภาพการรักษาพยาบาล ซึ่งแนวทางหรือวิธีการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต สามารถใช้การประชุมกลุ่มระหว่างทีมแพทย์และพยาบาลกับครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต การใช้รูปแบบการสื่อสารที่เข้าใจง่าย การจัดสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศที่เอื้อต่อการเข้าเยี่ยมรวมถึงความยืดหยุ่นกฎระเบียบในการเข้าเยี่ยม และการให้ข้อมูลที่มีแบบแผนช่วยตอบสนองความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ (Kynoch, Chang, Coyer, & McArdle, 2016)

จากงานวิจัยในต่างประเทศ การได้รับการตอบสนองความต้องการย่อมมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคลในสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต เช่น การศึกษาของ ไชนะ, สาสีกาลา, นูฟารีเอซา และ โฮ (Zainah, Sasikala, Nurfarieza, & Ho, 2016) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองไม่มากพอ โดยมีความต้องการด้านความมั่นใจในผลการดูแลรักษาพยาบาล ด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วยซึ่งอยู่ในภาวะวิกฤต ด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจากทีมแพทย์และพยาบาล ด้านการสนับสนุนแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ และด้านการดูแลความสุขสบายของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ พาติลา-พอตุนันตติ, โรฮาส-ซิลวา, อันดอร์รา-โรฮาส และ โมลินา-มูนิออส (Padilla-Fortunatti, Rojas-Silva, Amthauer-Rojas, & Molina-Muñoz, 2018) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการสูงสุด 3 ด้านได้แก่ ด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด และด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ อัลชาร์ารี (Alsharari, 2019) พบว่า สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตยังมีความต้องการด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ด้านความสุขสบายของผู้ป่วย และด้านการ

สนับสนุนแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ตามลำดับ จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตยังไม่ได้ได้รับการตอบสนองเท่าที่ควร

สำหรับงานวิจัยในประเทศไทย มีการศึกษาความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตทางอายุรกรรม พบว่า ญาติผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวลมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านข้อมูล ด้านความสะดวกสบาย ด้านการอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และด้านการช่วยเหลือสนับสนุน ตามลำดับ (Udchumpisai & Sangsongrit, 2020) สอดคล้องกับการศึกษาความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤตที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤตของโรงพยาบาลสังกัดสาธารณสุข พบว่า ความต้องการของครอบครัวผู้ป่วยระยะวิกฤตด้านข้อมูลข่าวสารมีมากที่สุด รองลงมา คือ ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านร่างกาย ตามลำดับ นอกจากนี้ มีการศึกษาเฉพาะความต้องการด้านข้อมูลญาติผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ญาติของผู้ป่วยมีความต้องการทราบข้อมูลอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย บุคลากรทีมสุขภาพ ข้อควรปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวกหรือสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนด้านจิตใจ และอื่น ๆ (Khiewchaum, Ngamkhum, Chantapet, & Chantap, 2013)

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความแตกต่างกัน สำหรับหอผู้ป่วยวิกฤต คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี นั้น มีการศึกษาการตอบสนองความต้องการและการเผชิญความเครียดของญาติก่อนย้ายผู้ป่วยออกจากหอผู้ป่วยวิกฤต (Pomrod et al., 2011) แต่ยังไม่มีการศึกษาความต้องการของญาติหรือสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่กำลังรักษาอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ซึ่งการศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความสำคัญอย่างยิ่งในการใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการพยาบาลที่เน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตครบทุกมิติทั้งด้านร่างกาย อารมณ์หรือจิตใจ จิตวิญญาณ และข้อมูลข่าวสาร ที่อิงตามแนวคิดของ กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984) โดยใช้วิธีการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น (Altschuld, 2004; Wongwanich, 2019) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความแตกต่างระหว่างความต้องการที่คาดหวังกับการตอบสนองที่ได้รับจริง เกิดความเข้าใจและสามารถตอบสนองความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้อย่างเหมาะสม และนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบหรือระบบการให้ข้อมูลกับญาติผู้ป่วยวิกฤตให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต
2. เพื่อจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต อยู่ในระดับใด
2. การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย ด้านใดควรให้ความสำคัญและนำมาพัฒนา

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของ กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งแนวคิดนี้อธิบายว่า ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพและอยู่ในระยะวิกฤตย่อมมีอันตรายและภาวะคุกคามต่อชีวิต ได้รับประสบการณ์ที่ทุกข์ทรมานในภาวะเจ็บป่วยที่อยู่ในระยะวิกฤต และส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่รักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล เป็นต้น ซึ่ง กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984) กล่าวถึง ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตไว้ 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านข้อมูลข่าวสาร (information needs) เป็นความต้องการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโรค อาการ วิธีการรักษา ภาวะแทรกซ้อน และการปฏิบัติตัวขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือเมื่อกลับบ้าน 2) ด้านร่างกาย (physiological needs) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตรวมถึงความต้องการด้านความสะดวกสบาย ความอบอุ่น ความปลอดภัย และความสงบ 3) ด้านอารมณ์ (emotional needs) เป็นความต้องการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ ต้องการให้มีคนคอยพูดคุย ปลอบโยน และให้กำลังใจ และ 4) ด้านจิตวิญญาณ (spiritual needs) เป็นความเชื่อ ความหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ รวมถึงการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้หากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ได้รับการตอบสนองความต้องการจริงในปัจจุบันครบทั้ง 4 ด้าน ย่อมช่วยให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตมีความพึงพอใจและคงความสมดุลของครอบครัวได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น (needs assessment research) เป็นการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างสภาพปัจจุบัน (what is) กับสภาพที่คาดหวัง (what should be) อย่างมีระบบ จากนั้นนำความแตกต่างมากำหนดความต้องการจำเป็น (needs identification) (Wongwanich, 2019; Altschuld, 2004; Altschuld, Hung, & Lee, 2014)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ที่ได้รับการรักษาในคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

กลุ่มตัวอย่าง คือ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ประกอบด้วย 1) ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤต 51 และหอผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจ 91 2) โรงพยาบาลรามาธิบดี ได้แก่ หอผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรม หอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุรกรรม และหอผู้ป่วยวิกฤตวิสัญญี เลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive selection)

ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม n4studies ซึ่งทราบจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตในปี พ.ศ. 2563 (finite population) จำนวนทั้งหมด 750 คน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อน (error) เท่ากับ 5% ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 184 คน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จนถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2564

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) เป็นญาติสายตรงทั้งเพศชายหรือเพศหญิงมีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่ให้การดูแลผู้ป่วยหลักขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล 2) มีการรับรู้ สื่อความหมายได้ดี เข้าใจตรงกันด้วยภาษาไทย และ 3) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือ กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัย

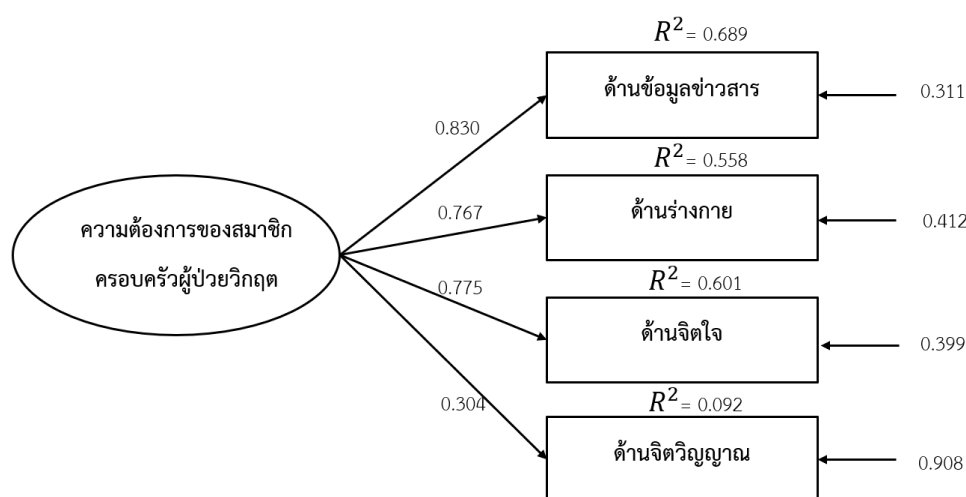
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว และประสบการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤตของครอบครัว

ตอนที่ 2 ความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอิงแนวคิดความต้องการของญาติผู้ป่วยวิกฤตของ กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984) เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) ใช้รูปแบบการตอบเป็นแบบการตอบสนองเดี่ยว (single response format) มีองค์ประกอบย่อย 4 ด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ และด้านจิตวิญญาณ จำนวน 28 ข้อ มีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .85 ได้รับข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปรับปรุงข้อคำถามทั้งในด้านความตรงในสิ่งที่ต้องการวัด และความถูกต้องทางภาษา มีความตรงเชิงโครงสร้างด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis: CFA) พบว่า โมเดลมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi^2 (df = 4, N=184) = 8.651, p = .0705, CFI = .980, TLI = .970, RMSEA = .0079, SRMR = .042$) ดังรูปที่ 1 และมีความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยค่อนข้างสูง โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient อยู่ระหว่าง .88-.92

การแปลผลคะแนน เกณฑ์การแปลค่าเฉลี่ยระดับความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ตามวิธีของ Best & Khan (2012) มี 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 4.50-5.00 หมายถึง ระดับมากที่สุด, 3.50-4.49 หมายถึง ระดับมาก, 2.50-3.49 หมายถึง ระดับปานกลาง, 1.50-2.49 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.49 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด



($\chi^2 (df = 4, N=184) = 8.651, p = .0705, CFI = .980, TLI = .970, RMSEA = .0079, SRMR = .042$)

รูปที่ 1 ความตรงเชิงโครงสร้างของแบบวัดความต้องการของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MURA2020/1952 ภายหลังได้รับการอนุมัติผู้วิจัยทำหนังสือผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามาธิบดี และผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย เมื่อได้รับอนุญาตผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการวิจัย และลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิในการตอบรับเข้าหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและจะไม่เกิดผลเสียต่อกลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ ระหว่างวันที่ 16 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จนถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างโดยแนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ และอธิบายวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างเข้าใจ ได้มอบแบบสอบถามที่บรรจุข้อให้แก่มกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 15-20 นาที เมื่อได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบสอบถาม เมื่อได้ข้อมูลครบสมบูรณ์แล้วนำไปวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมดมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยมหิดล มีขั้นตอนการวิเคราะห์ตามลำดับดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ประสบการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต ความต้องการของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบัน วิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การระบุความต้องการจำเป็น (needs identification) ผู้วิจัยใช้ค่าดัชนี modified priority needs index (PNI_{modified}) คำนวณได้จากสูตร (I-D)/D เมื่อ I คือ ค่าเฉลี่ยสภาพที่คาดหวัง และ D คือ ค่าเฉลี่ยของสภาพปัจจุบัน กำหนดให้ระดับที่คาดหวังของแต่ละข้อรายการมีค่าเท่ากับ 5 ซึ่งเป็นค่าคาดหวังในอุดมคติ โดยค่าดัชนี PNI_{modified} ของแต่ละรายด้านที่มีค่ามากแสดงว่ามีความต้องการจำเป็นระดับสูงมากที่ควรให้ความสำคัญและนำมาพัฒนาก่อน ผู้วิจัยได้กำหนดจุดตัดของค่าดัชนี PNI_{modified} ที่ระดับ 0.20 ซึ่งถือว่าเป็นความต้องการจำเป็นที่ควรได้รับการพัฒนาก่อน (Wongwanich, 2019)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.52) มีอายุเฉลี่ย 48.38 ปี (SD = 11.94) เมื่อพิจารณาช่วงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีช่วงอายุ 51-60 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 31.52) รองลงมาคือ 41-50 ปี (ร้อยละ 23.92) และ 61 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 19.02) ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/คู่ (ร้อยละ 52.17) และมีการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 57.62) รองลงมาคือ สูงกว่าระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 18.48) และประถมศึกษา (ร้อยละ 16.30) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 32.61) รองลงมาคือ รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 23.91) และเป็นพนักงานบริษัท (ร้อยละ 23.91) ตามลำดับ สำหรับรายได้ พบว่า มีรายได้ในช่วง 15,001-30,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 26.10) รองลงมาคือ 30,000-45,000 บาท (ร้อยละ 26.10) และตั้งแต่ 60,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 16.30) ตามลำดับ จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป (ร้อยละ 70.65) และไม่มีประสบการณ์การย้ายเข้าหอผู้ป่วยวิกฤต (ร้อยละ 63.59) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 184)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ			อาชีพ		
ชาย	80	43.48	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	44	23.91
หญิง	104	56.52	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	60	32.61



ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n = 184) (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($M = 48.38, SD = 11.94$)			พนักงานบริษัท	44	23.91
21-30 ปี	18	9.78	เกษตรกร	20	10.87
31-40 ปี	29	15.76	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	16	8.70
41-50 ปี	44	23.92	รายได้		
51-60 ปี	58	31.52	ไม่มีรายได้	10	5.43
61 ปีขึ้นไป	35	19.02	น้อยกว่า 15,000 บาท	26	14.13
สถานภาพ			15,001-30,000 บาท	48	26.10
โสด	70	38.05	30,001-45,000 บาท	44	23.91
คู่	96	52.17	45,001-60,000 บาท	26	14.13
หม้าย/หย่า/แยก	18	9.78	ตั้งแต่ 60,000 บาทขึ้นไป	30	16.30
ระดับการศึกษา			จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
ประถมศึกษา	30	16.30	1-3 คน	54	29.35
มัธยมศึกษา	10	5.43	ตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป	130	70.65
อนุปริญญา	4	2.17	ประสบการณ์การย้ายเข้า ICU		
ปริญญาตรี	106	57.62	ไม่มี	117	63.59
สูงกว่าปริญญาตรี	34	18.48	มี	67	36.41

2. การประเมินความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ผลการประเมินความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต พบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้าน โดยด้านจิตวิญญาณ สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีการรับรู้มากที่สุด ($M = 4.19$) รองลงมาคือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ($M = 3.94$) และด้านร่างกาย ($M = 3.89$) ตามลำดับ ส่วนด้านอารมณ์มีค่าต่ำสุด ($M = 3.59$) เมื่อพิจารณารายข้อคำถามของแต่ละด้าน พบว่า ด้านจิตวิญญาณ กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีแพทย์ พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่มีการบอกกล่าวก่อนกระทำการใด ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยทุกครั้ง และได้รับความมั่นใจเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์หรือพยาบาลเป็นระยะ ๆ อยู่ในระดับมาก มีจำนวนเท่ากัน ($M = 4.26$) สำหรับด้านข้อมูลข่าวสารนั้น กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับในปัจจุบันจากแพทย์หรือพยาบาลอยู่ในระดับมาก ($M = 4.14$) และพยาบาลและเจ้าหน้าที่ได้ชี้แจงข้อมูลภาวะเจ็บป่วยของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาอยู่ในระดับมาก ($M = 4.07$) ส่วนด้านร่างกาย กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับความสุขสบายอยู่ในระดับมาก ($M = 4.00$) และผู้ป่วยของท่านมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ขณะพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต ($M = 3.97$) ขณะที่ด้านอารมณ์นั้น กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ว่ามีแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่พูดคุยด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยนอยู่ในระดับมาก ($M = 3.75$) และผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ($M = 3.68$) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 184)

ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบัน	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการรับรู้					ค่าเฉลี่ย	แปลความ
	1	2	3	4	5		
ด้านข้อมูลข่าวสาร						3.94	มาก
1 พยาบาลและเจ้าหน้าที่ได้ชี้แจงข้อมูลกฎระเบียบของหอผู้ป่วยวิกฤตที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาแก่ท่าน	0 (0.00)	6 (3.26)	26 (14.14)	102 (55.43)	50 (27.17)	4.07	มาก
2 ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมหรือบรรยากาศภายในหอผู้ป่วยวิกฤต	0 (0.00)	6 (3.26)	40 (21.74)	100 (54.35)	38 (20.65)	3.92	มาก
3 ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตัวก่อนและหลังเข้าเยี่ยมผู้ป่วยในหอผู้ป่วยวิกฤต	2 (1.09)	6 (3.26)	42 (22.83)	84 (45.65)	50 (27.17)	3.95	มาก
4 ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลรักษาพยาบาลของผู้ป่วยที่ได้รับในปัจจุบันจากแพทย์หรือพยาบาล	0 (0.00)	2 (1.08)	22 (11.96)	108 (58.70)	52 (28.26)	4.14	มาก
5 ท่านได้ทราบถึงกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับขณะอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต	0 (0.00)	4 (2.17)	52 (28.26)	94 (51.09)	34 (18.48)	3.86	มาก
6 ท่านได้ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับอุปกรณ์ทางการแพทย์ หรือสายต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยจะต้องใส่เข้าไปในร่างกายของผู้ป่วยในขณะรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต	0 (0.00)	6 (3.26)	86 (46.74)	76 (41.30)	16 (8.70)	3.55	มาก
7 ท่านได้พูดคุยความก้าวหน้าของการรักษากับแพทย์ผู้ให้การรักษาผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ	2 (1.09)	4 (2.17)	48 (26.09)	64 (34.78)	66 (35.87)	4.02	มาก
8 ท่านได้รับข้อมูลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยวิกฤตเป็นระยะ ๆ จากพยาบาล	0 (0.00)	8 (4.35)	52 (28.26)	68 (36.96)	56 (30.43)	3.93	มาก
9 แพทย์และพยาบาล พูดคุยหรือให้ข้อมูลกับท่านด้วยถ้อยคำหรือภาษาที่เข้าใจง่าย	0 (0.00)	4 (2.17)	48 (26.09)	74 (40.22)	58 (31.52)	4.01	มาก
ด้านร่างกาย						3.89	มาก
10 ผู้ป่วยได้รับการประเมินสัญญาณชีพเป็นระยะและแจ้งให้ท่านทราบ	0 (0.00)	14 (7.60)	42 (22.83)	106 (57.61)	22 (11.96)	3.74	มาก
11 ผู้ป่วยของท่านมีความปลอดภัยจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ขณะพักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต	0 (0.00)	8 (4.35)	46 (25.00)	74 (40.22)	56 (30.43)	3.97	มาก
12 ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยมีร่างกายที่สะอาด	0 (0.00)	10 (5.43)	62 (33.70)	52 (28.26)	60 (32.61)	3.88	มาก
13 ผู้ป่วยของท่านได้รับความช่วยเหลือเรื่องการขับถ่ายบนเตียง	0 (0.00)	4 (2.17)	72 (39.13)	48 (26.09)	60 (32.61)	3.89	มาก
14 ผู้ป่วยที่พักรักษาตัวอยู่ในหอผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย	0 (0.00)	6 (3.26)	48 (26.09)	70 (38.04)	60 (32.61)	4.00	มาก
15 บรรยากาศของหอผู้ป่วยวิกฤตที่เงียบสงบ ทำให้ผู้ป่วยพักผ่อน	0 (0.00)	10 (5.43)	54 (29.35)	74 (40.22)	46 (25.00)	3.85	มาก
ด้านอารมณ์						3.59	มาก
16 พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต มาแนะนำตัวทุกครั้งเมื่อท่านมาเยี่ยมผู้ป่วย	4 (2.17)	20 (10.87)	74 (40.22)	70 (38.04)	16 (8.70)	3.40	ปานกลาง
17 แพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่พูดคุยกับท่านด้วยวาจาที่สุภาพอ่อนโยน	0 (0.00)	14 (7.61)	60 (32.61)	68 (36.96)	42 (22.83)	3.75	มาก
18 ผู้ป่วยของท่านได้รับการดูแลเอาใจใส่จากทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	0 (0.00)	8 (4.35)	70 (38.04)	78 (42.39)	28 (15.22)	3.68	มาก

ตารางที่ 2 ความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต (n = 184) (ต่อ)

ความต้องการที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบัน	จำนวน (ร้อยละ) ของระดับการรับรู้					ค่าเฉลี่ย	แปลความ
	1	2	3	4	5		
19 ท่านได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างรวดเร็วเมื่อร้องขอความช่วยเหลือ	2 (1.09)	12 (6.52)	66 (35.87)	76 (41.30)	28 (15.22)	3.63	มาก
20 พยาบาลเปิดโอกาสให้ท่านได้ซักถามข้อข้องใจหรือได้ระบายความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย	0 (0.00)	12 (6.52)	76 (41.30)	68 (36.96)	28 (15.22)	3.61	มาก
21 พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ให้กำลังใจท่าน ด้วยการพูดคุย ปลอบโยน หรืออยู่เป็นเพื่อน	0 (0.00)	12 (6.52)	86 (46.74)	72 (39.13)	14 (7.61)	3.48	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ						4.19	มาก
22 ผู้ป่วยของท่านได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกันกับผู้ป่วยคนอื่น ๆ	0 (0.00)	4 (2.17)	30 (16.30)	74 (40.23)	76 (41.30)	4.21	มาก
23 แพทย์ พยาบาล หรือเจ้าหน้าที่มีการบอกกล่าวก่อนกระทำการใด ๆ เกี่ยวกับผู้ป่วยกับท่านทุกครั้ง	0 (0.00)	4 (2.17)	30 (16.30)	64 (34.78)	86 (46.75)	4.26	มาก
24 ท่านมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการกระทำการใด ๆ ที่เกี่ยวกับการรักษาของผู้ป่วย	0 (0.00)	2 (1.09)	28 (15.22)	78 (42.39)	76 (41.30)	4.24	มาก
25 ท่านได้รับความมั่นใจเกี่ยวกับผลลัพธ์การดูแลรักษาพยาบาลจากแพทย์หรือพยาบาลเป็นระยะ ๆ	0 (0.00)	8 (4.35)	22 (11.96)	68 (36.96)	86 (46.73)	4.26	มาก
26 แพทย์หรือพยาบาลให้ความมั่นใจว่า การดูแลรักษาพยาบาลครั้งนี้ให้การดูแลอย่างดีที่สุด	0 (0.00)	2 (1.09)	44 (23.91)	56 (30.43)	82 (44.57)	4.18	มาก
27 ได้รับอนุญาตให้นำสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพไว้ข้างตัวผู้ป่วยตลอดเวลา	0 (0.00)	10 (5.43)	40 (21.74)	60 (32.61)	74 (40.22)	4.08	มาก
28 ได้รับอนุญาตและอำนวยความสะดวกการประกอบพิธีทางศาสนาหรือความเชื่อของท่าน	0 (0.00)	12 (6.53)	30 (16.30)	64 (34.78)	78 (42.39)	4.13	มาก

3. การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย

ผลการวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต พบว่า ความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตมี 3 ด้านที่ควรให้ความสำคัญและนำมาพัฒนาจนมากที่สุด คือ ด้านอารมณ์มากที่สุด ($PNI_{modified} = 0.39$) รองลงมาคือ ด้านร่างกาย ($PNI_{modified} = 0.29$) และด้านข้อมูลข่าวสาร ($PNI_{modified} = 0.27$) ส่วนด้านจิตวิญญาณนั้นมีค่า $PNI_{modified}$ เท่ากับ .019 ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 0.20 แสดงว่าด้านนี้มีการตอบสนองความต้องการจำเป็นกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตดีอยู่แล้ว จึงควรปฏิบัติการพยาบาลด้านนี้ต่อไป ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การจัดลำดับความสำคัญความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

ความต้องการ	ความต้องการจำเป็นที่คาดหวัง (I)	ความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบัน (D)	$PNI_{modified}$ (I-D)/D	ลำดับ
1. ด้านข้อมูลข่าวสาร	5.00	3.94	0.27	3
2. ด้านร่างกาย	5.00	3.89	0.29	2
3. ด้านอารมณ์	5.00	3.59	0.39	1
4. ด้านจิตวิญญาณ	5.00	4.19	0.19	4

การอภิปรายผล

1. ความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤต

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตภาพรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน สะท้อนให้เห็นว่า บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลให้ความสำคัญและเคารพในสิทธิผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัวผู้ป่วยวิกฤต สามารถตอบสนองความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้ จากการศึกษานี้พบว่า ความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองในปัจจุบันมากที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านร่างกาย ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากแพทย์และพยาบาลได้ใช้หลักการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (humanized care) (Watson, 2012) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความต้องการจำเป็นที่ได้รับการตอบสนองจริงในปัจจุบันมากที่สุด คือ ด้านจิตวิญญาณ รองลงมา คือ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านร่างกาย และด้านอารมณ์ ตามลำดับ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

ความต้องการจำเป็นด้านจิตวิญญาณ เป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองมากที่สุด แม้ว่าการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะให้ความสำคัญกับความปลอดภัยทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจแล้ว ต้องให้ความสำคัญกับด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วยด้วย ทีมแพทย์และพยาบาลอาจมีการบอกกล่าวกับผู้ป่วยทุกครั้งว่าจะทำกิจกรรมหรือหัตถการทางการแพทย์ต่าง ๆ กับผู้ป่วย และมีการแจ้งให้ครอบครัวของผู้ป่วยทราบด้วย เพื่อส่งเสริมความมั่นใจและบอกแนวโน้มผลลัพธ์ที่อาจเกิดขึ้นทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ กากลิโอเน่ (Gaglione, 1984) ที่กล่าวว่า การตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ก่อให้เกิดความมั่นใจ ความไว้วางใจ ความหวังและกำลังใจ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ประสพการณ์ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตที่ได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ระหว่างรับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต คือ บุคลิกพยาบาลที่ส่งเสริมการแสดงออกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตด้านความเชื่อและศาสนา การได้รับความเคารพในความเชื่อและเอื้อเฟื้อที่แสดงออกมา และได้รับการชี้แนะ รวมถึงมีที่พึ่งทางใจ (Uppanisakorn & Boonyarat, 2013)

ความต้องการจำเป็นด้านข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤต เป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองในระดับมากเช่นเดียวกัน รองมาจากด้านจิตวิญญาณ ซึ่งในทางปฏิบัตินั้น พยาบาลมีการชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วยต่าง ๆ ของหอผู้ป่วยวิกฤตแก่ผู้ป่วยและญาติหรือครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อยและให้สิทธิเท่าเทียมกันในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย นอกจากนี้ เมื่อผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงเปลี่ยนแปลงไปและจำเป็นต้องเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษา แพทย์และพยาบาลพร้อมที่จะให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของโรค แนวทางการรักษาพยาบาลที่จะให้กับผู้ป่วยแก่สมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงคำศัพท์ทางการแพทย์ เพื่อให้ครอบครัวของผู้ป่วยร่วมกันตัดสินใจในการรักษาโดยเน้นผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการทราบข้อมูลด้านต่าง ๆ ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับอาการผู้ป่วย การปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย บุคลิกของทีมสุขภาพ ข้อควรปฏิบัติในการเข้าเยี่ยมผู้ป่วย สิ่งอำนวยความสะดวกหรือสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนด้านจิตใจและอื่น ๆ อยู่ในระดับสูงทุกด้าน (Khiewchaum et al., 2013)

สำหรับความต้องการจำเป็นด้านร่างกายนั้น เป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยวิกฤตมีภาวะความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตอยู่ตลอดเวลา จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยเครื่องมือแพทย์ที่มีความทันสมัยและใช้หลากหลายชนิดร่วมกัน รวมถึงการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยและเกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด ทีมการรักษาพยาบาลจึงให้

ความสำคัญกับด้านร่างกายของผู้ป่วยวิกฤตก่อน (Boonyarat & Uppanisakorn, 2012) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองความต้องการจำเป็นด้านความปลอดภัยทางร่างกายมากที่สุด เช่น การให้ข้อมูลผลลัพธ์การรักษาเป็นระยะ ๆ การให้ข้อมูลและแผนการรักษาที่ดีที่สุดกับครอบครัวผู้ป่วยเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัว เป็นต้น (Padilla-Fortunatti et al., 2018)

ส่วนความต้องการจำเป็นด้านอารมณ์ เป็นด้านที่สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตได้รับการตอบสนองจริงอยู่ในระดับต่ำกว่าทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประเด็นเรื่องการพูดคุย ปลอบโยนและให้กำลังใจแก่สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามองเห็นค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามองเห็นค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อาจมีความวิตกกังวล มีความรู้สึกกลัวการสูญเสีย ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า ประมาณร้อยละ 64 ของครอบครัวของผู้ป่วยไม่มีประสบการณ์ที่สมาชิกของครอบครัวเข้ารับการรักษามองเห็นค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ย่อมส่งผลต่อความต้องการด้านนี้ค่อนข้างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ พชรพร ยอดเพชร และ นรลักษณ์ เอื้อกิจ (Yodphet & Ua-Kit 2018) พบว่า ผู้ป่วยก่อนทำการผ่าตัดทางเบี่ยงหลอดเลือดหัวใจมีความต้องการด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก เนื่องจากผู้ป่วยรู้สึกกลัว มีความวิตกกังวลต่อการผ่าตัดส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความต้องการอยากให้ผู้ดูแลใกล้ชิดหรือบุคคลรอบข้างเข้ามาพูดคุย ปลอบโยน หรือให้กำลังใจ

2. การจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยวิกฤตตามการรับรู้ของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วย

ผลการจัดลำดับความสำคัญของความต้องการจำเป็นของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามองเห็นค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยพิจารณาจากค่าดัชนี PNI_{modified} พบว่า ความต้องการด้านอารมณ์ ควรให้ความสำคัญและนำมาพัฒนา ก่อน รองลงมาคือ ด้านร่างกาย และด้านข้อมูลข่าวสาร ทั้งนี้เนื่องจากสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยอาจไม่มีประสบการณ์ที่บุคคลในครอบครัวมีภาวะวิกฤตของโรคและต้องเข้ารับการรักษามองเห็นค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้เกิดความกลัวการสูญเสียและไม่มั่นใจในผลลัพธ์ทางการรักษา จึงส่งผลต่อความต้องการด้านอารมณ์เป็นอันดับแรก สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า พยาบาลให้กำลังใจท่านด้วยการพูดคุย ปลอบโยนหรืออยู่เป็นเพื่อนอยู่ในระดับปานกลาง และพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤต มาแนะนำตัวทุกครั้งเมื่อท่านมาเยี่ยมผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้เนื่องจากพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตมีความจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยวิกฤตมากกว่า 1 คน โดยมีอัตราพยาบาลต่อผู้ป่วย คือ 1 : 2 หมายความว่า พยาบาล 1 คนให้การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต 2 คน ซึ่งอาจมีความจำเป็นเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตอีกคนจนไม่ได้ใส่ใจต่อสภาพอารมณ์หรือจิตใจของสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตรวมถึงไม่เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตได้พูดคุย สอบถาม หรือระบายอารมณ์และความรู้สึกของตนเองเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤต ทำให้เกิดความเครียดหรือความวิตกกังวลได้ สอดคล้องกับการวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ป่วยวิกฤตที่เข้ารับการรักษามองเห็นค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่มีความเครียดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 38 เป็นร้อยละ 58.3 ภายใน 1 สัปดาห์ ทำให้สมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยวิกฤตมีความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองด้านอารมณ์และจิตใจมากที่สุดก่อน (Bolos et al., 2018)

สำหรับความต้องการจำเป็นด้านร่างกายและด้านข้อมูลข่าวสาร แม้ว่าแพทย์และพยาบาลมีการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับ ความปลอดภัย ความก้าวหน้าของผลการรักษา แนวทางการรักษาและการพยาบาลที่จะให้ต่อไปในอนาคตแก่ครอบครัวของผู้ป่วย แต่อาจมีข้อมูลบางส่วนที่ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับแล้วแต่ยังไม่ตรงกับความต้องการทั้งหมด หรืออาจมีข้อสงสัยที่ยังอยากได้ข้อมูลเพิ่มเติม สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่าสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามองเห็นค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง มีความต้องการด้านข้อมูลและด้านร่างกายของผู้ป่วยอยู่ใน 3 อันดับแรก โดยด้านมีความต้องการมากที่สุดคือ ด้านความเชื่อมั่นและลดความวิตกกังวล รองลงมาคือ ด้านข้อมูล และด้านความสะดวกสบายหรือด้านร่างกาย (Udchumpisai & Sangsongrit, 2020) ซึ่งการศึกษา

ครั้งนี้ พบว่า สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีตั้งแต่ 4 คนขึ้นไป ทำให้การสื่อสารของกลุ่มสมาชิกในครอบครัว อาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยส่งเสริมความเข้าใจในด้านข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย ทั้งเรื่องแผนการรักษาและอาการของผู้ป่วยวิกฤต ดังนั้น พยาบาลผู้ป่วยวิกฤตควรประสานงานและให้สมาชิกในครอบครัวส่งตัวแทนหลักเพื่อเป็นผู้ประสานข้อมูลภายในสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อลดความคลาดเคลื่อนในการสื่อสารและป้องกันความซ้ำซ้อนในการให้ข้อมูลทางสุขภาพผู้ป่วยวิกฤต

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การวิจัยนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องในการตอบสนองความต้องการจำเป็นแก่ครอบครัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตอบสนองด้านอารมณ์ เพื่อเสริมสร้างกำลังใจ และลดความกลัว ความวิตกกังวลของครอบครัวผู้ป่วยได้
2. พยาบาลผู้ป่วยวิกฤต ควรประเมินความต้องการจำเป็นของครอบครัวผู้ป่วยทั้งด้านข้อมูลข่าวสารร่างกายและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองได้ตรงกับความต้องการที่แท้จริง ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพการบริการและความพึงพอใจ
3. ผลการวิจัยที่ได้ สามารถนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการวางแผนการดูแลผู้ป่วยวิกฤตจนกระทั่งพ้นวิกฤต โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการประเมินความต้องการจำเป็นในผู้ป่วยวิกฤตที่มีความเฉพาะ เช่น ผู้ป่วยวิกฤตโรคหัวใจและหลอดเลือด ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมระบบประสาท ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมหัวใจและทรวงอก ผู้ป่วยวิกฤตศัลยกรรมอุบัติเหตุ เป็นต้น
2. ควรทำการศึกษาเปรียบเทียบความต้องการตามการรับรู้ระหว่างสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและพยาบาล เพื่อศึกษาสภาพความแตกต่างที่นำไปสู่การส่งเสริมความต้องการด้านต่าง ๆ ในมุมมองของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยวิกฤตและพยาบาลได้อย่างถูกต้อง
3. ควรมีการศึกษาลึกซึ้งเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลต่อความต้องการจำเป็นของครอบครัวผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษามองผู้ป่วยวิกฤต เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล การปรับตัว การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคลากรทางการแพทย์ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร. สุวิมล ว่องวาณิช อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ถ่ายทอดความรู้ด้านการวิจัยประเมินความต้องการจำเป็นและเป็นที่ปรึกษาด้านการทำวิจัยเชิงประเมิน พร้อมมีข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยฉบับนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และขอขอบคุณนางสาววาธินี ศัชมัตย์ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตน์ คณะแพทย-ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่คอยให้กำลังใจและสนับสนุนการทำวิจัยในองค์กรจนประสบความสำเร็จทุกครั้ง

References

- Alsharari, A. F. (2019). The needs of family members of patients admitted to the intensive care unit. *Patient Prefer Adherence*, 13, 465-473.
- Altschuld, J. W. (2004). Emerging dimensions of needs assessment. *Performance Improvement*, 43(1), 10-15.



- Altschuld, J. W., Hung, H.-L., & Lee, Y.-F. (2014). Needs assessment and asset/capacity building: A promising development in practice. In J. W. Altschuld & R. Watkins (Eds.), *Needs assessment: Trends and a view toward the future* (pp 89–103). Hoboken, NJ: Jossey-Bass.
- Barth, A. A., Weigel, B. D., Dummer, C. D., Machado, K. C., & Tisott, T. M. (2016). Stressors in the relatives of patients admitted to an intensive care unit. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28(3), 323–329.
- Best, J. W., & Khan, J. V. (2012). *Research in education* (10th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bolosi, M., Peritogiannis, V., Tzimas, P., Margaritis, A., Milios, K., & Rizos, D. V. (2018). Depressive and anxiety symptoms in relatives of intensive care unit patients and the perceived need for support. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 9(4), 522–528.
- Boonyarat, J. & Uppanisakorn, S. (2012). Spiritual care for critically ill patients and families in ICU: Nursing experiences. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 4(1), 1-13. (in Thai).
- Fortunatti C. F. P. (2014). Most important needs of family members of critical patients in light of the critical care family needs inventory. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, 32(2), 306–316.
- Gaglione, K. M. (1984). Assessing and intervention with families of CCU patients. *Nursing Clinics of North America*, 19(3), 427-432.
- Khiewchaum, R., Ngamkhum, S., Chantapet, K., & Chantap, R. (2013). Family relative's information needs in intensive care unit, Prapokklao Hospital. *The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center*, 30(1), 24-34. (in Thai)
- Kynoch, K., Chang, A., Coyer, F., & McArdle, A. (2016). The effectiveness of interventions to meet family needs of critically ill patients in an adult intensive care unit: A systematic review update. *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(3), 181–234.
- Maxwell, K. E., Stuenkel, D., & Saylor, C. (2007). Needs of family members of critically ill patients: A comparison of nurse and family perceptions. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 36(5), 367–376.
- Nolen, K. B., & Warren, N. A. (2014). Meeting the needs of family members of ICU patients. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(4), 393–406.
- Padilla-Fortunatti, C., Rojas-Silva, N., Amthauer-Rojas, M., & Molina-Muñoz, Y. (2018). Needs of relatives of critically ill patients in an academic hospital in Chile. *Enfermeria Intensiva*, 29(1), 32–40.
- Pomrod, T., Monkong, S., & Sirapo-ngam, Y. (2011). Responses to needs and coping to stress of patients' relatives before transferring from the intensive care unit. *Rama Nursing Journal*, 17(1), 75-89. (in Thai).



- Udchumpisai, M. & Sangsongrit, N. (2020). Needs and preparedness of caregivers to care for medical critically-ill patients: A mixed-method study. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 13(1), 261-281. (in Thai).
- Uppanisakorn, S. & Boonyarat, J. (2013). Experiences of family members of critically ill patients who received responses to their spiritual needs in a medical intensive care unit. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 33(3), 37-50. (in Thai).
- Watson, J. (2012). *Human caring science: A theory of nursing* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Wongwanich, S. (2019). *Needs assessment research* (4th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai).
- Yodphet, P., & Ua-Kit, N. (2018). Selected factors associated with the patients' needs in preoperative phase of coronary artery bypass graft surgery. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing*, 29(1), 58-71. (in Thai).
- Zainah, M., Sasikala, M., Nurfarieza, M. A., & Ho, S. E. (2016). Needs of family members of critically ill patients in a critical care unit at University Kebangsaan Malaysia Medical Centre. *Medicine & Health*, 11(1), 11-21.



Factors Related to Quality of Life Among Psoriasis Patients at the Outpatient Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงินที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

อังคณา	กิตติไชยากร*	Angkana	Kittichaiyakorn *
เดชา	ทำดี**	Decha	Tamdee **
เนตรทอง	นามพร***	Nethong	Namprom***
พัชรา	นาคณอม*	Patchara	Naktanom *

Abstract

Psoriasis is a chronic inflammatory skin disease. Patients with psoriasis have flaky skin on their arms and legs, which affects their body image. It also causes the patient to have stress, depression, social isolation and deterioration of their quality of life. This descriptive correlational study examined quality of life and factors related to quality of life among psoriasis patients. The sample were 110 psoriasis patients who were diagnosed with severity of psoriasis rash by physicians at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The instruments consisted of: 1) a demographic data record form; 2) a self-esteem questionnaire with reliability of .73; 3) a body image questionnaire (Hopwood, Fletcher, Lee, & Ghazal, 2021) with reliability of .84; 4) a psoriasis knowledge practice questionnaire with reliability of .7; and 5) the Thai version of the psoriasis patients' quality of life (Chularojanamontri, Suthipinittharm, & Kulthanan, 2009) with reliability of .82. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's product-moment correlation.

The results revealed that 67.01 % of the sample had a good quality of life. Age was moderately negatively correlated with quality of life ($r = -.464, p < .001$). Marital status was negatively correlated with quality of life at a low level ($r = -.236, p < .001$). Education level was negatively correlated with quality of life at a low level ($r = .247, p = .015$). The PASI score's factors and body surface area were moderately positively correlated with quality of life ($r = .481$ and $.469, p < .001$, respectively). The perceived impact of image was highly positively correlated with quality of life ($r = .784, P < .001$), and self-esteem was moderately positively associated with quality of life among psoriasis patients ($r = .505, P < .001$).

The results of this study indicate that promoting self-esteem and body image in psoriasis patients may promote a better quality of life for them.

Keywords: Quality of life, Psoriasis, Factor related

* Registered Nurse, Outpatient Department and Emergency Patient Department, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

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

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

Received 2 March 2022; Revised 31 March 2022; Accepted 20 June 2022



บทคัดย่อ

โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรัง ที่ทำให้ผิวหนังบริเวณใบหน้าและแขนขา ลอกเป็นขุยส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วยทำให้เกิดภาวะเครียด แยกตัวจากสังคม และซึมเศร้า เป็นผลให้คุณภาพชีวิตแย่ลง การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิต และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสะเก็ดเงิน และได้รับการประเมินระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินจากแพทย์ จำนวน 110 ราย ณ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง 2) แบบประเมินความมีคุณค่าในตัวเอง มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .80 3) แบบสอบถามการประเมินภาพลักษณ์ของ โฮปวูด, เฟลทเชอร์, ลี, และ ก๊าซาร์ (Hopwood, Fletcher, Lee, & Ghazal, 2021) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 4) แบบประเมินความรู้การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .70 และ 5) แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินของ สีน่า จุฬาโรจน์มนตรี, ป่วน สุทธิพิณิจธรรม, และ กนกวลัย กุลทันทน์ (Chularojanamontri, Suthipinittharm, & Kulthanan, 2009) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Pearson product-moment correlation.

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 67.01 โดยปัจจัยด้านอายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = -.464, p < .001$) สถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = -.236, p < .001$) ระดับการศึกษาสูงมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = .247, p = .015$) ระดับความรุนแรงของโรค และตำแหน่งของร่างกายที่เกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($r = .481$ และ $.469$) ตามลำดับ ส่วนการรับรู้ผลกระทบของภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ($r = .784, P < .001$) และความรู้สึกลึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ($r = .505, P < .001$)

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ภาพลักษณ์ในผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอาจจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยสะเก็ดเงิน ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

* พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: decha.t@cmu.ac.th

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความสำคัญและความเป็นมาของปัญหา

โรคสะเก็ดเงิน (psoriasis) เป็นโรคผิวหนังอักเสบเรื้อรัง โดยมีอาการแสดงที่สำคัญคือ ผื่นแดง นูน ขอบเขตชัดเจนมีขุยหนาสีเงินปกคลุม บางรายเป็นตุ่มหนอง พบผื่นบริเวณหนังศีรษะ บางรายมีผื่นแดงทั่วร่างกาย ความผิดปกติอื่น ๆ ที่อาจพบคือเล็บมือ เล็บเท้าผิดปกติ เล็บเป็นหลุม เล็บถูกทำลาย โดยผู้ป่วยอาจมีอาการข้ออักเสบผิดรูปร่วมด้วย นอกจากอาการแสดงทางผิวหนังแล้ว ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอาจพบโรคร่วมอื่น เช่น โรคเส้นเลือดหัวใจอุดตัน เบาหวาน ไขมันสูง อัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น (Pattamadilok, 2018) ที่มาของการเกิดโรคสะเก็ดเงินยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันของเม็ดเลือดขาวชนิด T-lymphocyte ที่ผิวหนังร่วมกับปัจจัยทางพันธุกรรมและสิ่งกระตุ้นจากภายนอก (Pattamadilok, 2018) นอกจากนี้ยังพบว่า โรคสะเก็ดเงินสามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรม เพราะพบผื่นสะเก็ดเงินในกลุ่มสมาชิกครอบครัวเดียวกันหลายคน และพันธุกรรมควบคุมโรคสะเก็ดเงินอาจจะแอบแฝงตั้งแต่เกิด เมื่อได้รับการกระตุ้นจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกที่ไม่เหมาะสม จะทำให้โรคปรากฏขึ้นได้ (Rojtrakul, Yamphak, & Inpaen, 2008)

อุบัติการณ์โรคสะเก็ดเงินในประเทศไทยพบประมาณร้อยละ 1 - 2 ของประชากรทั้งหมด (Pattamadilok, 2018) โดยพบได้ทุกเชื้อชาติ อัตราการเกิดโรคในเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิงเล็กน้อย โดยพบได้บ่อยใน 2 ช่วงอายุคือ ช่วงอายุน้อยพบในอายุเฉลี่ย 25 ปีและช่วงที่อายุมากพบในอายุเฉลี่ย 55 ปี ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่แสดงอาการของโรคตั้งแต่อายุน้อยจะมีความรุนแรงของอาการโรค และมีประวัติการพบคนในครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงินมากกว่าผู้ป่วยที่เริ่มแสดงอาการของโรคเมื่ออายุมาก และมีประวัติการพบคนในครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงิน (Pattamadilok, 2018) จากการศึกษาลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่า อัตราการเกิดโรคในเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1.3:1 (Pattamadilok, 2018; Prasunnakarn, 2017) โดยเพศหญิงมีช่วงอายุที่เกิดอาการครั้งแรก (early age of onset) เร็วกว่าเพศชาย โดยในเพศหญิงมีอาการครั้งแรกที่อายุเฉลี่ย 29.41 ปี ส่วนเพศชายอายุเฉลี่ย 35.33 ปี โดยอายุเฉลี่ยในการเกิดโรคเท่ากับ 32.88 ปี พบในอายุตั้งแต่ 1 เดือน ถึง 87 ปี (Pattamadilok, 2018) กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วงอายุ 51-60 ปี โดยพบอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงิน ในกลุ่ม Psoriasis vulgaris มากที่สุดถึง ร้อยละ 95.07 (Prasunnakarn, 2017) ผู้ป่วยที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงินจะมีการพัฒนาเป็นโรคได้ร้อยละ 21 โดยผู้ป่วยที่มีประวัติญาติพี่น้องในครอบครัวเป็นโรคสะเก็ดเงินจะมีช่วงเวลาของการเกิดอาการครั้งแรก ที่ช่วงอายุ 29.36 ปี ซึ่งเร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติโรคสะเก็ดเงินในครอบครัว (33.88 ปี) (Pattamadilok, 2018)

โรคสะเก็ดเงินมีผลกระทบของต่อผู้ป่วยจากภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ได้แก่ ผิวบาง รอยข้ำง่าย เส้นเลือดฝอยขยายตัว รอยแตกลาย สิว ขนขึ้น ซึ่งเป็นผลข้างเคียงจากการทายาเสตียรอยด์นาน ๆ และมีผู้ป่วยบางรายที่มีอาการระคายเคือง คันจากการทายาน้ำมันดิน ก่อให้เกิดริ้วรอยตามผิวหนังและส่งผลกระทบต่อรูปลักษณ์ของผิวหนังที่ไม่น่าดู ทำให้รู้สึกไม่พึงพอใจต่อภาพลักษณ์ของตนเอง (Cash, 2011) นอกจากนั้นยังพบอาการข้างเคียงของผู้ป่วยที่รับการรักษาด้วยยาเมโทเทกเซส (Methotrexate) แล้วทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ผอมร่าง เป็นไข้หวัดบ่อย ประจำเดือนไม่มาในผู้หญิง เป็นต้น และปัญหาที่พบบ่อยจากการรักษาผู้ป่วยได้แก่ คือ ไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการของโรคสะเก็ดเงิน รองลงมาคือ ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาในการรักษาและยังพบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย เดินทางมาลำบาก ลางานยาก ไม่มีเวลามาตรวจและกินยาไม่ต่อเนื่อง (Seawthaweesin, 2018) ซึ่งผลข้างเคียงและปัญหาที่พบจากการรักษาเหล่านี้ล้วนแต่ทำให้เกิดความเครียดและวิตกกังวลแก่ผู้ป่วย โดยจากการทบทวนการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีภาวะความเครียดทางอารมณ์ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง และทำให้ผลการรักษาไม่มีประสิทธิภาพ (Prasunnakarn, 2017; Yang & Yang, 2015) มีรายงานการศึกษาที่ระบุว่าความเครียดจากการรักษาที่ใช้ระยะเวลานาน รอยโรค

ที่เกรงว่าจะทำให้ได้รับการรังเกียจจากคนรอบข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเป็นคนเก็บตัว หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และความมั่นใจในตนเองลดลง มีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย (Cash, 2011; Yang & Yang, 2015; Prasunnakarn, 2017)

คุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ของบุคคลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างมีความสุข สามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม และจัดการสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง แต่เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย หรือมีปัญหาสุขภาพขึ้นมาจะทำให้ความสามารถในการจัดการตนเองให้มีความสุขลดลง และปัญหาสุขภาพนั้นอาจจะส่งผลให้ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลลดลง ยิ่งเป็นโรคหรือปัญหาสุขภาพที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีรอยโรคที่ทำให้มองเห็นหรือสังเกตได้โดยง่าย ก็จะมีส่งผลทำให้ความมั่นใจในการใช้ชีวิตในสังคมของผู้ป่วยลดลงจะส่งผลให้บุคคลเกิดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคผิวหนังชนิดต่าง ๆ ที่พบรอยโรคในตำแหน่งผิวหนังได้ง่าย จะยิ่งส่งผลต่อระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้มากขึ้น (Finlay, Khan, Luscombe, & Salek, 1990)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบการศึกษาของ สมมาตร ถกวิบูลย์ (Thakolwiboon et al., 2013) พบว่าโรคสะเก็ดเงินมีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากและผู้ป่วยมีอายุน้อยได้รับผลกระทบต่อนคุณภาพชีวิตจากโรคมามากกว่าผู้ป่วยสูงอายุ และการศึกษาของ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล, ธัญญามาต ทองดอนเหมือน, หัซซกร ประสานวรกิจกุล, ภัทธร บุปผัน, และ อภิสร สมนทัศน์ (Taejarernwiryakul, Thongdonmuan, Prasanworakijkul, Buppan, & Sommatas, 2019) พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 65 รองลงมาคือ มีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ร้อยละ 32.5 และมีคะแนนคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับที่ไม่ดีร้อยละ 2.59 ตามลำดับ และการศึกษาของ นัชชา เลื่อยไธสง (Lauithaisong, 2011) พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีความเครียดระดับปานกลาง มีการประเมินผลกระทบของโรคสะเก็ดเงินต่อตนเองที่เกิดจากความเจ็บป่วยในลักษณะของการทำลายความสามารถในการเผชิญและแก้ไขมากที่สุด รองลงมา คือ คุกคาม และมีการประเมินผลกระทบของโรคสะเก็ดเงินต่อตนเองในลักษณะของอันตราย/สูญเสียน้อยที่สุด ผู้ป่วยที่มีการประเมินผลกระทบของโรคสะเก็ดเงินต่อตนเองแตกต่างกัน มีระดับความเครียดแตกต่างกัน นอกจากนี้ยังพบการศึกษาของ กรรณิการ์ เซียวทวิสิน (Seawthaweesin, 2018) พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ไม่สูง และมีรายได้น้อย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง มีความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินในระดับที่รุนแรงและมีระดับคุณภาพชีวิต (DLQI) ในระดับปานกลางและไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัว ไม่ทราบปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้ผื่นสะเก็ดเงินเห่อ ขาดความรู้เรื่องการใช้ยาในการรักษา นอกจากนั้นยังมีการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินคือ ตำแหน่งที่เกิดรอยโรคโดยเฉพาะบริเวณใบหน้าและมือซึ่งเป็นตำแหน่งที่ปกปิดไม่ได้ ทำให้ไม่ยอมพบปะผู้คนและมีผลกระทบต่อการการทำงานจากอาการของโรคที่ทรุดลงทำให้ต้องหยุดการทำงานเพื่อไปรักษา (Cash, 2011; Yang & Yang, 2015) การศึกษาที่ผ่านมายังพบว่ามีปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรค ตำแหน่งของร่างกายที่เกิดโรค ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ถึงภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการที่จะเข้าสังคม เกิดการแยกตัว เกิดความเครียด ความมั่นใจในตนเองลดลง ในที่สุดจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (Cash, 2011; Yang & Yang, 2015; Taejarernwiryakul et al., 2019; Pattamadilok, 2018)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุที่เริ่มป่วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน 2) ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ และรายได้ (Cheewapoonpol, 2006; Taejarernwiryakul et al., 2019; Thakolwiboon et al., 2013) โดยปัจจัย

ต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในระดับที่แตกต่างกันไปตามการศึกษาและบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษานี้ โดยมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในผู้ชาย ที่มีอายุอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีอายุเฉลี่ย 35 ปี และเป็นช่วงวัยทำงาน คืออายุระหว่าง 51-60 ปี ซึ่งกลุ่มอายุดังกล่าวเป็นวัยทำงานที่ยังต้องมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม ยังต้องออกไปใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในสังคม ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคสะเก็ดเงินที่รบกวนทางผิวหนังค่อนข้างน่ากลัว และอาจเป็นที่รังเกียจของคนอื่น ๆ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความมั่นใจ ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองลดลง ทั้งนี้ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินขึ้นอยู่กับ ระดับความรุนแรงของโรค ตำแหน่งของร่างกายที่เกิดโรค ยังมีความรุนแรงของโรคมามาก และรอยโรคอยู่ในตำแหน่งที่เห็นได้ง่าย เช่น ใบหน้า แขน ขา เป็นต้น ซึ่งจะส่งผลต่อการรับรู้ถึงภาพลักษณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าของตนเองลดลง (Cash, 2011; Cheewapoonpol, 2006) ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในการที่จะเข้าสังคม เกิดการแยกตัว เกิดความเครียด ความมั่นใจในตนเองลดลงในที่สุด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตตามมา เพราะความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเองล้วนเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งของคุณภาพชีวิต (Cash, 2011; Pattamadilok, 2018; Yang & Yang, 2015; Thakolwiboon et al., 2013; Prasunnakarn, 2017; Taejarernwiriyaikul et al., 2019) โดยมีการศึกษายืนยันว่าเมื่อผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีความสามารถเผชิญอุปสรรคในชีวิต และมีความมั่นใจ ไม่รู้สึกไร้คุณค่า มีความพึงพอใจในตนเอง และปรับตัวได้ จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Promjan, Wiriyapongsukit, Boonsoh, & Khongsin, 2017) ส่วนภาพลักษณ์ของผู้ป่วยนั้นคือการรับรู้ของบุคคลต่อความพึงพอใจในรูปร่างลักษณะที่ติดตัวตนเอง ทั้งนี้มีการศึกษาของ หยาง และ หยาง (Yang & Yang, 2015) พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินนั้นจะมีการรับรู้หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจต่อรอยโรคของตนเอง ยิ่งผู้ที่มีอาการของโรครุนแรง และรอยโรคง่ายต่อการมองเห็นของคนอื่นจะทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจลดลงและทำให้คุณภาพชีวิตลดลงตามเช่นเดียวกัน

จากสถิติผู้ป่วยนอก ที่มาตรวจโรคผิวหนังเปรียบเทียบย้อนหลัง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2558 – 2562 ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมารับบริการเป็นลำดับที่ 2 ของโรคผิวหนังตลอดระยะเวลา 5 ปี สถิติปี พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทั้งหมดจำนวน 977 ราย จากจำนวนผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมดที่มารับบริการตรวจรักษา (Medical Records and Statistics Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2020) พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพศชาย 534 ราย ผู้ป่วยเพศหญิง 433 ราย และมีช่วงอายุ 18 - 29 ปี มีจำนวน 470 ราย สัดส่วนเป็นจำนวนร้อยละ 48 ของผู้ป่วยโรคผิวหนังทั้งหมดที่มาปรึกษา (Medical Records and Statistics Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital, 2020) จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในช่วงวัยรุ่น และวัยทำงาน บางรายมีผื่นผิวหนังอักเสบกระจายตามแขนขาและใบหน้า ผื่นลอกเป็นขุย กระจายตามเสื้อผ้า และมีใบหน้าลอกเป็นขุยส่งผลต่อภาพลักษณ์ ทำผู้ป่วยไม่กล้าเข้าสังคมจนเกิดภาวะเครียดและซึมเศร้า ขาดความมั่นใจในตนเอง มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง บางรายได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินในประเทศไทยยังมีค่อนข้างจำกัดและมีการศึกษามาเกินกว่า 10 ปี และเป็นการศึกษาในสถาบันโรคผิวหนังซึ่งมีบริบทแตกต่างจากโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำให้ไม่สามารถนำมาอ้างอิงเพื่อพัฒนาระบบการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทสังคมและระบบบริการสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปมากในปัจจุบัน

การมีความรู้เรื่องปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน ช่วยให้สามารถจัดการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของโรคผู้ป่วยสะเก็ดเงินได้ดีขึ้น ดังนั้นผู้วิจัย ซึ่งมีบทบาทเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และรับผิดชอบงานด้านการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน จึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ที่มารับรักษาที่ห้องตรวจดังกล่าว



เพื่อนำข้อมูลจากการศึกษามาใช้ในการวางแผนให้บริการการรักษาพยาบาล เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต และพัฒนาระบบบริการการพยาบาลผู้ป่วยให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยทำการศึกษานแนวคิดเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินซึ่งเป็นโรคผิวหนังเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่องและยาวนาน ก่อให้เกิดร่องรอยของโรคส่งให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยจากการเป็นแผลเรื้อรัง มีผิวหนังเป็นขุยหลุดลอก โดยอาการของโรคนี้ส่งผลต่อความรู้สึกของผู้ป่วยทำให้ระดับคุณภาพชีวิตลดลง ทั้งนี้การวิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ใช้แนวคิดของ ฟินเลย์ และคณะ (Finlay et al., 1990) ซึ่งแบ่งระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเป็น 5 มิติ คือ ชีวิตประจำวัน การทำงานหรือการไปโรงเรียน ความสัมพันธ์ส่วนตัว การใช้เวลาว่าง และการรักษา โดยมีการพัฒนาแบบสอบถามคุณภาพชีวิตโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis Disability Index [PDI]) (Finlay et al., 1990) การศึกษานี้จะประเมินโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตโรคสะเก็ดเงิน ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย สีนา จุฬาโรจนมนตรี และคณะ (Chularojanamontri et al., 2009) เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับบริการตรวจรักษาในหน่วยผู้ป่วยนอก รวมถึงการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการออกแบบบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในภาวะที่มีการเจ็บป่วย

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน เป็นความคิดเห็นของผู้ป่วยเกี่ยวกับความรู้สึกต่อการอยู่อย่างพอใจ ต่อกิจกรรมการดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีความสุข มีความสมบูรณ์ ทั้งร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้อย่างดี และสามารถเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพส่วนบุคคลในการสร้างสรรค์ และพัฒนาตนเอง ให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การที่ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้น อาจมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ที่ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยของญาติสายตรง โรคร่วมอื่น ๆ ส่วนของร่างกายที่พบผื่นสะเก็ดเงิน และระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงิน หากผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินรู้สึกว่ตนเองมีคุณค่า มีการรับรู้ภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินอาจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (descriptive correlation study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงิน และมารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสะเก็ดเงิน อายุ 18 ปีขึ้นไป ระหว่างเดือนมิถุนายน ถึง ตุลาคม 2564 กำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยกำหนดค่าอำนาจในการวิเคราะห์ (power analysis) ของ โพลิต และเบค (Polit & Beck, 2004) ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (level of significance) เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 และค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ .30 จากการเปิดตารางได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 88 ราย คำนวนการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (dropout rate) จากความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม

จำนวนร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 ราย

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และยินดีเข้าร่วมการศึกษา

เกณฑ์คัดออกคือ ผู้ป่วยที่มีโรคผิวหนังอื่น ๆ ร่วมด้วย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยเลขที่ อว.8393(8).ผพ.ปน./190 จากคณะกรรมการเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แล้วจึงดำเนินการวิจัยตามกระบวนการดังนี้คือ ก่อนทำการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับ และทำการบันทึกข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ การเก็บข้อมูลจะถูกเก็บในรูปแบบของ electronic files ในคอมพิวเตอร์ส่วนตัวของหัวหน้าโครงการวิจัย และป้องกันการเข้าถึงข้อมูลจากผู้อื่นได้โดยการใช้รหัสในการเปิด จากนั้นผู้วิจัยทำลายเอกสารที่เป็นแบบบันทึกทั้งหมด การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดในภาพรวม และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัยเท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ กรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ สิทธิการรักษา ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคสะเก็ดเงินในครอบครัว โรคร่วมอื่น ๆ ส่วนของร่างกายที่พบผื่นสะเก็ดเงิน และระดับความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผิวหนังเฉพาะทาง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความมีคุณค่าในตัวเอง ผู้วิจัยใช้แบบวัดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพัฒนามาจาก โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1978) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนคือ แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเองมี 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1, 2, 4, 6, 7 และข้อคำถามด้านลบมีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 5, 8, 9, 10 การคิดคะแนนให้คิดคะแนนดังนี้ คือข้อคำถามด้านบวกให้คิดคะแนน 5, 4, 3, 2, 1 และข้อคำถามด้านลบ ให้คิดคะแนน 1, 2, 3, 4, 5 จากนั้นรวมคะแนนทั้งหมด ค่าคะแนนที่สูงจะแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้แบบประเมินมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงและค่าคะแนนที่ต่ำจะแสดงให้เห็นถึงการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้ คะแนน 10.00 - 23.33 หมายถึง เห็นคุณค่าในตนเองต่ำ คะแนน 23.34-36.67 หมายถึง เห็นคุณค่าในตนเองปานกลาง และคะแนน 36.68 -50.00 หมายถึง เห็นคุณค่าในตนเองสูง

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาพลักษณ์ของ โฮปวูด และคณะ (Hopwood et al., 2001) แปลโดย เบญจลักษณ์ ชิวพูนผล (Cheewapoonpol, 2006) มีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ โดยตัดข้อความ "การผ่าตัดเต้านมออก" เพื่อให้ข้อคำถามสอดคล้องกับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน มีลักษณะเป็นคะแนนระหว่าง 10 - 40 คะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ ไม่รู้สึกเลย ให้คะแนน 1, รู้สึกเพียงเล็กน้อย ให้คะแนน 2, รู้สึกบ้าง ให้คะแนน 3, รู้สึกมาก ให้คะแนน 4

จากนั้นนำมาวิเคราะห์หาคะแนนเฉลี่ย ก่อนนำไปแปลผลคะแนน มีคะแนนตั้งแต่ 10 - 40 คะแนน คะแนนรวมยิ่งสูงหมายถึง มีความไม่พึงพอใจต่อภาพลักษณ์ยิ่งมาก ดังนั้นเพื่อให้มีความชัดเจนในการแปลผลคะแนนมากขึ้น ผู้แปลจึงได้ใช้เกณฑ์ ดังนี้

$$\text{อันตรายค่า} = \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

แบ่งระดับคะแนนดังนี้

10.00 - 20.00 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจกับภาพลักษณ์มาก (ได้รับผลกระทบต่อภาพลักษณ์น้อย)

20.01 - 30.00 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจกับภาพลักษณ์ปานกลาง (ได้รับผลกระทบต่อภาพลักษณ์ปานกลาง)

30.01 - 40.00 หมายถึง รู้สึกพึงพอใจกับภาพลักษณ์น้อย (ได้รับผลกระทบต่อภาพลักษณ์มาก)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมจำนวน 15 ข้อ มีลักษณะเป็นคำถามถูกผิด เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน แปลผลคะแนนรวมดังนี้

0.00 - 5.00 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินในระดับน้อย

5.01 - 10.00 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินในระดับปานกลาง

10.01 - 15.00 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินในระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (Psoriasis disability index:PDI) ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้แบบสอบถามประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ฉบับภาษาไทย (Chularojanamontri et al., 2009) ในการประเมินคุณภาพชีวิตของโรคสะเก็ดเงิน โดยให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามประเมินโรคสะเก็ดเงินทำให้เกิดปัญหาต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมากน้อยเพียงใดในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยใน 5 มิติ คือ ชีวิตประจำวัน (daily activities) 5 ข้อ, การทำงานหรือการไปโรงเรียน (work or school) 3 ข้อ, ความสัมพันธ์ส่วนตัว (personal relationships) 2 ข้อ, การใช้เวลาว่าง (leisure) 4 ข้อ และการรักษา (treatment) 1 ข้อ รวมทั้งหมดจำนวน 15 ข้อ ระดับคะแนนตั้งแต่ มากที่สุด (3) มาก (2) เล็กน้อย (1) และ ไม่มีเลย (0) โดยรวมคะแนนจากทุกข้อ ผลคะแนนรวมมากที่สุดเท่ากับ 45 คะแนน และน้อยที่สุดเท่ากับ 0 คะแนน การแปลผล คือ ผู้ป่วยที่ประเมินได้คะแนนสูง หมายถึง โรคสะเก็ดเงินมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก โดยแบ่งระดับคะแนนดังนี้

0.00 - 15.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับดี (ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อย)

15.01 - 30.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตปานกลาง)

30.01 - 45.00 หมายถึง มีคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ (ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตมาก)

คุณภาพเครื่องมือวิจัย

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 3 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และแบบประเมินความรู้การปฏิบัติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วย ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และพยาบาล 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา จากนั้นนำมาหาค่า Content Validity Index (CVI) ได้ค่า CVI = 1

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิและปรับแก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาจำนวน 10 ราย จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นดังนี้

2.1 แบบประเมินความมีคุณค่าในตัวเอง แบบประเมินภาพลักษณ์ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน และแบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น = .80, .84 และ .82 ตามลำดับ

2.2 แบบประเมินความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น = .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยขออนุญาตดำเนินการวิจัยโดยทำหนังสือผ่าน คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยผ่านหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน และเมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ทำเรื่องผ่านหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน หัวหน้าหน่วยตรวจ และหัวหน้าห้องตรวจ เพื่อขอความร่วมมือ โดยชี้แจงวิธีดำเนินการวิจัยและวัตถุประสงค์ และขอความร่วมมือในการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย รายละเอียดของการวิจัย รวมทั้งขั้นตอนต่าง ๆ และการพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียดก่อน เก็บข้อมูล เปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างลงนาม ในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย แล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

แพทย์เฉพาะทางด้านผิวหนัง โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ทำการประเมินระดับความรุนแรงของ ผื่นสะเก็ดเงิน จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม กลุ่ม ตัวอย่างสามารถสอบถามประเด็นสงสัยเพื่อให้ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงได้ตลอดเวลา การตอบแบบสอบถามใช้เวลา ประมาณ 30 นาที จากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างนำแบบสอบถามใส่ซองสีน้ำตาลที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้ และผนึกซอง ให้สนิท ส่งคืนให้ผู้วิจัย ที่ห้องตรวจเบอร์ 26 โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ ครบถ้วนของแบบสอบถาม ก่อนนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความมีคุณค่าในตัวเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคสะเก็ดเงิน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วยจะวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินของผู้ป่วย ความมีคุณค่าในตัวเอง และการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินกับคุณภาพชีวิต วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ point-biserial correlation, Pearson's product moment correlation ตามลักษณะของข้อมูล

ผลการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มารับการรักษาที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างทั้งหมด 110 ราย แต่จากการรวบรวมข้อมูลมีผู้ที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ครบถ้วน จำนวน 96 คน ดังนั้นในการวิเคราะห์ผลการศึกษาจึงมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 96 คน

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 54.5 เป็นเพศหญิงร้อยละ 45.5 มีอายุเฉลี่ย 37.04 ปี (SD = 11.40) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 55.5 มีการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีร้อยละ 56.4 ประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 29.37 มีรายได้เฉลี่ย 23,887.48 บาทต่อเดือน (SD = 18,542.59) สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่เป็นเบิกตรง/รัฐวิสาหกิจร้อยละ 39 ไม่มีประวัติป่วยโรคสะเก็ดเงินในครอบครัว ร้อยละ 75.5 โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่พบในผู้ป่วยสะเก็ดเงินในแต่ละคนเป็นได้มากกว่า 1 โรค มากที่สุดคือโรค ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38 และพบว่าบริเวณของร่างกายที่พบว่ามีผื่นเป็นได้มากกว่า 1 ตำแหน่งและพบ

บริเวณขา ร้อยละ 87.3 ลำตัว ร้อยละ 82.8 และแขน ร้อยละ 81.1 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความรุนแรงของโรคอยู่ที่ 11.06 (SD =11.20) และค่าเฉลี่ยคะแนน Body surface area involvement อยู่ที่ 27.73 (SD =11.40)

เมื่อพิจารณาความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เกินร้อยละ 80 มีความรู้สึกที่ตนเองมีคุณค่าเท่าเทียมผู้อื่น ตนเองมีคุณสมบัติที่ดีอยู่บ้าง มีความสามารถที่จะทำงานต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับผู้อื่น และรู้สึกว่าตนเองเป็นคนดี และเกือบทั้งหมดไม่มีความรู้สึกด้านลบเกี่ยวกับตนเองโดยไม่เห็นด้วยกับข้อความด้านลบ ได้แก่ ฉันรู้สึกว่าฉันประสบแต่ความล้มเหลว ฉันรู้สึกว่าไม่ค่อยภูมิใจในตนเอง ฉันรู้สึกว่าตัวฉันเองเป็นคนไม่มีประโยชน์ ในบางครั้งฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีอะไรดีเลย ยกเว้นข้อความ ฉันรู้สึกว่าควรจะนับถือตนเองได้มากกว่านี้ ที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ระบุว่าเห็นด้วยกับข้อความนี้ ส่วนการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่พึงพอใจกับรูปลักษณ์ของผิวนในร่างกายมากที่สุด ร้อยละ 40.9 รู้สึกหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอก ร้อยละ 26.4 รู้สึกว่ารูปร่างภายนอกของท่านมีเสน่ห์ดึงดูดใจน้อยลงอันเป็นผลมาจากโรคสะเก็ดเงิน ร้อยละ 23.6 รู้สึกไม่พึงพอใจกับรูปลักษณ์ภายนอกหลังแต่งกายแล้วจำนวน ร้อยละ 20.9 รู้สึกว่ามีเสน่ห์ดึงดูดใจทางเพศน้อยลงอันเป็นผลมาจากโรคจำนวน ร้อยละ 20.0 และส่งผลให้หลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้คนจากความรู้สึกเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอกจำนวน ร้อยละ 20.0 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพลักษณ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ระหว่าง 2.14 – 2.89 โดยข้อความเกี่ยวกับความรู้สึกมีค่าความเป็นหญิง/ความเป็นชายน้อยลงอันเป็นผลมาจากโรคสะเก็ดเงินของท่านหรือการรักษามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.66 ในด้านความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้อยู่ระหว่าง 0.47 – 0.96 โดยพบว่าข้อความที่ได้คะแนนสูงสุดได้แก่ โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่เกิดจากความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกัน และโรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่เกิดจากการแบ่งตัวของเซลล์ผิวหนังอย่างรวดเร็วผิดปกติ เป็นข้อความที่ได้คะแนนสูงสุด และข้อความที่ได้คะแนนน้อยสุดคือผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินทุกรายจะเกิดการอักเสบของเอ็นและข้อร่วมด้วย

สำหรับข้อมูลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 4 ด้านได้แก่ ด้านชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ส่วนตัว การใช้เวลาว่างและด้านการรักษา มีคะแนนอยู่ระหว่าง 0.43 – 1.25 โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านชีวิตประจำวันได้คะแนนสูงกว่าด้านอื่น ๆ และจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณภาพชีวิตในระดับดี มีจำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 67.01 คุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง มีจำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 25.77 และคุณภาพชีวิตในระดับต่ำ มีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 7.22

ในส่วนของผลการศึกษเกี่ยวกับระดับคะแนนของการรับรู้ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยสะเก็ดเงินอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ =23.81 SD = 8.15) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ =39.44 SD = 5.61) ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงินอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ =11.95 SD = 1.49) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ =11.96 SD = 1.11) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับการรับรู้ภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน (n=96)

ตัวแปรที่ศึกษา	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
การรับรู้ภาพลักษณ์	23.81	8.15	ปานกลาง
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	39.44	5.61	สูง
ความรู้เกี่ยวกับโรคสะเก็ดเงิน	11.95	1.49	มาก
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน	11.96	1.11	ดี



ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบของโรคสะเก็ดเงินที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิต ($r = -.464$, $p < .001$) สถานภาพสมรสคู่มีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = -.236$, $p = .010$) ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิต ($r = .247$, $p = .015$) สำหรับปัจจัยเรื่องระดับความรุนแรงของโรค (PASI score) และตำแหน่งของร่างกายที่เกิดรอยโรค มีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($r = .481$ และ $.469$) ตามลำดับ ส่วนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ($r = .505$, $P < .001$) และการรับรู้ผลกระทบของภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ทางลบระดับสูงกับคุณภาพชีวิต ($r = .784$, $P < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ($n = 96$)

ปัจจัยที่ศึกษา	ความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน		
	Correlation (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ	-.464	<.001	ทางลบระดับปานกลาง
สถานภาพสมรสคู่	-.263	.010	ทางลบระดับต่ำ
การศึกษา	.247	.015	ทางลบระดับต่ำ
ระดับความรุนแรงของโรค (PASI score)	.481	<.001	ทางลบระดับปานกลาง
Body surface area involvement	.469	<.001	ทางลบระดับปานกลาง
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.505	<.001	ทางลบระดับปานกลาง
การรับรู้ภาพลักษณ์	.784	<.001	ทางลบระดับสูง

การอภิปรายผล

1. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน

ผลการศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับดี แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบจากโรคสะเก็ดเงินต่อคุณภาพชีวิตในระดับน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และคณะ (Taejarernwiriyaikul et al., 2019) กรรณิการ์ เชียงหวีสิน (Seawthaweesin, 2018) และการศึกษาของ หยาง และ หยาง (Yang & Yang, 2015) ที่พบว่าระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน การศึกษานี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านชีวิตประจำวันมากกว่าด้านอื่น ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างระบุว่า ผื่นสะเก็ดเงินรบกวนต่อการออกไปทำงานนอกบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพรับราชการและรัฐวิสาหกิจอาจส่งผลในการพบปะผู้คน นอกจากนี้การมีผื่นผิวหนังอักเสบกระจายตามแขนขา และใบหน้า ผื่นหนังลอกเป็นขุยส่งผลต่อภาพลักษณ์ ทำให้ต้องใส่เสื้อผ้าในรูปแบบหรือสีที่แตกต่างไปจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนหรือซักผ้าบ่อยขึ้นเนื่องจากผื่นสะเก็ดเงินพบได้ทุกส่วนของร่างกายของกลุ่มตัวอย่าง อาจพบผื่นหนังลอกเป็นขุยกระจายตามเสื้อผ้า และมีใบหน้าลอกมีการหลุดลอกของผื่นตามร่างกายทำให้ต้องเปลี่ยนเสื้อผ้าบ่อยขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุผื่นสะเก็ดเงินทำให้มีปัญหาทั้งข้างทำผม อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้พบผื่นบริเวณศีรษะมากที่สุดทำให้มีปัญหาเมื่อเข้าไปตัดผมหรือเข้าร้านทำผม อย่างไรก็ตามเนื่องจากรอยโรคที่พบส่วนใหญ่เกิดที่แขน ขา มากกว่าใบหน้าสามารถปกปิดได้ด้วยเสื้อผ้า ทำให้ได้รับผลกระทบน้อย ยิ่งไปกว่านั้น เนื่องจากส่วนใหญ่รับราชการและมีสิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ สามารถลางานมาเพื่อการตรวจรักษาได้ ทำให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษายังอยู่ระดับที่ดี ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ แคช (Cash, 2011) ที่พบว่าผู้ป่วยที่สามารถจัดการเรื่องค่ารักษาพยาบาล และสามารถจัดการเรื่องเวลาในการมาตรวจตามนัดได้สม่ำเสมอ ทำให้เกิดความรู้สึกพอใจต่อการ

มารับบริการ การจัดการตนเอง และทำให้คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นกว่าผู้ที่ไม่สามารถจัดการเรื่องงานและการมาตรวจตามนัดได้

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสะเก็ดเงิน

ปัจจัยด้านอายุจากการศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ของการศึกษานี้ยังอยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงานโดยมีอายุระหว่าง 15-59 ปี ($\bar{X} = 48.26$) แสดงให้เห็นได้ว่ายิ่งอายุน้อยยิ่งมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ สมมาตร ถกวิบูลย์ (Thakolwiboon et al., 2013) ที่พบว่าโรคสะเก็ดเงินมีผลกระทบทางลบต่อคุณภาพชีวิตอย่างมาก และผู้ป่วยมีอายุน้อยได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตจากโรคมากกว่าผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งกลุ่มอายุดังกล่าวเป็นวัยทำงานที่ยังต้องมึปฏิสัมพันธ์กับสังคม ยังต้องออกไปใช้ชีวิตส่วนใหญ่ในสังคม ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคสะเก็ดเงินที่รอยโรคทางผิวหนังค่อนข้างน่ากลัว และอาจเป็นที่รังเกียจของคนอื่น ๆ ได้ ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดความมั่นใจ และสอดคล้องการศึกษาของ พชรสินี ประสันนาการ (Prasunnakarn, 2017) ที่พบว่า กลุ่มอายุที่เป็นโรคสะเก็ดเงินมากที่สุดคือช่วงอายุ 51-60 ปีโดยพบอุบัติการณ์ของโรคสะเก็ดเงิน ในกลุ่ม Psoriasis vulgaris มากที่สุดถึง ร้อยละ 95.07 แต่การศึกษานี้ยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ หยาง และ หยาง (Yang & Yang, 2015) พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน

ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสจากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า ชีวิตสมรสเป็นความสัมพันธ์ระหว่างคนสองคนที่เป็นเพื่อน คู่คิดและเป็นที่ปรึกษาซึ่งกันและกัน เวลามีปัญหาหรือในยามเจ็บป่วยคอยช่วยเหลือดูแลกัน จึงทำให้ได้รับผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตน้อยกว่าคนที่มิมีสถานภาพสมรส ในยามเจ็บป่วยต้องดูแลตนเองหรือเมื่อมีปัญหาต้องวิเคราะห์และตัดสินใจเอง ส่งผลให้เกิดความเครียดและกระทบต่อคุณภาพชีวิตมากกว่าคนที่มิมีชีวิตคู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ อินทรทอง อินทร์นอก (Innog, 1997) ที่พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพชีวิต โดยผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสมีระดับคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่าและแยก ทั้งนี้สมรสทำให้ผู้สูงอายุมีเพื่อน มีกำลังใจในการดำเนินชีวิตไม่รู้สึกละแวกหรือว่าเหว

ระดับการศึกษา จากผลการศึกษาพบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีระดับการศึกษาสูงได้รับผลกระทบจากโรคสะเก็ดเงินต่อคุณภาพชีวิตน้อย โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปซึ่งเป็นกลุ่มที่อาจมีการสืบค้นหาข้อมูล ข่าวสารในการดูแลตนเองได้ดี ทำให้ได้รับผลกระทบกับคุณภาพชีวิตน้อย ซึ่งไม่สอดคล้องการศึกษาของ กรรณิการ์ เสียวทวีสิน (Seawthaweesin, 2018) ที่พบว่าผู้ป่วยสะเก็ดเงินส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาที่ไม่สูง และส่วนใหญ่จะมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

ระดับความรุนแรงของโรค (PASI score) ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจเนื่องมาจาก โรคสะเก็ดเงินเป็นโรคผิวหนังเรื้อรังที่มีระดับความรุนแรงของโรคสูง จะมีการกระจายของผื่นตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้มีผื่นแดงหนา สะเก็ด ขุยมาก และมีอาการหลุดลอกของผิวหนัง ในรายที่เป็นรุนแรง มีตุ่มหนองและการอักเสบของผิวหนัง ส่งผลให้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวัน โดยผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าคุณภาพชีวิตด้านชีวิตประจำวันได้รับผลกระทบมากกว่าคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หยาง และ หยาง (Yang & Yang, 2015) พบว่าโรคสะเก็ดเงินมีผลกระทบต่อการทำางานจากอาการของโรคที่ทรุดลงทำให้ต้องหยุดการทำงานเพื่อไปรักษา และเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ กรรณิการ์ เสียวทวีสิน (Seawthaweesin, 2018) ที่พบว่าผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินที่มีความรุนแรงของผื่นสะเก็ดเงินในระดับที่รุนแรงจะทำให้มีระดับคุณภาพชีวิต (Dermatology Life Quality index;



DLQI) อยู่ในระดับปานกลาง

ตำแหน่งของร่างกายที่เกิดรอยโรค (Body surface area involvement) มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นได้ว่า พื้นที่ในการเกิดรอยโรคของร่างกายมีผลกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่มีรอยโรคในตำแหน่งเปิดเช่น ใบหน้า แขน ขา ศีรษะ จะส่งผลให้ความรู้สึกดีต่อตนเองลดลงทำให้คุณภาพชีวิตลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ แคช (Cash, 2011) หยาง และ หยาง (Yang & Yang, 2015) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินคือตำแหน่งที่เกิดรอยโรค โดยเฉพาะบริเวณใบหน้าและมือ ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ปกปิดไม่ได้ทำให้ไม่ยากพบปะทั้งนี้อาจเนื่องจากพื้นที่ในการเกิดของรอยโรคตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกายผื่นสะเก็ดเงิน ในรายที่เป็นรุนแรงมีการกระจายของผื่นทั่วตัว โดยเฉพาะบริเวณมือ เท้า หรือส่วนที่มีการเคลื่อนไหวของร่างกาย อาจทำให้เกิดความไม่สุขสบายเมื่อทำกิจกรรมต่าง ๆ ทำให้ส่งผลกระทบในการใช้ชีวิตประจำวันซึ่งสอดคล้องกับคะแนนด้านชีวิตประจำวันที่แสดงให้เห็นว่าได้รับผลกระทบกับชีวิตมากกว่าด้านอื่น

ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองคือทัศนคติที่บุคคลมีต่อตนเองในด้านบวกหรือด้านลบอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้นการที่บุคคลหนึ่ง มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในระดับสูงหมายถึง การที่บุคคลรู้สึกว่าเป็นผู้มีเกียรติมีคุณค่า มีความพึงพอใจในตนเอง ตรงกันข้ามกับบุคคลที่มีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองในระดับต่ำซึ่งจะหมายถึงบุคคลที่ขาดการเคารพตนเอง (Self-respect) คิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าไม่มีความพึงพอใจในตนเอง มีความรู้สึกที่ตนเองด้อยไม่ทัดเทียมกับผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) และการศึกษาของ เบญจรัตน์ ชีวพูนผล (Cheewapoonpol, 2006)

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รู้สึกว่าควรจะนับถือตนเองได้มากกว่านี้ จากผลกระทบของโรคสะเก็ดเงิน บางรายมีอาการของโรคที่รุนแรง บางรายได้รับความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษา และจากผื่นที่เกิดขึ้นตามร่างกายโดยเฉพาะบริเวณใบหน้าหรือส่วนที่ปกปิดไม่ได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองด้อยไม่ทัดเทียมกับผู้อื่น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมจิต พรหมจันทร์ และคณะ (Promjan et al., 2017) พบว่าเมื่อผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะมีความสามารถเผชิญอุปสรรคในชีวิต และมีความมั่นใจ ไม่รู้สึกไร้คุณค่า มีความพึงพอใจในตนเอง และปรับตัวได้ จะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ อ้อมใจ แต่เจริญวิริยะกุล และคณะ (Taejarernwiriyaikul et al., 2019) จะเห็นได้ว่า ความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ล้วนเป็นตัวบ่งชี้หนึ่งของคุณภาพชีวิต เช่นเดียวกับข้อมูลจากการศึกษาของ เบญจรัตน์ ชีวพูนผล (Cheewapoonpol, 2006) ที่พบว่าเมื่อบุคคลมีความรู้มีคุณค่า และรู้สึกมั่นใจในภาพลักษณ์ตนเองจะทำให้เกิดความรู้สึกมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี อย่างไรก็ตามในการศึกษาครั้งนี้ ระดับความรู้สึกมีคุณค่าของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นหากบุคลากรสุขภาพสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้นอาจจะช่วยหาระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงขึ้น

การรับรู้ภาพลักษณ์ พบว่าการรับรู้ภาพลักษณ์มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากการประเมินภาพลักษณ์ทางกายเกิดจากบุคคลนั้นใช้ความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับรูปร่างที่ปรากฏเป็นการประเมินตนเอง เช่น ระดับความพึงพอใจหรือไม่พึงพอใจกับสัดส่วนของตนเอง การดำเนินการกับภาพลักษณ์ทางกาย แสดงให้เห็นว่าความคิดและพฤติกรรมมีความสำคัญกับสถานที่ที่บุคคลนั้นจะปรากฏตัว และยังเป็นแรงจูงใจในการจัดการหรือทำให้บุคคลปรากฏตัวเพิ่มขึ้น (Cash, 2011; Cheewapoonpol, 2006) ผลกระทบจากอาการของโรคสะเก็ดเงิน บางรายมีผื่นผิวหนังอักเสบตามแขนขา และใบหน้า ผื่นหนังลอกเป็นขุยกระจายตามเสื้อผ้า และมีใบหน้าลอกเป็นขุย ส่งผลต่อภาพลักษณ์ ส่งผลกระทบต่อ

ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ อาจทำให้ไม่ยากเข้าสังคม จากการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่พึงพอใจกับรูปลักษณ์ของผิบนในร่างกายมากที่สุด รู้สึกหมกมุ่นกังวลเกี่ยวกับรูปลักษณ์ภายนอก รู้สึกว่าเสน่ห์ดึงดูดใจน้อยลง และรู้สึกไม่พึงพอใจกับรูปลักษณ์ภายนอกหลังแต่งกายตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ หยาง และ หยาง (Yang & Yang, 2015) ที่พบว่ารอยโรคที่ทำให้เกรงว่าจะทำให้ได้รับการรังเกียจจากคนรอบข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินเป็นคนที่จะเก็บตัว หลีกเลี่ยงการเข้าสังคมเหมือนเช่นเคย ส่งผลให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และส่งผลให้ระดับความมั่นใจในตนเองลดลง มีผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

เนื่องจากผู้ป่วยสะเก็ดเงินส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงานโดยมีอายุระหว่าง 15-59 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมสูง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีคุณภาพชีวิตที่ดีต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ การรับรู้ระดับความรุนแรงของโรค ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการรับรู้ผลกระทบของภาพลักษณ์ เพื่อให้การส่งเสริมผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงินมีการปรับตัวที่ดีในการรักษาพยาบาล และส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน เพื่อจะได้ข้อมูลในการกำหนดแนวทางหรือพัฒนากิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยโรคสะเก็ดเงิน ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลต่อไป

References

- Cash, T. F. (2011). Cognitive-behavioral perspectives on body image. In T. F. Cash & L. Smolak (Eds.), *Body image: A handbook of science, practice, and prevention* (2nd ed.). New York: Guilford.
- Cheewapoonpol, B. (2006). Relationship between personal factors, fear of reaction of significant persons, coping strategies, social support, and body image of post mastectomy patients. *Kuakarun Journal of Nursing*, 13(2), 9-12. (in Thai)
- Chularojanamontri, L., Suthipinittharm, P., & Kulthanan K. (2009). The validity and reliability of psoriasis disability index (PDI). *Thai Journal of Dermatology*, 25(1), 141-52. (in Thai)
- Finlay, A. Y., Khan, G. K., Luscombe, D. K., Salek, M. S. (1990). Validation of sickness impact profile and psoriasis disability index in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 123, 51-56.
- Hopwood, P., Fletcher, I., Lee, A., & Ghazal, S. A. (2001). A body image scale for use with cancer patients. *European Journal of Cancer*, 37(2), 189-97.
- Innog, C. (1997). *Self-care behavior and quality of life of the elderly in North Eastern Thailand*, (Master's thesis in Community Health Nursing). Mahidol University, Thailand.
- Lauithaisong, N. (2011). Stress, impact assessment, and stress coping methods among psoriasis patients. *Journal of Information and Learning*, 22(3), 84-96.
- Medical Records and Statistics Section, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. (2020). *Statistics of dermatology patients at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital*. Chiang Mai: Author.
- Pattamadilok, B. (2018). *Psoriasis*. Bangkok: Institute of Dermatology.



- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2004). *Nursing research principle and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Prasunnakarn, P. (2017). Prevalence and incidence of psoriasis in Udonthani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 25(2), 143-150.
- Promjan, S., Wiriapongsukit, S., Boonsoh, R., & Khongsin, N. (2017). Predictive power of self-esteem on quality of life among disabled people. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(1), 47-59.
- Rojtrakul, P., Yamphak, R. & Inpaen, C. (2008). *Clinical nursing practice guideline*. (1st ed.). Bangkok: Queen Graphic & Printing Center.
- Rosenberg, M., & Pearlin, L. (1978). Social class and self-esteem among children and adults. *American Journal of Sociology*, 84(1), 53-77.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Seawthaweesin, K. (2018). Quality of life of psoriasis and family participation, Vachira Phuket Hospital. *Region 11 Medical Journal*, 32(3), 1069-1088.
- Taejarernwiriyaikul, O., Thongdonmuan, T., Prasanworakijkul, T., Buppan, P. & Sommatas, A. (2019). Factors related to quality of life in patients with psoriasis at hospitals located in Nakhon Nayok Province. *Journal of Nursing and Health Care*. 37(2), 143-147.
- Thakolwiboon, S., Upala, S., Geeratragul, T., Benjatiku, I. N., Uathaya, M., Tripipitsiriwat, A., ... Jiamton, S., (2013). The factors affecting quality of life in Thai psoriasis patients. *The Journal of Medical Association of Thailand*, 96(10), 1344-1349.
- Yang, H. & Yang, K. (2015). Impact of psoriasis on quality of life in Taiwan. *Dermatologica Sinica*, 33(1), 146-150.



The Effect of a Medication Adherence Promotion Program through the Line Application on Older Persons with Essential Hypertension

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์
ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ

กมลชนก	เจริญวงษา **	Kamonchanok	Charoenwongsa **
วิราพรรณ	วิโรจน์รัตน์ ***	Virapun	Wirojratana ***
ดวงรัตน์	วัฒนกิจไกรเลิศ ****	Doungrut	Wattanakitkrileart ****

Abstract

This experimental research aimed to study the effect of a medication adherence promotion program through the LINE application on older persons with essential hypertension. The sample was comprised of 56 older persons with essential hypertension aged 60 years and over. Samples were obtained according to the inclusion criteria and were randomly assigned by block randomization into an experimental group and a control group of 28 participants. The experimental group received routine care and the medication adherence promotion program based on the health belief model framework developed by Rosenstock et al. (1988). The program contained 1) reinforcing of individual beliefs by providing educational video media through the LINE application and presenting a healthy role model; and 2) providing stimulus or cue to action by sending reminder messages and following up via the LINE application. This program was conducted over a period of six weeks. The control group received only routine care. The Mann-Whitney U test and Wilcoxon Signed-Rank test statistics were used for data analysis.

The study findings revealed that, after participating in the program, the experimental group experienced an improvement in the mean medication adherence score with statistical significance ($p < .001$), and the mean medication adherence score in the experimental group was better than that in the control group with statistical significance ($p < .01$).

This study found that the medication adherence promotion program through the LINE application increased the medication adherence of older persons. Thus, the program should be implemented with older persons to promote consistent medication adherence for improved treatment effectiveness.

Keywords: Medication adherence, Older person, Essential hypertension, LINE application

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

** Graduate Student of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Mahidol University

** Corresponding Author, Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University;
e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

**** Associate Professor, Faculty of Nursing, Mahidol University



บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อความร่วมมือในการรับประทานยา ในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คน เป็นผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งคัดเลือกตามเกณฑ์คัดเข้า และสุ่มแบ่งกลุ่มโดยใช้การสุ่มแบบบล็อก เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 28 คน กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยา ซึ่งพัฒนามาจากกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลโดยการให้ความรู้โดยสื่อวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ และนำเสนอตัวแบบที่มีสุขภาพดี 2) สร้างปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติโดยการส่งข้อความเตือนให้รับประทานยา และการติดตามสอบถามโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โปรแกรมนี้ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Mann-Whitney U Test และสถิติ Wilcoxon Signed-Rank Test

ผลการวิจัยพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาค่อนข้างสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ทำให้ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ดีขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในการส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาให้มากขึ้น

คำสำคัญ: ความร่วมมือการรับประทานยา ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ แอปพลิเคชันไลน์

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ผู้เขียนหลัก รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล e-mail: virapun.wir@mahidol.ac.th

**** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญของระบบสาธารณสุขทั่วโลก ปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ 1.28 พันล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 คาดการณ์ว่าความชุกจะเพิ่มขึ้นเป็น 1.56 พันล้านคน (WHO, 2020) จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยระหว่างปี พ.ศ. 2562 ถึง พ.ศ. 2563 พบความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุถึงร้อยละ 60.7 หรือประมาณ 6.5 ล้านคน โดยผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงกว่าร้อยละ 31.2 ยังควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้แม้ว่าจะได้รับการรักษา (Aekplakorn, 2021) หากผู้สูงอายุปล่อยให้ระดับความดันโลหิตสูงเป็นระยะเวลานานอาจก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะหัวใจล้มเหลว (Aronow, 2020)

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 28-40 (Chang et al., 2019; Yang, Chang, Ritchey, & Loustalot, 2017) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาร้อยละ 36 (Manjavong et al., 2021) สาเหตุอาจเกิดจากผู้สูงอายุไม่มีการแสดงของโรคความดันโลหิตสูง ความกังวลกับผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยา หรือการรับประทานยาหลายขนานเนื่องจากภาวะโรคร่วมเรื้อรังหลายโรคทำให้เกิดความซับซ้อนในการรักษา (Poulter et al., 2020) การที่ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในค่าเป้าหมายได้ เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายตามมา (Burnier & Egan, 2019)

การศึกษาในต่างประเทศพบว่ามีผู้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) มาใช้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง โดย ยัซดันปานาห์, โมกาดัม, มาซโลม, เบลลู, และ โมฮาเจอร์ (Yazdanpanah, Moghadam, Mazlom, Beigloo, & Mohajer, 2019) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองเป็นรูปแบบการสอนและการอภิปรายกลุ่มในชั้นเรียน ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่เหมาะสม การตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา อาการที่เกิดจากการไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ อุปสรรคเกี่ยวกับการรับประทานยา และแจกคู่มือที่เกี่ยวข้อง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยา ภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ วาน, จาง, โยว, หว่วน และ เฉิน (Wan, Zhang, You, Ruan, & Chen, 2018) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอุดตันที่มีความดันโลหิตสูง โดยใช้การสอนเกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ความร่วมมือในการรับประทานยา แบบตัวต่อตัวก่อนจำหน่าย การสอนทางโทรศัพท์จำนวน 2 ครั้ง หลังจำหน่าย 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน และการให้ความรู้โดยข้อความสั้นทางโทรศัพท์เกี่ยวกับความเชื่อด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ความร่วมมือในการรับประทานยาสัปดาห์ละครั้ง เป็นระยะเวลา 3 เดือนหลังจำหน่าย พบว่าพฤติกรรมสุขภาพด้านความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในปัจจุบันมีการนำแอปพลิเคชันเครือข่ายสังคมออนไลน์มาใช้ส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย ซาร์ทอรี, ลูเซนา, โลเปส, เบร์นุชี และยามางูจิ (Sartori, Lucena, Lopes, Bernuci, & Yamaguchi, 2020) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ใช้แอปพลิเคชัน WhatsApp ส่งข้อความเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน อาการและอาการแสดงของโรค แนวทางการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของโรค การเตือนการรับประทานยา ใช้ระยะเวลา 16 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.3 เป็นร้อยละ 67.5 นอกจากนี้ ซัน, เจีย, หลี และหม่า (Sun, Jia, Lv, & Ma, 2020) ได้ทำการวิจัยเชิงทดลองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ใช้แอปพลิเคชัน WeChat โดยการส่งข้อความเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง อาการแสดงของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรค การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยการเปลี่ยนแปลงวิถีการดำเนินชีวิต คำแนะนำให้



รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย ใช้ระยะเวลา 3 เดือน พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในกลุ่มโรคเรื้อรังในประเทศไทย ญันนันท คำพิริยะพงศ์ และ ศิริพันธุ์ สาสตัย (Kumpiriyapong & Sasat, 2017) ได้ทำการวิจัยถึงทดลองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ตามโปรแกรมการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูง โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงหากรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ประโยชน์จากการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ โดยการสอนแบบตัวต่อตัวในโรงพยาบาลจำนวน 2 ครั้ง และการโทรศัพท์ติดตามจำนวน 3 ครั้ง โปรแกรมใช้เวลา 5 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสม่ำเสมอ และต่อเนื่องสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ นิทยาทิพย์ แสนแดง และชินจิตร โพธิ์ศัพท์สุข (Saendaeng & Potisupsuk, 2018) ได้ทำการวิจัยถึงทดลองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค แนวทางการดูแลรักษาและการใช้ยาควบคุมโรค ส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง อันตรายของภาวะแทรกซ้อนของโรค การรับประทานยาให้ถูกต้อง ครบถ้วน โดยการสอนแบบกลุ่มจำนวน 2 วัน และการติดตามเยี่ยมบ้านจำนวน 3 ครั้ง โปรแกรมใช้เวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาที่ผ่านมาในประเทศไทยจึงเป็นรูปแบบการให้ความรู้แบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่มที่ต้องพบกัน โดยผู้สูงอายุต้องเดินทางมาที่โรงพยาบาลด้วยตนเองหรือพร้อมกับญาติ การเยี่ยมบ้านหรือการให้ความรู้ผ่านทางโทรศัพท์ ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุจำนวนมากในคราวเดียวกัน ประกอบกับการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่เกิดขึ้นทั่วโลก ทำให้ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวชนิดเรื้อรัง มีโอกาสเสี่ยงต่ออัตราการเสียชีวิตมากกว่าบุคคลทั่วไป (Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, 2020) จึงควรมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ที่แตกต่างกันจากอดีต (new normal) โดยการนำเทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยมาปรับใช้ให้เข้ากับรูปแบบของโปรแกรม จัดการสอนออนไลน์ เพื่อลดผลกระทบและโอกาสเสี่ยงจากการติดเชื้อในผู้สูงอายุ (Adulyathum, 2020)

ผู้วิจัยมีความสนใจพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ประยุกต์จากกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ซึ่งอธิบายว่า ถ้าหากบุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงของการเป็นโรคที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิต รวมทั้งบุคคลรับรู้ว่าจะได้รับประโยชน์จากการกระทำเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้น มากกว่าอุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้เกิดการกระทำดังกล่าว และอิทธิพลในการกระตุ้นเตือน จะทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมในการป้องกันหรือรักษาโรคได้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโปรแกรมที่ประยุกต์จากกรอบแนวคิดดังกล่าว สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุได้ (Yazdanpanah et al., 2019) โปรแกรมในการศึกษาครั้งนี้ ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งใช้ระยะเวลากระชับกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เพื่อลดเวลาของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วยการส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนหากไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การลดการรับรู้อุปสรรคที่เกิดจากการรับประทานยา การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการให้สิ่งกระตุ้นด้วยการส่งข้อความเตือนให้รับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจ และการรับรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. คะแนนเฉลี่ยความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief model) พัฒนาโดย โรเซนสต็อก และคณะ (Rosenstock et al., 1988) ซึ่งอธิบายได้ว่าถ้าหากบุคคลได้รับรู้ถึงความเสี่ยงของการเป็นโรค รับรู้ว่าภาวะที่เกิดขึ้นนั้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อชีวิตของตน รวมทั้งรับรู้ว่าจะได้รับประโยชน์จากการกระทำบางอย่างเพื่อลดความเสี่ยงและผลกระทบที่เกิดขึ้น เชื่อว่าประโยชน์ที่ได้รับมีน้ำหนักมากกว่าอุปสรรคที่ขัดขวางไม่ให้เกิดการกระทำดังกล่าว และมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลนั้นก็จะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันหรือรักษาโรคได้ รวมทั้งการใช้ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อยู่นอกเหนือการรับรู้ของบุคคลแต่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม ซึ่งทำให้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถอธิบายพฤติกรรมในการป้องกันและรักษาโรคของบุคคลได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคลซึ่งประกอบไปด้วยการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (Al-Noumani et al., 2019) และความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ด้านต่าง ๆ ตามกรอบแนวคิดดังกล่าว (Athiyah, Subarniati, & Yuda, 2017) ผู้วิจัยจึงใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ โดยการเสริมสร้างปัจจัยด้านความเชื่อของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงและการสร้างปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ โดยมีองค์ประกอบของโปรแกรมดังนี้

1. การเสริมสร้างปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรค ข้อมูลอาการของโรค ภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เกิดขึ้นกับอวัยวะที่สำคัญต่าง ๆ แนวทางในการรักษาโรคแบบไม่ใช้ยา แนวทางการรักษาโดยใช้ยาความดันโลหิตสูงกลุ่มต่าง ๆ ข้อแนะนำในการรับประทานยา ตัวอย่างผลข้างเคียงที่เกิดจากการรับประทานยาและข้อแนะนำหากผู้สูงอายุเกิดอาการไม่พึงประสงค์ แนะนำตัวแบบที่มีสุขภาพดี และรับประทานยาสม่ำเสมอ ครบถ้วน
2. การสร้างปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยใช้การส่งข้อความเตือนทางแอปพลิเคชันไลน์ให้ผู้สูงอายุรับประทานยาตามมื้อยา

การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ตามองค์ประกอบข้างต้นจะทำให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีการรับรู้ประโยชน์ในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ลดความเสี่ยงจากการเกิดภาวะแทรกซ้อน ข้ามผ่านอุปสรรค และรับรู้ความสามารถแห่งตน เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized control trial) รูปแบบการศึกษา ชนิดวัดก่อน-หลัง แบบมีกลุ่มควบคุม (pretest-posttest control group design) ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ชนิดไม่ทราบสาเหตุและไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ห้องตรวจอายุรกรรม โรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งในจังหวัดกรุงเทพมหานคร

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) รับการรักษาด้วยการรับประทานยาอย่างน้อย 6 เดือน 2) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก อยู่ในช่วง 140-179 มิลลิเมตรปรอท หรือ ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิก อยู่ในช่วง 90-109 มิลลิเมตรปรอท 3) จัดยารับประทานเอง 4) สามารถเข้าใจ อ่าน เขียนและสื่อสารภาษาไทย 5) มีโทรศัพท์มือถือและสามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 6) ประเมินแบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (TMSE) พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง (Train The Brain Forum Committee, 1993) ได้ตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไป และ 7) ไม่มีโรคร่วมที่รุนแรงเป็นอุปสรรคต่อการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติ เท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ .80 ขนาดของอิทธิพล (effect size) จากการศึกษาที่คล้ายคลึงกันของ ยัซดันปานาห์ และคณะ (Yazdanpanah et al., 2019) ได้ค่า Cohen's d effect size (d) เท่ากับ 3.79 จึงเลือกใช้ค่าขนาดอิทธิพลเป็นขนาดใหญ่ เท่ากับ 0.80 จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power version 3.1.9.4 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายระหว่างการทดลองจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน ผู้วิจัยจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้การสุ่มแบบบล็อก (block randomization) บล็อกละ 4 คน ตามลำดับการมาตรวจก่อน-หลัง โดยจัดทำเป็นตารางเตรียมไว้ก่อนที่ผู้วิจัยจะพบกลุ่มตัวอย่าง

ช่วงดำเนินการเก็บข้อมูลมีกลุ่มทดลอง 2 คน และกลุ่มควบคุม 1 คน ออกจากงานวิจัยเนื่องจากไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบกำหนด คงเหลือกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลอง 26 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง

1. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย (Thai Mental State Examination: TMSE) พัฒนาโดย นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ (Poungvarin et al., as cited in Train The Brain Forum Committee, 1993) ประกอบด้วย การทดสอบ 6 ด้าน คือ ด้านการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) ด้านความจำ (registration) ด้านความตั้งใจ (attention) ด้านการคำนวณ (calculation) ด้านภาษา (language) และด้านการระลึกได้ (recall) คะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนตั้งแต่ 24 คะแนนขึ้นไปถือว่าไม่มีภาวะสมองเสื่อม

ตอนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูงและระยะเวลาที่ได้รับการรักษา ระดับความดันโลหิต ผู้สูงอายุ ยาที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง

2. แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา (Hill-Bone Medication Adherence Scale) พัฒนาโดย คิม, ฮิลล์, โบน และ เลวีน (Kim, Hill, Bone, & Levine, 2000) แปลเป็นภาษาไทยโดย ดารณี ธนุแก้ว (Tanukaew, 2020) โดยผ่านกระบวนการแปลย้อนกลับ ประกอบด้วยคำถาม 8 ข้อ เพื่อประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เป็นข้อคำถามเชิงลบทั้งหมดลักษณะของแบบประเมินเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยปฏิบัติเลยถึงปฏิบัติเป็นประจำ เป็นคะแนน 1 - 4 คะแนน ตามลำดับ คะแนนมาก หมายถึง ผู้สูงอายุมีความร่วมมือในการรับประทานยาที่ต่ำ

ตอนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

1. โปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การให้ความรู้ และการเพิ่มการรับรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูง การเพิ่มการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค การเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา การลดการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา การเพิ่มการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการรักษาโรค โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ส่งผ่านแอปพลิเคชันไลน์ถึงผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ ทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ในช่วง 4 สัปดาห์แรก และตั้งแต่วันจันทร์ถึงวันเสาร์ในช่วง 2 สัปดาห์หลัง

2. สื่อวีดิทัศน์ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ จำนวน 12 ตอน มีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค อาการของโรคที่พบบ่อย และภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง การรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการไม่ใช้ยาและด้วยวิธีการใช้ยา วิธีการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้อง การอธิบายผลข้างเคียงของการรับประทานยาที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้คำแนะนำในการรับประทานยา นำเสนอต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3. คู่มือการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง สร้างจากตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

4. แอปพลิเคชันไลน์ เป็นแอปพลิเคชันสำหรับการสนทนาบนอุปกรณ์การสื่อสาร ใช้ส่งข้อความเตือน เพื่อกระตุ้นให้รับประทานยา และติดตามสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยาสอบถามปัญหาในการรับประทานยาของกลุ่มตัวอย่าง เช่น 1) “ใน 3 สัปดาห์ที่ผ่านมา คุณ...มีปัญหาในการรับประทานยาหรือไม่” 2) “ปัญหาในการรับประทานยาของคุณ...คืออะไร”

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมที่ใช้ในการดำเนินการทดลองได้ผ่านการพิจารณาความครอบคลุม ความถูกต้องของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และได้นำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 3 คน ที่มีคุณสมบัติเดียวกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินประสิทธิภาพก่อนนำไปใช้จริง

แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่มีการใช้อย่างแพร่หลายในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว และถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยไม่มีการเปลี่ยนแปลงเนื้อหาใด ๆ ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาค่าความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยตรวจสอบความเชื่อมั่นกับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .93

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการทํารวจในคน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ IRB-NS 2021/01.0401 และโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง เลขที่โครงการ 048/64 E มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความเสี่ยงของการวิจัย กระบวนการเก็บข้อมูล สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยในการตอบรับหรือปฏิเสธที่สามารถถอนตัวโดยไม่รับผลกระทบ และให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมวิจัย ผลการวิจัยมีการเผยแพร่ในภาพรวม หลังจากการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้นเอกสารจะถูกเก็บไว้เป็นเวลา 5 ปี ก่อนถูกทำลาย



การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยพยาบาลประจำห้องตรวจอายุรกรรมประสาทสัมผัสโครงการวิจัย เมื่อมีผู้สูงอายุสนใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงนำผู้สูงอายุมาพบผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัวให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย และเมื่อผู้สูงอายุยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ผู้สูงอายุลงนามในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและหนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยคัดกรองกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมอง (TMSE) หากสมรรถภาพสมองเป็นปกติ ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดำเนินกิจกรรมตามแบบแผนการทดลอง ดังนี้

กลุ่มควบคุม

ผู้วิจัยให้กลุ่มควบคุมตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานยาที่เหมาะสม และการให้ข้อมูลทั่วไปที่เกี่ยวกับการรับประทานยาจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยส่งแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยาให้กลุ่มควบคุมตอบผ่าน Google Form ทางแอปพลิเคชันไลน์ อีกครั้ง

กลุ่มทดลอง

ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองตอบแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับคู่มือการปฏิบัติตัวในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์

ส่งข้อความเตือนให้รับประทานยาความดันโลหิต ตามมียาทุกวัน มื้อยาละ 1 ข้อความ และขอให้กลุ่มทดลองรายงานผลการรับประทานยาทุกมื้อ โดยให้กดปุ่ม “รับประทานยาแล้ว” หรือ “ยังไม่ได้รับประทานยา” จนกระทั่งสิ้นสุดการทดลอง

ส่งสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับความหมายของโรคความดันโลหิตสูง ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค ภาวะแทรกซ้อน และความรุนแรงของโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 2: ส่งสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับการรักษาโรคความดันโลหิตสูงด้วยวิธีการไม่ใช้ยาและด้วยวิธีการใช้ยารวมทั้งวิธีการใช้ยาลดความดันโลหิตที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 3: ส่งสื่อวีดิทัศน์ เกี่ยวกับผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ของยา คำแนะนำในการรับประทานยา เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 4: ส่งสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสรุปเนื้อหาการปฏิบัติตัวผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 5: ส่งสื่อวีดิทัศน์ที่เคยได้รับแล้วในสัปดาห์ที่ 1 และ สัปดาห์ที่ 2 ซ้ำเพื่อทบทวน

สัปดาห์ที่ 6: ส่งสื่อวีดิทัศน์ที่เคยได้รับแล้วในสัปดาห์ที่ 3 และ สัปดาห์ที่ 4 ซ้ำเพื่อทบทวน โดยเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยสอบถามปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยา และส่งแบบประเมินความร่วมมือในการรับประทานยา ให้กลุ่มทดลองตอบผ่าน Google Form ทางแอปพลิเคชันไลน์อีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและระยะเวลาของการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต โดยสถิติ Chi-square test และ Fisher's exact test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการรับประทานยาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank test เนื่องจากเมื่อทดสอบการกระจายตัวข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่า

ข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความร่วมมือการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann-Whitney U test เนื่องจากเมื่อทดสอบการกระจายตัวข้อมูลโดยใช้สถิติ Shapiro-Wilk พบว่าข้อมูลมีการกระจายตัวไม่เป็นโค้งปกติ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง จำนวน 26 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.7 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี ร้อยละ 53.8 อายุเฉลี่ย 68.69 ปี (SD = 5.32) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 140–159 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 65.4 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 90–99 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 46.2 ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและระยะเวลาของการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 53.8 ส่วนใหญ่รักษาด้วยยาลดความดันโลหิตจำนวน 2 ชนิด ร้อยละ 46.2

กลุ่มควบคุม จำนวน 27 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 60–69 ปี ร้อยละ 74.1 อายุเฉลี่ย 67.19 ปี (SD = 5.75) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 140–159 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 74.1 ระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่น้อยกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 55.6 ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและระยะเวลาของการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ส่วนใหญ่มากกว่า 10 ปี ร้อยละ 44.4 ส่วนใหญ่รักษาด้วยยาลดความดันโลหิตจำนวน 2 ชนิด ร้อยละ 51.9

ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Chi – Square test และสถิติ Fisher’s Exact test พบว่าข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับความดันโลหิต ระยะเวลาในการเป็นโรคความดันโลหิตสูงและระยะเวลาของการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิต ของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือการรับประทานยาภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือการรับประทานยาหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือการรับประทานยาหลังการทดลองไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง ($p > .05$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือการรับประทานยาก่อนและหลังการทดลอง

ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม						
คะแนนเฉลี่ยความ ร่วมมือการรับประทานยา	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z	p- value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
กลุ่มทดลอง (n=26)	10.65	1.70	8.96	1.15	-4.112	< .001
กลุ่มควบคุม (n=27)	10.44	1.95	10.07	1.60	-1.890	.059

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือการรับประทานยาระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือการรับประทานยาไม่แตกต่างกัน ($p > .05$) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือการรับประทานยาก่อนและหลังทดลอง
ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนเฉลี่ยความ ร่วมมือการรับประทานยา	กลุ่มทดลอง (n=26)		กลุ่มควบคุม (n=27)		Z	p- value
	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าเฉลี่ย	SD		
ก่อนทดลอง	10.65	1.70	10.44	1.95	-.631	.528
หลังทดลอง	8.96	1.15	10.07	1.60	-2.811	.005

การอภิปรายผล

1. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยา ที่มีองค์ประกอบสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) ประยุกต์ใช้กับแอปพลิเคชันไลน์ มีการให้ข้อมูลผ่านปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคลทั้ง 4 ด้าน ประกอบด้วย 1) การเสริมสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิตเป้าหมายในการรักษาผู้สูงอายุ และผลกระทบต่าง ๆ หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายได้ 2) การเสริมสร้างการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา และการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ผู้วิจัยมีการให้ความรู้เนื้อหาเกี่ยวกับประโยชน์จากแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงโดยการไม่ใช้ยาและการใช้ยา มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิต การให้ข้อมูลเกี่ยวกับกลุ่มยาที่ใช้ในการควบคุมระดับความดันโลหิต คำแนะนำในการรับประทานยาลดความดันโลหิตและวิธีการรับประทานยาที่ถูกต้อง 3) การลดการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยา โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น และคำแนะนำในการใช้ยา 4) การเสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตน ผู้วิจัยมีการให้ข้อมูลต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แรงจูงใจในทางบวกกับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผู้วิจัยยังสร้างปัจจัยการกระตุ้นการปฏิบัติ ด้วยการส่งข้อความเตือนด้วยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อกระตุ้นให้รับประทานยาทุกวัน รวมทั้งผู้วิจัยได้มอบคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้สูงอายุสามารถศึกษาได้ที่บ้าน

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ซัน และคณะ (Sun et al., 2020) ที่นำแอปพลิเคชัน WeChat มาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกลดลงมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ซาร์ทอรี และคณะ (Sartori et al., 2020) ในการใช้แอปพลิเคชัน WhatsApp ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน พบว่าจำนวนผู้ที่มีความร่วมมือในการรับประทานยาของกลุ่มทดลองที่ใช้แอปพลิเคชัน WhatsApp เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 38.3 เป็นร้อยละ 67.5 เช่นกัน การที่กลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้นในระยะเวลา 6 สัปดาห์ ซึ่งสั้นกว่าการศึกษาของ ซัน และคณะ (Sun et al., 2020) และการศึกษาของ ซาร์ทอรี และคณะ (Sartori et al., 2020) อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยเพิ่มความถี่ในการส่งข้อความเตือนให้รับประทานยาเป็นทุกมื้อยา และการใช้แอปพลิเคชันไลน์ช่วยให้สามารถเพิ่มความถี่ในการเสริมสร้างปัจจัยด้านความเชื่อของบุคคล โดยผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมแบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่มที่ต้องพบกัน

2. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ซึ่งสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาที่มีองค์ประกอบสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Rosenstock et al., 1988) ประยุกต์ใช้กับแอปพลิเคชันไลน์ มีการให้ข้อมูลผ่านปัจจัยความเชื่อส่วนบุคคลทั้ง 4 ด้าน และปัจจัยการกระตุ้นการปฏิบัติ ด้วยการส่งข้อความเตือนด้วยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อกระตุ้นให้รับประทานยาทุกวัน เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ รวมทั้งผู้วิจัยได้มอบคู่มือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้ผู้สูงอายุสามารถศึกษาได้ที่บ้าน ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับเพียงความรู้ และคำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการรับประทานยา จากบุคลากรทางการแพทย์ในวันที่มาพบแพทย์ ซึ่งอาจไม่เพียงพอที่จะเสริมสร้างปัจจัยด้านความเชื่อในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของกลุ่มควบคุม ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความร่วมมือในการรับประทานยาดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ชัน และคณะ (Sun et al., 2020) ที่นำแอปพลิเคชัน WeChat มาใช้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความร่วมมือในการรับประทานยาสูงขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและความดันไดแอสโตลิกลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่าหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความร่วมมือการรับประทานยาที่ดีขึ้นกว่าก่อนทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องจาก เมื่อสัมภาษณ์กลุ่มควบคุมภายหลังจากการเข้าร่วมการวิจัย พบว่ามีความสนใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศมีความเจริญก้าวหน้า ทำให้กลุ่มควบคุมสืบค้นข้อมูลการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทิมา เขียวแก้ว, กันยารัตน์ อุบลวรรณ, กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา, และ อัญญา ปลดเปลื้อง (Kheokao, Ubolwan, Tipkanjanaraykha, & Plodpluang, 2019) พบว่า ร้อยละ 66.29 ของผู้สูงอายุที่ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์เคยสืบค้นข้อมูลทางด้านสุขภาพ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับวิธีการดำเนินชีวิต การรับประทานยา และการรักษาโรค อย่างไรก็ตามเมื่อทดสอบทางสถิติแล้วความร่วมมือในการรับประทานยาไม่มีความแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยา ยังมีความสำคัญในการนำไปใช้เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้สูงอายุ

ผลการวิจัยครั้งนี้อาจสรุปได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งประยุกต์จากกรอบแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้ข้อมูลและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ด้านต่าง ๆ และการสร้างปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ ด้วยการส่งข้อความเตือนกระตุ้นให้รับประทานยา การติดตามสอบถามปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานยา ส่งผลให้สามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุได้สำเร็จภายในระยะเวลา 6 สัปดาห์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล และบุคลากรทางสาธารณสุขใช้ส่งเสริมความร่วมมือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาเพิ่มมากขึ้น



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับระยะเวลาในการติดตามการใช้งานของแอปพลิเคชันไลน์ ในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อให้เห็นภาพรวมและลักษณะของพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยา รวมทั้งควรมีการวัดระดับความดันโลหิต ซึ่งเป็นผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง

References

- Adulyathum, T. (2020). Cloud meeting-telemedicine with medical personnel in the age of COVID-19. *Journal of the Department of Medical Services*, 45(2), 5–7. (in Thai)
- Aekplakorn, W. (2021). *Thai national health examination survey, NHES VI Year 2019-2020*. Bangkok: Aksorn graphic and design. (in Thai)
- Al-Noumani, H., Wu, J. R., Barksdale, D., Sherwood, G., Alkhasawneh, E., & Knafl, G. (2019). Health beliefs and medication adherence in patients with hypertension: A systematic review of quantitative studies. *Patient Education and Counseling*, 102(6), 1045-1056.
- Aronow, W. S. (2020). Managing hypertension in the elderly: What's new? *American Journal of Preventive Cardiology*, 1, 100001.
- Athiyah, U., Subarniati, R., & Yuda, A. (2017). Medication adherence in elderly patients with hypertension. *Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 10(8), 165-170.
- Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension: A review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circulation Research*, 124(7), 1124-1140.
- Chang, T. E., Ritchey, M. D., Park, S., Chang, A., Odom, E. C., Durthaler, J., ... Loustalot, F. (2019). National rates of nonadherence to antihypertensive medications among insured adults with hypertension, 2015. *Hypertension*, 74(6), 1324-1332.
- Kheokao, J., Ubolwan, K., Tipkanjanaraykha, K., & Plodpluang, U. (2019). Online health information seeking behaviors among the Thai elderly social media users. *TLA Research Journal*, 12(1), 60-76.
- Kim, M. T., Hill, M. N., Bone, L. R., & Levine, D. M. (2000). Development and testing of the hill-bone compliance to high blood pressure therapy scale. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 15(3), 90-96.
- Kumpiriyapong, N., & Sasat, S. (2017). The effect of health belief programme on medicine used behavior in older persons with hypertension. *Royal Thai Navy Medical Journal*, 44(3), 67-83. (in Thai)
- Manjavong, M., Limpawattana, P., Tiabrat, V., Jirawat, N., Khamniyom, S., Wannawichate, T., & Sawanyawisuth, K. (2021). Health outcomes of medication nonadherence among older adults with chronic illnesses at an outpatient clinic of a tertiary care hospital in Thailand. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 104(Suppl. 4), S104-110.
- Poulter, N. R., Borghi, C., Parati, G., Pathak, A., Toli, D., Williams, B., & Schmieder, R. E. (2020). Medication adherence in hypertension. *Journal of Hypertension*, 38(4), 579-587.



- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Saendaeng, N., & Potisupsuk, C. (2018). Effect of drug use behaviors promotion program in elderly patients with non-communicable diseases Khemarat District, Ubonratchatani Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 33-41. (in Thai)
- Sartori, A. C., Rodrigues Lucena, T. F., Takáo Lopes, C., Picinin Bernuci, M., & Yamaguchi, M. U. (2020). Educational intervention using WhatsApp on medication adherence in hypertension and diabetes patients: A randomized clinical trial. *Telemedicine and e-Health*, 26(12), 1526-1532.
- Sun, Y. Q., Jia, Y. P., Lv, J. Y., & Ma, G. J. (2020). The clinical effects of a new management mode for hypertensive patients: A randomized controlled trial. *Cardiovascular Diagnosis and Therapy*, 10(6), 1805-1815.
- Tanukaew, D. (2020). *Factors predicting medication adherence in patients with essential hypertension* (Unpublished master's thesis). Mahidol University, Thailand. (in Thai)
- Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine. (2020). A guideline to care for older persons during the COVID-19 pandemics. *Journal of Gerontology and Geriatric Medicine*, 19(1), 5-8. (in Thai)
- Train The Brain Forum Committee. (1993). Thai Mental State Examination (TMSE). *Siriraj Hospital Gazette*, 45(6), 359-374. (in Thai)
- Wan, L. H., Zhang, X. P., You, L. M., Ruan, H. F., & Chen, S. X. (2018). The efficacy of a comprehensive reminder system to improve health behaviors and blood pressure control in hypertensive ischemic stroke patients: A randomized controlled trial. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 33(6), 509-517.
- WHO. (2020). *Fact sheets: Hypertension*. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Yang, Q., Chang, A., Ritchey, M. D., & Loustalot, F. (2017). Antihypertensive medication adherence and risk of cardiovascular disease among older adults: A population-based cohort study. *Journal of the American Heart Association*, 6(6), e006056.
- Yazdanpanah, Y., Saleh Moghadam, A. R., Mazlom, S. R., Haji Ali Beigloo, R., & Mohajer, S. (2019). Effect of an educational program based on health belief model on medication adherence in elderly patients with hypertension. *Evidence Based Care*, 9(1), 52-62.



The Needs of Caregivers for Persons with Parkinson's Disease*

ความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นโรคพาร์กินสัน*

จิดารัตน์	หวานมีรส**	Jidarat	Hwanmeerot**
มยุลี	สำราญญาติ***	Mayulee	Somrarnyart***
ชมพูนุท	ศรีรัตน์***	Chomphoonut	Sirat***

Abstract

Parkinson's disease is a chronic and incurable illness. The symptoms get worse throughout the duration of the disease. As a result, patients' ability to take care of themselves decreases, and they require continuous assistance from their caregivers who, therefore, are important persons in caring for Parkinson's disease patients. The purpose of this descriptive study was to explore the needs of caregivers of persons with Parkinson's disease. The participants were caregivers of persons with Parkinson's disease who were treated by neurologists from four hospitals. The 214 caregivers were purposively selected to be participants. Data collection instruments included: 1) a personal record form for caregivers, 2) a personal record form for persons with Parkinson's disease, and 3) an interview form on caregivers' needs. Data were analyzed using descriptive statistics.

The results showed that:

1. The overall needs of caregivers of persons with Parkinson's disease were at a moderate level ($\bar{X} = 2.13$, S.D. = 0.91). For the specific aspects of caregiver needs, four aspects (information, physical, psychological, and legal and/or financial) were at a moderate level, and three aspects (spiritual, respite, and household management) were at a mild level.

2. The needs of caregivers were different related to the level of disease severity. Caregivers' needs were at a mild level when disease severity was at level 1, and caregivers' needs were a moderate level when disease severity was at level 2, 3, 4, and 5.

3. The needs of caregivers were different relative to the personal characteristics of caregivers. The personal characteristics of caregivers which were related to different needs were: age, education, occupation, comorbidities, family income, relationship with patients, and duration of patient care.

Nurses should plan and advise caregivers regarding information, physical, psychological, and legal and/or financial needs by considering disease severity and the personal characteristics of caregivers, to provide appropriate care relative to patients' conditions and to meet the needs of caregivers, which will increase the efficiency of care.

Keywords: Caregivers' needs, Caregivers of persons with Parkinson's disease, Parkinson's disease

* Master's thesis, Master of Nursing Science Program in Adult and Gerontological Nursing, Chiang Mai University

** Corresponding Author, Graduate Student of Nursing Science program in Adult and Gerontological Nursing, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: jidarathwanmeerot@gmail.com

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

บทคัดย่อ

โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด อาการแย่ลงตามระยะเวลาที่เป็นโรค ส่งผลให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันลดลง และต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันที่ได้รับการตรวจรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทของโรงพยาบาล 4 แห่ง จำนวน 214 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน และ 3) แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย

ผลการวิจัยพบว่า

1. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.13$, $SD = 0.91$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบความต้องการระดับปานกลาง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการประคับประคองจิตใจ และด้านกฎหมาย และ/หรือการเงิน และความต้องการระดับเล็กน้อย 3 ด้าน ได้แก่ ด้านจิตวิญญาณ ด้านการหยุดพักจากการดูแล และด้านการจัดการภายในบ้าน

2. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างตามระดับความรุนแรงของโรค โดยความต้องการระดับเล็กน้อย เมื่อความรุนแรงของโรคอยู่ระดับที่ 1 และความต้องการระดับปานกลาง เมื่อความรุนแรงของโรคอยู่ระดับที่ 2, 3, 4 และ 5

3. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล โดยลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่มีความต้องการแตกต่างกันได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

พยาบาลควรวางแผนและให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลด้านข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการประคับประคองจิตใจ และด้านกฎหมาย และ/หรือการเงิน โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของโรคของผู้ป่วยและลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล เพื่อให้การดูแลเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและตรงตามความต้องการของผู้ดูแล ซึ่งจะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

คำสำคัญ: ความต้องการของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน โรคพาร์กินสัน

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

** ผู้เขียนหลัก นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: jidarathwanmeerot@gmail.com

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นความเสื่อมของระบบประสาท ซึ่งก่อให้เกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวและการทรงตัว การดำเนินโรคแย่งลงตามระยะเวลาที่เป็นโรค ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ทำให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง โดยเฉพาะเมื่อความรุนแรงอยู่ในระดับที่ 5 ซึ่งมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวทั้งสองข้างอย่างรุนแรง ไม่สามารถลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ประกอบกับสังคมไทย เมื่อสมาชิกภายในครอบครัวมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่นๆ มักทำหน้าที่เป็นผู้ดูแล โดยเฉพาะบุตร และสามีหรือภรรยา (Sihapark, 2014) ดังนั้นผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันจึงเป็นสมาชิกภายในครอบครัว และเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน

การดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันซึ่งพยาธิสภาพของโรคแย่งลงตามลำดับ ส่งผลให้เกิดปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลตามมา ทั้งนี้มีสาเหตุจากความผิดปกติของการเคลื่อนไหวและการรับรู้ของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการสื่อสาร ไม่สามารถคาดเดาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลงได้ ตลอดจนเกิดความยากในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ (Soleimani, Bastani, Negarandeh, & Greysen, 2016; Habermann & Shin, 2017) จากปัญหาในการดูแลดังกล่าว ส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแล ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละระดับความรุนแรงของโรค ก่อให้เกิดผลกระทบต่อแบบแผนการดำรงชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลตามมา ทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการเกิดขึ้น และต้องการให้มีการตอบสนองความต้องการ เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้าสู่ภาวะสมดุลของชีวิตมากที่สุด (Wingate & Lackey, 1989) อย่างไรก็ตาม ความต้องการของผู้ดูแลที่เกิดขึ้น อาจมีการเปลี่ยนแปลงหรือมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแล และปัจจัยด้านผู้ป่วยร่วมด้วย

ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการของผู้ดูแล ยังไม่มีการศึกษาในกลุ่มผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันโดยตรง แต่มีการศึกษาในผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่น ซึ่งปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับความต้องการ เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว เป็นต้น โดยผู้ดูแลเพศหญิง มีความต้องการมากกว่าผู้ดูแลเพศชาย โดยเฉพาะความต้องการข้อมูลในการดูแล และการได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลที่มีอายุน้อย มีความต้องการด้านจิตใจและสังคมมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก (Baudry, Anot, Bonnetain, Mariette, & Christophe, 2019) ผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาสูงมักค้นคว้าหาความรู้ได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาต่ำ จึงต้องการความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า (Puangkarn, Suwansri, Yamsri, Saengruang-eak, & Towannang, 2020) ครอบครัวผู้ป่วยที่มีรายได้สูง มักแสวงหาแหล่งประโยชน์ให้กับผู้ป่วย โดยปราศจากความกังวลเรื่องภาวะเศรษฐกิจ ดังนั้นความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจึงมากกว่าครอบครัวผู้ป่วยที่มีรายได้น้อย (Boonsin & Panidchakul, 2016) นอกจากนั้น ความต้องการของผู้ดูแลยังมีความแตกต่างกันตามปัจจัยด้านผู้ป่วย

ความต้องการของผู้ดูแลที่เปลี่ยนแปลงจากปัจจัยด้านผู้ป่วย มีความเกี่ยวข้องกับระดับความรุนแรงของโรค โดยความรุนแรงของโรคระดับที่ 1, 2 และ 3 ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลเกี่ยวกับแผนการรักษาและการปฏิบัติตัว ต้องการการดูแลด้านจิตใจจากความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคที่รักษาไม่หายขาด (Hatano, Kubo, Shimo, Nishioka, & Hattori, 2009) และเมื่อโรครุนแรงมากขึ้นในระดับที่ 4 และ 5 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ผู้ป่วยต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องการความรู้และทักษะในการดูแล ตลอดจนความต้องการแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค (Balzer-Geldsetzer et al., 2018) จะเห็นได้ว่า ความต้องการของผู้ดูแลมีความแตกต่างกัน ทั้งในแต่ละระดับความรุนแรงของโรคและลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล ดังนั้นการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลจึงต้อง

คำนึงถึงระดับความรุนแรงของโรค และลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความต้องการของผู้ดูแล พบการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคต่างๆ แต่ยังไม่พบการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันโดยตรง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ยังไม่มีการประเมินความต้องการของผู้ดูแลที่ชัดเจนและครอบคลุมความต้องการในการดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน และความต้องการในการดูแลตนเองของผู้ดูแล นอกจากนี้ยังพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลมีการเปลี่ยนแปลงตามระดับความรุนแรงของโรคและลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งยังไม่พบการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสื่อสารในปัจจุบัน ทำให้ผู้คนเข้าถึงข้อมูลข่าวสารมากขึ้น สามารถแสวงหาแหล่งช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของตนได้ อย่างไรก็ตามยังพบว่า การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารหรือแหล่งช่วยเหลือของผู้ป่วยและผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดและไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร (Sihapark, 2014) ด้วยการเปลี่ยนแปลงและข้อจำกัดดังกล่าว ส่งผลให้ความต้องการในการช่วยเหลือของผู้ดูแลมีมากขึ้นแตกต่างกัน ดังนั้นการประเมินความต้องการของผู้ดูแลให้ครอบคลุมทุกด้านจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน รวมทั้งนำไปสู่การดูแลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ทั้งโดยรวมและรายด้าน
2. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันในแต่ละระดับความรุนแรงของโรค และในแต่ละลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล

คำถามการวิจัย

1. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ทั้งโดยรวมและรายด้านเป็นอย่างไร
2. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันในแต่ละระดับความรุนแรงของโรค และในแต่ละลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดความต้องการของผู้ดูแลของ วินเกต และ แลคเคย์ (Wingate & Lackey, 1989) ซึ่งใช้ในการประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง ที่มีการดำเนินโรคคล้ายคลึงกับโรคพาร์กินสัน เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด และอาการของโรคแย่ลงตามระยะเวลาที่เป็นโรค แนวคิดนี้ครอบคลุมการประเมินความต้องการพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้ดูแลรวมทั้งมีการใช้แนวคิดนี้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้อย่างเหมาะสมด้วย ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดความต้องการของผู้ดูแลของ วินเกต และ แลคเคย์ (Wingate & Lackey, 1989) ในการประเมินความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วยความต้องการของผู้ดูแล 7 ด้าน ได้แก่ 1) ความต้องการด้านข้อมูล 2) ความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจ 3) ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย 4) ความต้องการด้านจิตวิญญาณ 5) ความต้องการด้านการจัดการภายในบ้าน 6) ความต้องการด้านกฎหมาย และ/หรือการเงิน และ 7) ความต้องการด้านการหยุดพักจากการดูแล

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษา ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดจากผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันที่ให้การดูแลผู้ป่วย ที่มาเข้ารับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางระบบประสาทของแผนกผู้ป่วยนอกของห้องตรวจอายุรกรรม เฉพาะทาง เบอร์ 21 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) มีอายุตั้งแต่ 18 ปี 2) เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งมีหน้าที่ในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลคนอื่นๆ และไม่รับค่าจ้างหรือรางวัลตอบแทนใดๆ 3) เป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ได้แก่ บิดา มารดา บุตร พี่ น้อง หรือมีความสัมพันธ์ทางกฎหมาย คือ คู่สมรส หรือเป็นญาติใกล้ชิด 4) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยินและการมองเห็น และ 5) มีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาในระยะเวลา 1 ปีของแต่ละโรงพยาบาล ได้จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 480 คน เมื่อเทียบกับตารางกำหนดขนาดตัวอย่างของ เครจซี่ และ มอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ในการสำรวจความคิดเห็นทั่วไป สำหรับงานวิจัยเชิงพรรณนา ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่าง 214 คน โดยคำนวณสัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนประชากรของแต่ละแห่ง ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างจากห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะทาง เบอร์ 21 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 50 คน แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 50 คน คลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ จำนวน 79 คน และห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย โรคประจำตัว จำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วยต่อวัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง สัมพันธภาพในครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ประกอบด้วย เพศ อายุระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน การรักษาที่ได้รับ ระดับความรุนแรงของโรค ซึ่งวินิจฉัยโดยแพทย์ผู้ทำการรักษาตามการแบ่งระดับความรุนแรงของ โฮห์น และ ยาร์ (Hoehn & Yahr, 1967) โรคร่วมอื่นๆ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน สร้างโดยผู้วิจัย โดยใช้แนวคิดความต้องการของผู้ดูแลของ วินเกต และ แลคเคย์ (Wingate & Lackey, 1989) ประกอบด้วยความต้องการ 7 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านข้อมูล 27 ข้อ 2) ด้านการประคับประคองจิตใจ 7 ข้อ 3) ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย 6 ข้อ 4) ด้านจิตวิญญาณ 4 ข้อ 5) ด้านการจัดการภายในบ้าน 2 ข้อ 6) ด้านกฎหมาย และ/หรือการเงิน 3 ข้อ และ 7) ด้านการหยุดพักจากการดูแล 4 ข้อ รวมทั้งหมด 53 ข้อ ลักษณะคำตอบของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดย 4 ต้องการมากที่สุด 3 ต้องการมาก 2 ต้องการปานกลาง 1 ต้องการเล็กน้อย และ

0 ไม่มีความต้องการ คิดคะแนนความต้องการโดยรวม โดยแปลความหมายของคะแนน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.00 - 4.00 หมายถึง มีความต้องการระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.00 - 2.99 หมายถึง มีความต้องการระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.99 หมายถึง มีความต้องการระดับเล็กน้อย และคะแนนเฉลี่ย 0.00 - 0.99 หมายถึง ไม่มีความต้องการ

แบบสัมภาษณ์ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 6 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรคระบบประสาท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคระบบประสาท 2 ท่าน อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านผู้ดูแล 1 ท่าน และพยาบาลผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคระบบประสาท 2 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .96 นำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา ที่ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 10 ราย แล้วหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาความสอดคล้องภายใน ได้ค่าCronbach's alpha coefficient เท่ากับ .96

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และได้รับการรับรองตามหนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 2563-050 และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ และโรงพยาบาลลำปาง หลังจากได้รับการรับรองจากคณะกรรมการ ก่อนรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย/ผู้ช่วยวิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล สิทธิในการตอบรับ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม พร้อมให้กลุ่มตัวอย่างลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการรวบรวมข้อมูล ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง โดยรวบรวมข้อมูลด้วยตัวเองที่แผนกผู้ป่วยนอก ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และคลินิกอายุรกรรมประสาท งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ สำหรับการรวบรวมข้อมูลที่ห้องตรวจอายุรกรรมเฉพาะทาง เบอร์ 21 งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ และห้องตรวจอายุรกรรม แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลำปาง ผู้วิจัยดำเนินการร่วมกับผู้ช่วยวิจัย โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาปริญญาโท และผ่านการอบรมการวิจัยในมนุษย์ ทดลองให้ผู้ช่วยวิจัยใช้เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันคนละ 5 ราย และนำคำตอบจากแบบบันทึกและแบบสัมภาษณ์มาทดสอบทำความเข้าใจให้ตรงกัน ซึ่งจากการทดลองสัมภาษณ์ ผู้ช่วยวิจัยได้ข้อมูลครบถ้วนทั้งหมด และไม่พบปัญหาในการสัมภาษณ์ จากนั้นคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจนครบ 214 ราย และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลด้วยความถี่และร้อยละ วิเคราะห์ความต้องการของผู้ดูแลโดยรวมและรายด้าน ความต้องการตามระดับความรุนแรงของโรคและตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.10) อายุระหว่าง 41 - 60 ปี (ร้อยละ 51.40) อายุเฉลี่ย 53.94 ปี (S.D.= 13.69) มีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 69.20) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.10) ประกอบ

อาชีพรับราชการมากที่สุด (ร้อยละ 33.20) รายได้ของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาท (ร้อยละ 54.20) มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้ป่วย (ร้อยละ 50.90) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.10) ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วย 1 - 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 50.50) เฉลี่ย 9.08 ชั่วโมง/วัน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 - 5 ปี (ร้อยละ 63.60) เฉลี่ย 5.27 ปี ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังมาก่อน (ร้อยละ 85.00) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี (ร้อยละ 63.10)

ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 51.90) อายุระหว่าง 61 - 80 ปี (ร้อยละ 62.10) อายุเฉลี่ย 70.75 ปี (S.D. = 10.47) ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคพาร์กินสัน 1 - 5 ปี (ร้อยละ 60.80) เฉลี่ย 5.95 ปี หลังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคพาร์กินสัน ส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล (ร้อยละ 65.90) และความรุนแรงของโรคระดับ 3 พบมากที่สุด (ร้อยละ 28.50)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน โดยรวม และรายด้าน (n=214)

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ความต้องการของผู้ดูแลโดยรวม	2.13	0.91	ปานกลาง
ความต้องการของผู้ดูแลรายด้าน			
ด้านข้อมูล	2.69	0.94	ปานกลาง
ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย	2.41	1.06	ปานกลาง
ด้านการประคับประคองจิตใจ	2.14	1.05	ปานกลาง
ด้านกฎหมาย และ/หรือการเงิน	2.11	1.26	ปานกลาง
ด้านจิตวิญญาณ	1.97	1.07	เล็กน้อย
ด้านการหยุดพักจากการดูแล	1.87	1.07	เล็กน้อย
ด้านการจัดการภายในบ้าน	1.75	1.20	เล็กน้อย

ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันมีความต้องการโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.13$, S.D. = 0.91) เมื่อพิจารณารายด้าน พบความต้องการระดับปานกลาง 4 ด้าน คือ ด้านข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการประคับประคองจิตใจ และด้านกฎหมาย และ/หรือการเงิน และความต้องการระดับเล็กน้อย 3 ด้าน คือ ด้านจิตวิญญาณ ด้านการหยุดพักจากการดูแล และด้านการจัดการภายในบ้าน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ตามระดับความรุนแรงของโรคและลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=214)

ระดับความรุนแรงของโรค/ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ระดับความรุนแรงของโรค ระดับ 1	1.97	0.93	เล็กน้อย
ระดับ 2	2.12	0.94	ปานกลาง
ระดับ 3	2.12	0.91	ปานกลาง
ระดับ 4	2.37	0.92	ปานกลาง
ระดับ 5	2.08	0.85	ปานกลาง
อายุ น้อยกว่า 21 ปี	2.63	0.00	ปานกลาง
21 - 40 ปี	2.53	0.92	ปานกลาง
41 - 60 ปี	2.18	0.88	ปานกลาง



ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความต้องการโดยรวมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ตามระดับความรุนแรงของโรคและลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล (n=214) (ต่อ)

ระดับความรุนแรงของโรค/ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ระดับการศึกษา	61 ปีขึ้นไป	1.85	0.88	เล็กน้อย
	ประถมศึกษา	2.12	0.95	ปานกลาง
	มัธยมศึกษา	2.33	0.75	ปานกลาง
	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ/อนุปริญญา	1.73	0.95	เล็กน้อย
	ปริญญาตรี	2.20	0.87	ปานกลาง
	ปริญญาโท	2.16	1.08	ปานกลาง
	ปริญญาเอก	2.34	0.86	ปานกลาง
อาชีพ	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1.99	1.09	เล็กน้อย
	ประกอบอาชีพ	2.15	0.88	ปานกลาง
โรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	2.28	0.86	ปานกลาง
	มีโรคประจำตัว	1.95	0.94	เล็กน้อย
รายได้ของครอบครัว	ต่ำกว่า 10,000 บาท	2.28	0.73	ปานกลาง
	10,001 - 20,000 บาท	2.17	0.97	ปานกลาง
	20,001 - 30,000 บาท	1.88	0.83	เล็กน้อย
	มากกว่า 30,000 บาท	2.12	0.97	ปานกลาง
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	สามี/ภรรยา	1.86	0.97	เล็กน้อย
	บุตร	2.35	0.84	ปานกลาง
	บิดา/มารดา	2.54	1.00	ปานกลาง
	พี่น้อง	2.04	0.85	ปานกลาง
	อื่นๆ (หลาน, น้า)	1.89	0.74	เล็กน้อย
ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	น้อยกว่า 1 ปี	3.03	0.73	มาก
	1 - 5 ปี	1.97	0.88	เล็กน้อย
	6 - 10 ปี	2.48	0.94	ปานกลาง
	11 ปีขึ้นไป	2.05	0.72	ปานกลาง

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันมีความแตกต่างตามระดับความรุนแรงของโรค โดยความต้องการระดับเล็กน้อย เมื่อความรุนแรงของโรคอยู่ระดับต่ำสุด คือ ระดับ 1 และความต้องการระดับปานกลาง เมื่อความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้นเป็นระดับ 2 3 4 และ 5 และยังพบว่าความต้องการแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย (ตารางที่ 2)

การอภิปรายผล

ผลการศึกษาพบว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.13$, S.D. = 0.91) อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุ 41 – 60 ปี (ร้อยละ 51.40) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่ประสบความสำเร็จในชีวิตและมีความมั่นคงทางอารมณ์สูง สามารถค้นคว้าและเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการได้ด้วยตนเอง ร่วมกับผู้ดูแลส่วนใหญ่ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 42.10) ทั้งนี้เมื่อ

ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย สามารถเข้าใจและนำข้อมูลที่ได้รับมาปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ดี ประกอบกับผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 (ร้อยละ 28.50) ซึ่งผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคระดับ 1, 2 และ 3 มักมีความผิดปกติของการทรงตัวเล็กน้อยถึงปานกลาง สามารถช่วยเหลือตนเองได้ อาจต้องพึ่งพาและต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในบางกิจกรรม ผู้ดูแลจึงมีบทบาทในการดูแลเล็กน้อย ส่งผลให้ความต้องการอยู่ระดับปานกลาง

ความต้องการด้านข้อมูลอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.69$, S.D. = 0.94) อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ (ร้อยละ 42.10) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ซึ่งสามารถแสวงหาความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ด้วยตนเอง มีโอกาสเข้าถึงแหล่งสนับสนุนต่างๆ ได้มาก ประกอบกับในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการดำเนินชีวิตและมีความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยี ทำให้ผู้ดูแลสามารถศึกษาค้นคว้าหาความรู้และข้อมูลจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้ด้วยตนเอง (Gadudom, Apinyalungkorn, Janjaroen, & Wae, 2018)

ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพร่างกายอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.41$, S.D. = 1.06) อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 51.40) ซึ่งเป็นช่วงอายุที่มีการเจริญเติบโตเต็มที่ มีสุขภาพแข็งแรง และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 55.10) จึงไม่มีข้อจำกัดด้านภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิพิญญาลักษณ์ ตันติ, สิริลักษณ์ โสมานุสรณ์, และ ชมนาด สุ่มเงิน (Tandee, Somausorn, & Sumngern, 2016) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเมเร็งมีความต้องการด้านการดูแลสุขภาพระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม แม้การดูแลผู้ป่วยจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแล แต่ผู้ดูแลมักให้ความสนใจกับการดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ ดังนั้นจึงใช้เวลาส่วนใหญ่ทุ่มเทให้การดูแลผู้ป่วย และไม่ต้องการเวลาในการดูแลตนเองเท่าที่ควร (Tatangelo, McCabe, Macleod, & You, 2018)

ความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.14$, S.D. = 1.05) อาจเนื่องมาจาก ครอบครัวส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 54.20) ซึ่งไม่พบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจึงคลายความวิตกกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย และสัมพันธภาพในครอบครัวดี (ร้อยละ 63.10) มีการพูดคุยปัญหาการดูแลผู้ป่วยและแก้ไขปัญหาพร้อมกันอย่างสม่ำเสมอ ผู้ดูแลได้รับกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัวเป็นอย่างดี ความต้องการด้านการประคับประคองจิตใจจึงไม่มากนัก

ความต้องการด้านกฎหมาย และ/หรือการเงินอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.11$, S.D. = 1.26) อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลร้อยละ 33.20 ประกอบอาชีพรับราชการ ซึ่งสามารถเบิกจ่ายค่ายาและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วยได้บางส่วน ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจึงลดลง ประกอบกับผู้ดูแล ร้อยละ 54.20 มีรายได้ของครอบครัวมากกว่า 30,000 บาทต่อเดือน ซึ่งสามารถให้การดูแลผู้ป่วยโดยปราศจากความกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและพบว่า แม้การเข้าถึงสิทธิสวัสดิการทางสุขภาพในประเทศไทยยังมีข้อจำกัดและไม่ทั่วถึง แต่ผู้ดูแลมักแสวงหาความช่วยเหลืออื่นเพื่อทดแทนข้อจำกัดนั้นๆ เช่น การประสานงานกับหน่วยงานของภาครัฐ เพื่อขอรับสิทธิผู้พิการหรือบัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น (Surakan & Jongudomkan, 2019) ส่งผลให้ความต้องการด้านกฎหมาย และ/หรือการเงิน อยู่ระดับปานกลาง

ความต้องการด้านจิตวิญญาณอยู่ระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 1.97$, S.D. = 1.07) อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรกับผู้ป่วย (ร้อยละ 50.90) คิดว่าเป็นสิ่งที่บุตรพึงกระทำต่อบิดามารดา ซึ่งเป็นผู้มีพระคุณและเป็นบุคคลอันเป็นที่รัก ดังนั้นจึงกระทำด้วยความรัก ไม่รู้สึกเป็นภาระหรือเกิดปัญหาในการดูแล และจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ ซึ่งคิดว่าเพียงพอสำหรับตน และไม่ได้ต้องการด้านนี้เพิ่มเติม

ความต้องการด้านการหยุดพักจากการดูแลอยู่ระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 1.87$, S.D. = 1.07) อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 9.08 ชั่วโมง/วัน (S.D. = 5.74) ซึ่งเป็นระยะเวลาการทำงาน

ตามปกติ จึงไม่ก่อให้เกิดความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลมากนัก ร่วมกับผู้ป่วยส่วนใหญ่ มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 (ร้อยละ 28.50) ซึ่งสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ภาระในการดูแลลดลง ความต้องการในการหยุดพักจากการดูแลจึงอยู่ระดับเล็กน้อย

ความต้องการด้านการจัดการภายในบ้านอยู่ระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 1.75$, S.D. = 1.20) อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรุนแรงของโรคระดับ 3 (ร้อยละ 28.50) ซึ่งช่วยเหลือตนเองได้ อาจต้องพึ่งพาผู้ดูแลในบางครั้ง ผู้ดูแลจึงทำงานบ้านควบคู่กับการดูแลผู้ป่วยได้ ประกอบกับสังคมไทย เมื่อสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย สมาชิกคนอื่นมักทำหน้าที่ในการดูแล ซึ่งช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และร่วมกันรับผิดชอบงานภายในบ้าน ตลอดจนสับเปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลไม่เกิดภาระหรือปัญหาในการจัดการมากนัก (Phuaksawat, Nakkhun, & Rotchanarak, 2016)

ความต้องการของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันตามระดับความรุนแรงของโรค โดยความต้องการระดับเล็กน้อย เมื่อความรุนแรงของโรคอยู่ระดับที่ 1 และความต้องการระดับปานกลาง เมื่อความรุนแรงอยู่ระดับ 2, 3, 4 และ 5 อาจเนื่องจาก ความรุนแรงของโรคระดับที่ 1 ผู้ป่วยมีความผิดปกติเพียงเล็กน้อย อาจต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้ดูแลบางส่วน ภาระการดูแลน้อย ความต้องการจึงอยู่ระดับเล็กน้อยตาม และเมื่อโรคมีความรุนแรงมากขึ้น การรับรู้ภาระและความต้องการของผู้ดูแลจะมากขึ้นตามไปด้วย (Puangkam et al., 2020) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไลง์กิน, ลีเอ็น, และ ซีเวอร์สัน (Leiknes, Lien, & Severinsson, 2015) พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน ซึ่งส่งผลต่อระดับความต้องการของผู้ดูแล จึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีความต้องการระดับปานกลาง เมื่อความรุนแรงของโรคอยู่ระดับที่ 2, 3, 4 และ 5 แต่อย่างไรก็ตาม ความรุนแรงของโรคระดับที่ 4 และ 5 ซึ่งผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้น้อยแต่ผู้ดูแลมีความต้องการระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน เฉลี่ย 5.27 ปี และดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มมีการเจ็บป่วย จึงได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาอย่างต่อเนื่องและเพียงพอ ทำให้เข้าใจและสามารถรับมือกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ เกิดความมั่นใจในการดูแลและปรับตัวกับบทบาทได้อย่างเหมาะสม แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนานจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการอ่อนล้า อ่อนเพลีย แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวดี (ร้อยละ 63.10) ซึ่งมีการช่วยเหลือและสับเปลี่ยนในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเล็กน้อย ดังนั้นแม้ผู้ป่วยจะมีความรุนแรงของโรคระดับสูง คือ 4 และ 5 แต่ความต้องการของผู้ดูแลยังคงอยู่ระดับปานกลาง ไม่ได้เพิ่มสูงขึ้นแต่อย่างใด

ความต้องการของผู้ดูแลแตกต่างกันตามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล ซึ่งได้แก่ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยโดยพบว่า ผู้ดูแลที่อายุน้อยกว่า 21 ปี 21 - 40 ปี และ 41 - 60 ปี มีความต้องการระดับปานกลาง และผู้ดูแลที่มีอายุ 61 ปีขึ้นไป มีความต้องการระดับเล็กน้อย อภิปรายได้ว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีอายุ 41 - 60 ปี (ร้อยละ 51.40) ซึ่งเป็นวัยที่ประกอบอาชีพเป็นหลัก ทำให้ต้องรับบทบาทของผู้ดูแลร่วมกับบทบาทอื่น จึงต้องปรับตัวเพื่อให้ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีความต้องการมากกว่าผู้ดูแลที่อายุมาก ประกอบกับผู้ดูแลที่มีอายุมาก มักมีประสบการณ์ในการดูแลผู้อื่นมาก่อน ทำให้สามารถปรับตัวกับบทบาทของผู้ดูแลได้ดี ความต้องการจึงน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (Puangkam et al., 2020) สอดคล้องกับการศึกษาของ โบรดี และคณะ (Baudry et al., 2019) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุน้อย มีความต้องการด้านจิตใจและสังคมมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุมาก ผลการศึกษานี้แตกต่างจากการการศึกษาของ ชิน, โค, ลี, คิม, และ ซอง (Shin, Ko, Lee, Kim, & Song, 2019) พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุมาก มักมีโรคร่วมและมีปัญหาสุขภาพ เมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ย่อมส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ดังนั้นจึงต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา ปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก มีความต้องการระดับปานกลาง และผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา มีความต้องการระดับเล็กน้อย อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 54.30) มีอายุ 61 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่มีอายุน้อย มีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง และสามารถปรับตัว กับบทบาทของผู้ดูแลได้ดี ความต้องการจึงน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย (Baudry et al., 2019) อย่างไรก็ตาม จาก การศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก มีความต้องการระดับปานกลาง แต่ผู้ดูแลที่มีการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพหรืออนุปริญญา มีความต้องการระดับเล็กน้อย ทั้งนี้ระดับ การศึกษาที่แตกต่างกัน ส่งผลให้การรับรู้และการแสวงหาความรู้แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โดยผู้ที่มีระดับ การศึกษาสูง สามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่ต้องเรียนรู้ ต้องการข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และหาแหล่ง ประโยชน์ได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Puangkam et al., 2020)

ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพมีความต้องการระดับปานกลาง และผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความต้องการ ระดับเล็กน้อย อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพร่วมกับการดูแลผู้ป่วย (ร้อยละ 87.90) ทำให้เกิด ข้อจำกัดในการบริหารเวลา จึงไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้เต็มที่ ส่งผลให้ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพต้องการเวลา และความช่วยเหลือมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไค, ซ่ง, โจว, เหมิง, และ จาว (Cui, Song, Zhou, Meng, & Zhao, 2014) พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคสมองที่ประกอบอาชีพมีความต้องการสูงกว่า ผู้ดูแลที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ

ผู้ดูแลที่ไม่มีโรคประจำตัวมีความต้องการระดับปานกลาง และผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวมีความต้องการระดับ เล็กน้อย อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี (ร้อยละ 51.40) ซึ่งเป็นวัยทำงานและมี สุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว ดังนั้นเมื่อต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแล จึงสามารถกระทำบทบาทได้อย่างเต็มที่ และทุ่มเทให้การดูแลเป็นหลัก โดยไม่มีปัญหาสุขภาพเข้ามารบกวน ส่งผลให้เกิดความต้องการมากกว่าผู้ดูแลที่มี โรคประจำตัว ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ชิน และคณะ (Shin et al., 2019) พบว่าผู้ดูแลที่มี ปัญหาสุขภาพ มีความต้องการด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ มากกว่าผู้ดูแลที่สุขภาพดี

ครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท 10,001 - 20,000 บาท และมากกว่า 30,000 บาท มีความต้องการระดับปานกลาง และครอบครัวที่มีรายได้ 20,001 - 30,000 บาท มีความต้องการระดับเล็กน้อย ทั้งนี้โรคพาร์กินสันเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาอย่างต่อเนื่อง ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงและเพิ่มขึ้นเมื่อโรคอยู่ระยะท้าย (Hermanowicz & Edwards, 2015) ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว โดยเฉพาะครอบครัวที่มี รายได้น้อย ทำให้ต้องการความช่วยเหลือมาก และผู้ป่วยและผู้ดูแลที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัว โดยเฉพาะด้านเศรษฐกิจ มักมีความเครียด และความวิตกกังวลมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง (Sihapark, 2014) อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลที่มีรายได้มากกว่า 30,000 บาท มีความต้องการระดับปานกลาง แต่ผู้ดูแล ที่มีรายได้ 20,001 - 30,000 บาท มีความต้องการระดับเล็กน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลที่มีรายได้สูง มักจะ มุ่งเน้นให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสำคัญ โดยปราศจากความกังวลเกี่ยวกับภาวะเศรษฐกิจ ดังนั้นจึงมีความต้องการใน การดูแลผู้ป่วยมากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย (Boonsin & Panidchakul, 2016)

ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นบุตร บิดา/มารดา และพี่/น้องของผู้ป่วย มีความต้องการระดับ ปานกลาง และผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยา และความสัมพันธ์อื่น (หลาน, น้า) มีความต้องการระดับ เล็กน้อย อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์เป็นบุตรกับผู้ป่วย (ร้อยละ 50.90) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่ ใกล้ชิด ทำให้รับรู้ความเจ็บป่วยและเกิดความวิตกกังวลสูงกว่า ส่งผลให้ความต้องการมากตาม ผลการศึกษาค้นคว้า นี้แตกต่างจากการศึกษาของ ไลน์กิน และคณะ (Leiknes et al., 2015) ซึ่งพบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สมาชิก



ในครอบครัวโดยเฉพาะสามี/ภรรยา มักรับผิดชอบหรือกระทำแทนบทบาทเดิมของผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์เป็นสามี/ภรรยาของผู้ป่วย จึงมีความต้องการความช่วยเหลือมากกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์อื่น

ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยน้อยกว่า 1 ปี มีความต้องการระดับมาก ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วย 6 - 10 ปี และ 11 ปีขึ้นไป มีความต้องการระดับปานกลาง และผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วย 1 - 5 ปี มีความต้องการระดับเล็กน้อย อาจเนื่องมาจาก การได้รับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยในระยะแรก ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแล ผู้ดูแลจึงต้องปรับตัวให้เหมาะสมกับบทบาทที่ได้รับ ส่งผลให้มีความต้องการระดับมาก (Cui et al., 2014) และเมื่อเวลาผ่านไป ผู้ดูแลมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น สามารถปรับแบบแผนการดูแลผู้ป่วย ควบคู่กับการใช้ชีวิตประจำวันได้ ส่งผลให้ความต้องการในระยะเวลา 1 - 5 ปี อยู่ระดับเล็กน้อย แต่ในขณะเดียวกัน การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและยาวนานย่อมส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลตามมา ทำให้ผู้ดูแลเกิดความต้องการในการดูแลสุขภาพตนเองและเวลาในการพักผ่อน (Tandee et al., 2016) ประกอบกับการดำเนินโรคที่มากขึ้นตามระยะเวลา ทำให้ระดับความรุนแรงของโรคมักเพิ่มขึ้นตาม ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสันมีความผิดปกติของการเคลื่อนไหวมากขึ้น ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน 6 - 10 ปี และ 11 ปีขึ้นไป จึงมีความต้องการระดับปานกลาง

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน มีความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.13$, S.D. = 0.91) เมื่อพิจารณารายด้าน พบความต้องการระดับปานกลาง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านข้อมูล ด้านการดูแลสุขภาพร่างกาย ด้านการประคับประคองจิตใจ และด้านกฎหมาย และ/หรือการเงิน ซึ่งจะเห็นว่า ความต้องการของผู้ดูแลดังกล่าว เป็นหน้าที่ของพยาบาลที่พึงกระทำและเข้าไปช่วยเหลือผู้ดูแลและผู้ที่เป็นโรคพาร์กินสัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและการประคับประคองจิตใจ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวกับบทบาทของผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยตามมา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

พยาบาลควรวางแผนให้ความรู้ และคำแนะนำแก่ผู้ดูแลทั้งด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา การดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ ตลอดจนด้านกฎหมาย และ/หรือการเงิน โดยคำนึงถึงระดับความรุนแรงของโรคและลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแลหรือผู้ดูแลร่วม เพื่อให้การดูแลเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและตรงตามความต้องการของผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแล

References

- Balzer-Geldsetzer, M., Ferreira, J., Odin, P., Bloem, B. R., Meissner, W. G., Lorenzl, S., ... Schrag, A. (2018). Study protocol: Care of late-stage parkinsonism (CLaSP): A longitudinal cohort study. *BMC Neurology*, 18(1), 1-8.
- Baudry, A. S., Aota, A., Bonnetain, F., Mariette, C., & Christophe, V. (2019). Psychometric validation of the French version of the supportive care needs survey for partners and caregivers of cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), 1-12.



- Boonsin, S., & Panidchakul, K. (2016). Factors related to need of caregivers in stroke patients. *Journal of Boromarajonani Collage of Nursing Bangkok*, 32(2), 68-80. (in Thai)
- Cui, J., Song, L. J., Zhou, L. J., Meng, H., & Zhao, J. J. (2014). Needs of family caregivers of advanced cancer patients: A survey in Shanghai of China. *European Journal of Cancer Care*, 23(4), 562-569.
- Gadudom, P., Apinyalungkorn, K., Janjaroen, K., & Wae, N. (2018). Family roles to increase quality of life of older persons in a changing situation. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 5(3), 300-310. (in Thai)
- Habermann, B., & Shin, J. Y. (2017). Preferences and concerns for care needs in advanced Parkinson's disease: A qualitative study of couples. *Journal of Clinical Nursing*, 26(11-12), 1650-1656.
- Hatano, T., Kubo, S. I., Shimo, Y., Nishioka, K., & Hattori, N. (2009). Unmet needs of patients with Parkinson's disease: Interview survey of patients and caregivers. *Journal of Internal Medical Research*, 37(3), 717-726.
- Hermanowicz, N., & Edwards, K. (2015). Parkinson's disease psychosis: Symptoms, management, and economic burden. *The American Journal of Managed Care*, 21(10), 199-206.
- Hoehn, M. M., & Yahr, M. D. (1967). Parkinsonism: Onset, progression and mortality. *Neurology*, 17(5), 427-442.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Leiknes, I., Lien, U., & Severinsson, E. (2015). The relationship among caregiver burden, demographic variables, and the clinical characteristics of patients with Parkinson's disease a systematic review of studies using various caregiver burden instruments. *Open Journal of Nursing*, 5(10), 855-877.
- Phuaksawat, P., Nakhun, N., & Rotchanarak, W. (2016). Situation, problems, and health care needs for home-bound and bed-bound chronically ill patients in Surat Thani municipal community. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 26(2), 54-64. (in Thai)
- Puangkam, A., Suwansri, D., Yamsri, T., Saengrueang-eak, M., & Towannang, R. (2020). The impact of patient and caregivers: Relevant factors and needs of relatives who care for chronic end-stage illness at home. *Medical Journal of Srisaket Surin Buriram Hospitals*, 35(2), 303-316. (in Thai)
- Shin, J., Ko, H., Lee, J. W., Kim, K., & Song, Y. M. (2019). Influence of time lapse after cancer diagnosis on the association between unmet needs and quality of life in family caregivers of Korean cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 28(5), 1-7.
- Sihapark, S. (2014). *The effects and caregiving burdens of older persons in long term care based on Thai culture*. Khon Kaen: Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen. (in Thai)



- Soleimani, M. A., Bastani, F., Negarandeh, R., & Greysen, R. (2016). Perceptions of people living with Parkinson's disease: A qualitative study in Iran. *British Journal of Community Nursing*, 21(4), 188-195.
- Surakan, P., & Jongudomkan, D. (2019). The family caregiver's role in providing care for chronically the ill family members: A synthesis of qualitative research theses. *Journal of the Office of DPC 7 Khon Kaen*, 26(2), 83-92. (in Thai)
- Tandee, P., Somausorn, S., & Sumngern, C. (2016). Factor related to the need of elderly caregivers in caring for family members with cancer. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 32(2), 48-55. (in Thai)
- Tatangelo, G., McCabe, M., Macleod, A., & You, E. (2018). "I just don't focus on my needs." the unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 77(1), 8-14.
- Wingate, L. A., & Lacky, R. N. (1989). A description of the needs of no institutionalized cancer patients and their primary caregiver. *Cancer Nursing*, 12(4), 216-225.



Factors Related to Depression Among Male Homosexuals

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย

พัชรารวรรณ	แก้วกันทะ*	Patcharawan	Kaewkanta*
นฏกร	อิตุพร**	Natakorn	I-Tuporn**
สุกัญญา	ทาโสด**	Sukanya	Tasod**
ปาริชาติ	ปัญญา**	Parichat	Panya**
สาวิตรี	จีระยา**	Sawitri	Jeeraya**
พรปวีณ์	แก้วมั่งเมือง**	Pronpawee	Keawmungmueang**
กฤษฎกร	สิงห์สกุล***	Kitchagron	Singsakul***

Abstract

The depression in male homosexuals may be so severe that it leads to suicide. The purpose of this correlational descriptive research was to determine depression and factors related to depression among male homosexuals. The sample consisted of 120 male individuals aged above 18 years old who accepted and disclosed themselves as male homosexuals. They had risks of depression and had received services at a health service unit. The instruments for data collection were the 9-question Depression Screening Tool, the Family Connectedness Questionnaire, the Experience of Discrimination (EOD) Questionnaire, and the Resilience Inventory. Data analysis was undertaken using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

The results of this research were as follows:

1. The samples had a very low level of depression, 50.00%, with a mean score of 7.04 (SD = 5.97)

2. Factors related to depression among male homosexuals were: family connectedness was moderately negatively correlated with depression among male homosexuals and statistically significant ($r = -.410$, $p < .001$); experience of discrimination was moderately positively correlated with depression among male homosexuals and statistically significant ($r = .630$, $p < .001$); and resilience inventory was moderately negatively correlated with depression among male homosexuals and statistically significant ($r = -.522$, $p < .001$).

These research results can be used as fundamental data for depression prevention and providing psychological assistance which is appropriate for the gender identity of male homosexuals for preventing further depression.

Keywords: Depression, Family connectedness, Experience of discrimination, Resilience inventory, Male homosexual

* Corresponding Author, Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College; e-mail: p.kaewkanta@gmail.com

** Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College

*** Health Service Unit Manager

Received 2 February 2022; Revised 26 April 2022; Accepted 20 June 2022



บทคัดย่อ

ภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอาจมีความรุนแรงถึงขั้นนำไปสู่การทำร้ายตนเองด้วยวิธีการรุนแรงที่มุ่งหวังทำให้เสียชีวิต การวิจัยเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย กลุ่มตัวอย่างคือบุคคลเพศชายอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ยอมรับและเปิดเผยตนเองว่าเป็นชายรักชาย มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า และเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง จำนวน 120 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถาม แบบประเมินความผูกพันในครอบครัว แบบวัดประสบการณ์การเลือกปฏิบัติ (Experience of Discrimination: EOD) ฉบับภาษาไทย และแบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Spearman's rank correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า

1. กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยมาก ร้อยละ 50.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.04 (SD = 5.97)
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย พบว่าความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.410, p < .001$) การเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .630, p < .001$) และความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.522, p < .001$)

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการป้องกันภาวะซึมเศร้า และให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ชายรักชายเพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้าต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า ความผูกพันในครอบครัว การเลือกปฏิบัติ ความแข็งแกร่งในชีวิต ชายรักชาย

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย e-mail: p.kaewkanta @ gmail.com

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย

*** ผู้จัดการหน่วยบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศและความหลากหลายทางเพศในกลุ่มชายรักชายได้รับการยอมรับมากขึ้นในสังคมปัจจุบัน โดยชายรักชายเป็นกลุ่มที่มีความพึงพอใจทางเพศเฉพาะกับคนเพศเดียวกันนั้นโดยอาจมีหรือไม่มีความสัมพันธ์ทางกายต่อกันก็ได้ (World Health Organization, 2007) แม้ว่าสังคมจะเปิดโอกาสให้บุคคลเหล่านี้ได้มีส่วนร่วมในครอบครัว ชุมชน และสังคมในมิติต่าง ๆ มากขึ้น แต่สังคมยังให้การยอมรับกลุ่มนี้น้อย บุคคลเหล่านี้ยังไม่ได้รับสิทธิเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ๆ และต้องเผชิญกับความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงการรับบริการสุขภาพ (Pearkao, 2013) ทำให้เกิดผลกระทบต่ออารมณ์อย่างต่อเนื่อง จนก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Padesky & Mooney, 1990) และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายจากภาวะซึมเศร้าได้ (Robkob, Skulphan, & Sethabouppha, 2018) ดัชนีการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นสหรัฐอเมริกาที่มีความหลากหลายทางเพศ พบว่าเมื่อวัยรุ่นที่มีความหลากหลายทางเพศมีปัญหาในชีวิตจะมีความคิดฆ่าตัวตายมากกว่าวัยรุ่นรักต่างเพศ (Russell, 2013) และการศึกษาของมุสตันสกี (Mustanski, 2013) พบว่านักศึกษาที่มีความหลากหลายทางเพศมีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูงกว่านักศึกษารักต่างเพศถึง 5 เท่า

ภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย เกิดจากผลกระทบของสิ่งเร้าและการรับรู้ในประสบการณ์ต่างๆ จากครอบครัว บุคคลในสังคม และตนเอง จากแนวคิด Interaction model (Padesky & Mooney, 1990) บุคคลจะประกอบไปด้วย 4 องค์ประกอบ คือกระบวนการคิดการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และการทำงานของสรีระร่างกาย โดยบุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับสิ่งเร้าภายนอกที่เข้ามากระทบ เช่น การปฏิบัติของบุคคลในสังคม ส่งผลต่อการคิดการรับรู้ต่อครอบครัวและต่อตนเอง การที่ชายรักชายมีประสบการณ์เลือกปฏิบัติที่ไม่ดี จึงกระทบต่อตัวเอง รวมทั้งระบบการคิดการรับรู้ต่อความผูกพันในครอบครัว และการประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตของตนเองในระดับต่ำ จึงส่งผลต่ออารมณ์ทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในชายรักชาย มีหลากหลายปัจจัย ได้แก่ สัมพันธภาพกับบิดา (Pearkao, 2013) การไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัว (Rungraung, Suksai, Jinwongpo, Prasomruk, Phosuk, & Panthumas, 2019) การเผชิญกับการเลือกปฏิบัติ (Kittiteerasack, Sangngam, & Matthews, 2018) การถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม มีภาวะขัดแย้งสับสนในความเป็นเพศของตนและไม่สามารถปรับตัวยอมรับได้ (Liu & Mustanski, 2012) การมีความรักที่ไม่สามารถเปิดเผยได้และการไม่เปิดเผยตน (Pearkao & Chirawatkul, 2008) การเผชิญกับการถูกกลั่นแกล้ง (Mustanski, 2013) และความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (Nintachan, Sangon, & Wittayasooorn, 2013)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยคัดเลือกปัจจัยที่อาจจะสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในชายรักชายได้แก่ความผูกพันในครอบครัว เนื่องจากครอบครัวเป็นตัวกำหนดความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมทางบวกของบุคคล (Krasaesat, Deoisres, & Watchrasin, 2011) ดัชนีการศึกษาของ พรเทพ แพรขาว (Pearkao, 2013) ที่พบว่าชายรักชายมีปัญหาทางด้านสัมพันธภาพกับบิดา และผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศที่ไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวมักเกิดความเครียดจนนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Rungraung et al., 2019) สำหรับการเลือกปฏิบัติ เป็นการกระทำที่ไม่เท่าเทียม แตกต่าง หรือปฏิเสธที่จะปฏิบัติต่อบุคคล อันเนื่องมาจากคุณลักษณะบางประการไม่ว่าจะเป็นเพศ เชื้อชาติ อันปราศจากเหตุผลที่รับฟังได้ (Thongraweewong, Changtham, Suebchai, Sunpracha, & Somsaat, 2017) การที่ชายรักชายถูกเลือกปฏิบัติเป็นผลมาจากอคติต่อภาพลักษณ์ของชายรักชายที่ผ่านการถูกเชื่อมโยงคุณลักษณะความหลากหลายทางเพศเป็นการเจ็บป่วยด้วยความเชื่อที่หลงเหลือดังกล่าวก่อให้เกิดภาพลักษณ์ของชายรักชายในทางลบและถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม จนทำให้ชายรักชายกลายเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงและนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า (Kittiteerasack et al., 2018) และความแข็งแกร่งในชีวิตเมื่อบุคคลมีปัญหาเกิดขึ้นในชีวิตแต่ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ อาจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

เนื่องจากมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ (Nintachan, et al., 2013) โดยความแข็งแกร่งในชีวิตถือเป็นความสามารถในการฟื้นตัวกลับสู่ภาวะสมดุลของชีวิตได้อย่างรวดเร็วหลังจากเผชิญปัญหาในชีวิต (Krasaesat et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในชายรักชายที่ผ่านมาส่วมากเป็นการศึกษาในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทยพบว่า งานวิจัยที่เกี่ยวข้องยังมีค่อนข้างจำกัด อีกทั้งยังมีข้อจำกัดขององค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตของชายรักชายทั้งในระดับพื้นที่ และในระดับประเทศ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย เพื่อนำไปเป็นแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในชายรักชายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย

คำถามการวิจัย

1. ภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอยู่ในระดับใด
2. ปัจจัยด้านความผูกพันในครอบครัว การเลือกปฏิบัติ และความแข็งแกร่งในชีวิต มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายหรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิด Interaction model (Padesky & Mooney, 1990) ซึ่งได้กล่าวถึงความสัมพันธ์ของสิ่งเร้าและบุคคล สิ่งเร้าจะหมายถึงเรื่องราวและบุคคลรวมทั้งระบบต่างๆ ที่เข้ามากระทบบุคคล ในส่วนบุคคลจะประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ กระบวนการของความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระร่างกาย โดยทั้ง 4 องค์ประกอบนี้ ส่งผลกระทบถึงกันและกัน โดยสิ่งเร้าจะเข้ามากระทบที่กระบวนการคิดก่อนแล้ว กระบวนการคิดจะส่งผลถึงองค์ประกอบส่วนอื่นๆ ต่อไปบุคคล ภาวะซึมเศร้าจึงหมายถึงอารมณ์ที่ถูกกระทบจากกระบวนการคิดที่ถูกกระทบจากสิ่งเร้า ในการวิจัยครั้งนี้สถานการณ์ชายรักชายและประสบการณ์การเลือกปฏิบัติมีผลต่อกระบวนการคิด ได้แก่ ความผูกพันในครอบครัว และความแข็งแกร่งในชีวิต จึงส่งผลต่ออารมณ์คือภาวะซึมเศร้า ฉะนั้นหากชายรักชายมีประสบการณ์ในการเลือกปฏิบัติ มีความผูกพันในครอบครัวต่ำ และความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำ จึงอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (descriptive correlational research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย และปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เพศชายที่มีรสนิยมทางเพศรักชอบเพศเดียวกัน ยอมรับว่าเป็นชายรักชาย และเปิดเผยตัวตน ได้แก่ เกย์ กะเทย ผู้หญิงข้ามเพศ และไบเซ็กชวล

กลุ่มตัวอย่างคือ เพศชายที่มีรสนิยมทางเพศรักชอบเพศเดียวกัน ยอมรับว่าเป็นชายรักชาย และเปิดเผยตัวตน ที่ลงทะเบียนรับบริการ ณ หน่วยบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง จำนวน 230 ราย

ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดการทดสอบ t- tests แบบ Correlation: Point biserial model โดยกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ .01 ใช้อำนาจการทดสอบ (level of

power) .80 และการประมาณค่าความสัมพันธ์ของตัวแปร (effect size) .30 โดยใช้การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาเป็นฐานในการคำนวณ (Suntornvijitr, Hengudomsab, Vatanasin, & Dethchaiyot, 2018) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 105 ราย และได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 20 (Srisatidnarukul, 2019) รวมทั้งสิ้น 126 ราย และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (convenience sampling)

คุณสมบัติการคัดเลือก (inclusion criteria) มีดังนี้ 1) บุคคลเพศชายอายุ 18 ปีขึ้นไป 2) ยอมรับและเปิดเผยตนเองว่าเป็นชายรักชาย 3) มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า โดยประเมินจากแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) กรมสุขภาพจิต 4) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยเข้าใจ และ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย และในการวิจัยครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามที่ตอบแบบสอบถามอย่างสมบูรณ์คืน จำนวน 120 คน (ร้อยละ 95.23) ซึ่งมีความเพียงพอในการนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ อัตลักษณ์ทางเพศ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน ศาสนาและโรคประจำตัว

2. แบบประเมินอาการโรคซึมเศร้า 9 คำถามของ ธรณินทร์ กองสุข, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ศุภชัย จันทร์ทอง, เบญจมาศ พลฤกษ์กานนท์, สุพัตรา สุขาว และ จิตนา ลีจิงเพิ่มพูน (Kongsuk, Arunpongpaissal, Janthong, Pruekkanone, Sukhawaha, & Leejongpermpoon, 2018) จำนวนข้อคำถาม 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มี 4 ระดับ คือ 0 – 3 คะแนน มีคะแนนรวม 27 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการของภาวะซึมเศร้าออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ น้อยมาก (0 – 7 คะแนน) น้อย (8 – 12 คะแนน) ปานกลาง (13 – 18 คะแนน) และรุนแรง (19 – 27 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นกับชายรักชายซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .89

3. แบบประเมินความผูกพันในครอบครัวของ วชิรินทร์ กระแสสัตย์ และคณะ (Krasaesat et al., 2011) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบ จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) เห็นด้วยน้อย (2 คะแนน) เห็นด้วยปานกลาง (3 คะแนน) เห็นด้วยค่อนข้างมาก (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) สำหรับข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม การแปลผลความผูกพันในครอบครัวแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33) ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67) และสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00) ตรวจสอบความเชื่อมั่นกับชายรักชายซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .92

4. แบบวัดประสบการณ์การเลือกปฏิบัติ (Experience of Discrimination: EOD) ฉบับภาษาไทยของ ปรีศ กิตติธีระศักดิ์, แมททิว, และ ปราศ (Kittiteerasack, Matthews, & Park, 2020) จำนวน 12 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 4 ตัวเลือก และให้ค่าคะแนนในแต่ละตัวเลือก คือ ไม่เคยมีประสบการณ์หรือไม่เคยเกี่ยวข้อง (0 คะแนน) 1 ครั้ง (1 คะแนน) 2 - 3 ครั้ง (2.5 คะแนน) และ 4 ครั้งหรือมากกว่า (5 คะแนน) การแปลผลแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ ไม่เคยมีประสบการณ์ (0 คะแนน) เคยถูกเลือกปฏิบัติ 1 - 6 สถานที่ (1 – 30 คะแนน) และเคยถูกเลือกปฏิบัติตั้งแต่ 7 - 12 สถานที่ (31 – 60 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นกับชายรักชายซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .90

5. แบบประเมินความแข็งแกร่งในชีวิตของ พัทรินทร์ นินทจันทร์, โสภิต แสงอ่อน และ ทศนา ทวีคุณ (Nintachan, Sangon, & Thaweekoon, 2012) ประกอบด้วยข้อคำถามทางบวกและทางลบ จำนวน 28 ข้อ

ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ โดยกำหนดคะแนนข้อคำถามทางบวก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เฉยๆ (3 คะแนน) เห็นด้วย (4 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (5 คะแนน) สำหรับข้อคำถามทางลบให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม การแปลผลความแข็งแกร่งในชีวิตแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ น้อย (28 – 112 คะแนน) มาก (113 – 129 คะแนน) และมากที่สุด (130 – 140 คะแนน) ตรวจสอบความเชื่อมั่นค่ากับชายรักชายซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จำนวน 10 คน ได้ Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .87

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ซึ่งเป็นคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงให้แก่กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยโดยละเอียด มีการให้ข้อมูลที่สำคัญอย่างครบถ้วน พร้อมทั้งระบุแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมสำหรับกลุ่มตัวอย่าง และเน้นย้ำถึงข้อคำถามที่มีความละเอียดอ่อนเกี่ยวกับคุณลักษณะทางเพศและประสบการณ์ด้านลบที่เกี่ยวข้อง โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนมีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีเงื่อนไข และไม่มีผลกระทบ ไม่มีการสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลใดๆ ที่สามารถใช้ระบุถึงตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ ข้อมูลทั้งหมดได้ถูกเก็บไว้เป็นความลับ และจะนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้เท่านั้น โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลที่ได้รับในลักษณะภาพรวม หากกลุ่มตัวอย่างต้องการทราบผลของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยยินดีให้ผลตามที่ต้องการ อีกทั้งข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายหลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ผู้วิจัยดำเนินการส่งต่อข้อมูลให้กับกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลประจำจังหวัดแห่งหนึ่งเพื่อทำการดูแลรักษาต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเอง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด และพบกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ หน่วยบริการสุขภาพแห่งหนึ่ง จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามในพื้นที่ที่มีความเป็นส่วนตัว หลังจากได้รับแบบสอบถามคืน ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ในกรณีที่พบว่าแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ผู้วิจัยได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มเติมแบบสอบถามให้สมบูรณ์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ความชุกของภาวะซึมเศร้าของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับความผูกพันในครอบครัว การเลือกปฏิบัติ และความแข็งแกร่งในชีวิตของชายรักชาย โดยทำการทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov test พบว่า มีการกระจายของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติ Spearman rank correlation coefficient (Srisatidnarakul, 2019)

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตลักษณ์ทางเพศเป็นเกย์ ร้อยละ 45.85 เกเทย ร้อยละ 41.67 หญิงข้ามเพศ (แปลงเพศ) ร้อยละ 8.33 และไบเซ็กชวล ร้อยละ 4.17 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 33.78 ปี (SD = 11.21) โดยอยู่ในช่วง 21 – 39 ปี ร้อยละ 55.83 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 35.85 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 26.67 มีรายได้เฉลี่ยอยู่ในช่วง 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 45.00 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 91.67 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.67

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยมาก ร้อยละ 50.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.04 (SD = 5.97)

มีความผูกพันในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.17 มีคะแนนเฉลี่ย 3.33 (SD = 0.66) มีการเลือกปฏิบัติมากที่สุด คือ เคยถูกเลือกปฏิบัติ 7 – 12 สถานที่ ร้อยละ 44.17 มีคะแนนเฉลี่ย 5.68 (SD = 4.84) และมีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับน้อยมาก ร้อยละ 59.17 มีคะแนนเฉลี่ย 98.07 (SD = 28.11)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย พบว่าความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.410, p < .001$) การเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .630, p < .001$) และความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.522, p < .001$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่า Spearman rank correlation coefficient ระหว่างความผูกพันในครอบครัว การเลือกปฏิบัติ ความแข็งแกร่งในชีวิตกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย (n=120)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. ภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย	1.000			
2. ความผูกพันในครอบครัว	-.410**	1.000		
3. การเลือกปฏิบัติ	.630**	-.352**	1.000	
4. ความแข็งแกร่งในชีวิต	-.522**	.455**	-.493**	1.000

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ชายรักชายมีภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยมาก ร้อยละ 50.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 7.04 (SD = 5.97) อธิบายได้ว่าสังคมไทยปัจจุบันให้การยอมรับการเปิดเผยอัตลักษณ์ทางเพศโดยเฉพาะชายรักชาย อย่างแพร่หลายมากขึ้น และเปิดโอกาสให้ชายรักชายได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ กับครอบครัว ชุมชน และสังคมเพิ่มมากขึ้น อาจส่งผลให้ชายรักชายรู้สึกมีตัวตน มีคุณค่าในตนเอง จนสามารถปรับตัวได้ในระดับหนึ่ง ใกล้เคียงกับการศึกษาของ พรเทพ แพรขาว (Pearkao, 2013) ที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าของเกย์ และกะเทยอยู่ในระดับน้อย อาจเนื่องจากวิถีชีวิตภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมไทย มีลักษณะประนีประนอม ส่งผลให้บุคคลกลุ่มนี้สามารถปรับตัวและสร้างสมดุลชีวิตได้ ชายรักชายมีการเปิดเผยตัวตนที่แท้จริงให้บุคคลที่ตนเองไว้วางใจได้รับรู้โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว (Pearkao, 2013) อีกทั้งชายรักชายไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 71.67 จึงส่งผลให้ชายรักชายมีภาวะซึมเศร้าที่ระดับน้อยมาก เนื่องจากการมีโรคประจำตัวมีผลต่อการมองตนเองว่าบกพร่อง รู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อยลงจนเกิดความคิดอัตโนมัติทางลบที่นำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้ง่ายกว่าชายรักชายที่ไม่มีโรคประจำตัว (Tuklang, Thongtang, Satra, & Patrayutawan, 2012)

ชายรักชายมีความผูกพันในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.17 มีคะแนนเฉลี่ย 3.33 (SD = 0.66) แสดงให้เห็นว่าครอบครัวของชายรักชายค่อนข้างมีความพร้อม และยอมรับการเปิดเผยตัวตนที่แท้จริง อาจส่งผลให้ชายรักชายมีความรู้สึกใกล้ชิดผูกพันกับบุคคลในครอบครัว รู้สึกถึงการเป็นที่รักที่ต้องการของสมาชิกในครอบครัว (Janjatkarn, Chaisena, & Nabkasorn 2019) และมองเห็นคุณค่าในตนเอง แม้ว่าชายรักชายจะมีความผูกพันในครอบครัวที่ดี แต่อย่างไรก็ตามบุคคลในสังคมยังคงเลือกปฏิบัติต่อชายรักชาย โดยพบว่าชายรักชายมีการเคยถูกเลือกปฏิบัติมากที่สุด คือ 7 – 12 สถานที่ ร้อยละ 44.17 มีคะแนนเฉลี่ย 5.68 (S.D. = 4.84) เนื่องจากในอดีตที่ผ่านมาคุณลักษณะความหลากหลายทางเพศถูกเชื่อมโยงกับการเจ็บป่วยทางจิต แม้ว่าปัจจุบัน

การวินิจฉัยดังกล่าวถูกถอนออกจากระบบการวินิจฉัยแยกโรค (Kittiteerasack et al., 2018) แต่ชายรักชายยังคงได้รับผลจากการตีตราทางสังคมดังกล่าว ส่งผลให้เกิดอคติกับชายรักชาย และทำให้ชายรักชายถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม (Kittiteerasack & Matthews, 2017)

นอกจากนี้ ความแข็งแกร่งในชีวิตที่เป็นศักยภาพในการจัดการปัญหาและวิกฤตของชีวิตให้สามารถฟื้นตัวสู่สภาวะปกติได้ในเวลาอันรวดเร็ว (Krasaesat et al., 2011) ผลการวิจัยพบว่า ชายรักชายมีความแข็งแกร่งในชีวิตอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 59.17 มีคะแนนเฉลี่ย 98.07 (SD =28.11) แสดงให้เห็นว่าสภาพจิตใจของชายรักชายมีความเปราะบางไม่สามารถถึงศักยภาพในการเผชิญปัญหาออกมาใช้ได้อย่างเต็มที่ อาจเกิดจากชายรักชายได้รับสิ่งเร้าที่มาจากปัจจัยแวดล้อมทางสังคมจากการถูกเลือกปฏิบัติที่เข้ามาส่งผลต่อความคิดของชายรักชาย กระตุ้นให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้า จนอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ (Padesky & Mooney, 1990)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของชายรักชาย สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ความผูกพันในครอบครัว พบว่าความผูกพันในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.410, p < .001$) อธิบายได้ว่า ชายรักชายที่มีความผูกพันในครอบครัวต่ำมีแนวโน้มที่จะมีภาวะซึมเศร้า แสดงให้เห็นว่าการที่บุคคลจะตัดสินใจเกี่ยวกับความคิดต่อตนเองในทางบวกหรือทางลบ เกิดจากประสบการณ์ของแต่ละบุคคลที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการตัดสินใจของบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลสำคัญในครอบครัว เช่น บิดา มารดา และผู้เลี้ยงดู (Beck, 1967) โดยความผูกพันในครอบครัวทางบวกเป็นความรู้สึกที่บุคคลใกล้ชิดผูกพันกับบิดา มารดา และผู้เลี้ยงดู รู้สึกเป็นที่รัก และเป็นที่ต้องการของครอบครัว (Janjatkarn et al., 2019) ทำให้ชายรักชายมีความคิดที่ดีต่อตนเองและครอบครัว มองเห็นคุณค่าในตนเอง ไม่มีความคิดทางลบต่อตนเอง แต่ในทางตรงกันข้ามหากชายรักชายมีความผูกพันในครอบครัวทางลบ คือ ขาดความรัก และความผูกพันในครอบครัว จะส่งผลให้ชายรักชายมองตนเองในทางลบ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง มีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิตนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (Muangmakham, Skulphan, & Sethabouppha, 2020) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ นวลจิรา จันระลักษณ์, ทศนา ทวีคุณ, และ โสภณ แสงอ่อน (Chanralaksana, Thaweekoon, & Sangon, 2015) พบว่าความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การเลือกปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .630, p < .001$) อธิบายได้ว่า การที่ชายรักชายถูกเลือกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมเป็นผลมาจากการตีตราทางสังคมและอคติเกี่ยวกับคุณลักษณะความหลากหลายทางเพศที่ถูกเชื่อมโยงกับการเจ็บป่วยทางจิต และชายรักชายยังเป็นภาพลักษณ์ในเชิงลบ (Kittiteerasack et al., 2018) สิ่งเหล่านี้ นับว่าเป็นสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ในชีวิต ที่กระตุ้นให้ชายรักชายเกิดความคิดทางลบกับตนเอง ส่งผลต่ออารมณ์ซึมเศร้า ส่งผลให้สรีระร่างกายอ่อนล้า และอาจมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายเกิดขึ้น จนอาจนำไปสู่การเกิดภาวะซึมเศร้าได้ในที่สุด (Padesky & Mooney, 1990) ซึ่งคล้ายคลึงกับการศึกษาของ ปริยศ กิตติธีระศักดิ์ และคณะ (Kittiteerasack et al., 2020) พบว่ากลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศโดยเฉพาะชายรักชาย ร้อยละ 56.50 เคยได้รับประสบการณ์การเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งสถานการณ์ในชีวิต ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ความแข็งแกร่งในชีวิตมีความสัมพันธ์ทางลบระดับปานกลางกับภาวะซึมเศร้าของชายรักชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.522, p < .001$) แสดงว่าชายรักชายที่มีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำมีแนวโน้มจะมีภาวะซึมเศร้า โดยความแข็งแกร่งในชีวิตถือเป็นแหล่งทรัพยากรในการเผชิญปัญหาของชายรักชาย ความแข็งแกร่งในชีวิตเป็นสิ่งที่มิอยู่ภายในตัวบุคคลที่จะช่วยสนับสนุนให้รับมือกับปัญหาในชีวิตที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นเมื่อบุคคลมีความแข็งแกร่งในชีวิตต่ำย่อมไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้บุคคลจึงเกิดความเครียดและนำไปสู่การเกิด

ภาวะซึมเศร้าได้ (Nintachan et al., 2013) คล้ายคลึงกับการศึกษาของ บรรจง เจนจัดการ และคณะ (Janjadkarn et al., 2019) พบว่า ความแข็งแกร่งในชีวิตสามารถร่วมทำนายภาวะซึมเศร้าได้มากที่สุด (Beta= -.492, $p<.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับพยาบาลในการส่งเสริมป้องกัน และให้การช่วยเหลือทางด้านจิตใจที่เหมาะสมกับอัตลักษณ์ทางเพศของชายรักชาย เพื่อป้องกันภาวะซึมเศร้า และการให้การพยาบาลกลุ่มชายรักชาย พยาบาลต้องมีความละเอียดอ่อนต่อการมีเพศภาวะที่แตกต่างจากบรรทัดฐานของสังคม ต้องเคารพในศักดิ์ศรีและปกป้องสิทธิในการไม่เปิดเผยลักษณะทางเพศของกลุ่มชายรักชาย เพื่อสร้างให้เกิดความเสมอภาคและความเท่าเทียมกันในการรับบริการสุขภาพ

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานส่วนหนึ่งในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าของกลุ่มชายรักชาย และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบและพัฒนากิจกรรมส่งเสริมและป้องกันการเกิดภาวะซึมเศร้าในนักศึกษาชายรักชาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อขยายผลการศึกษาให้กว้างมากขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของกลุ่มชายรักชายหรือกลุ่มผู้ที่มีความหลากหลายทางเพศ เพื่อสนับสนุนผลการศึกษาให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น

References

- Chanralaksana, N., Thaweekoon, T., & Sangon, S. (2015). Factors predicting depression in secondary school students. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 29(2), 129-143. (in Thai)
- Janjadkarn, B., Chaisena, D. J., & Nabkasorn, C. (2019). Predictive factors of depression among high school students of Chanthaburi Municipality. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 30(2):62-75. (in Thai)
- Kittiteerasack, P., & Matthews, A. K. (2017). Definitional issue in the study of sexual/ gender diversity among sexual/gender minority populations in Thailand. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 31(2), 1-15. (in Thai)
- Kittiteerasack, P., Sangngam, J., & Matthews, A. K. (2018). The fundamentals of child and adolescent nursing in improving mental and psychosocial health among gender variant children in Thailand. *Journal of Nursing Science*, 36(1), 4-16. (in Thai)
- Kittiteerasack, P., Matthews, A. K., & Park, C. (2020). Psychometric properties of the Thai version of experience of discrimination (EOD) measure for Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) populations. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 34(1), 43-60. (in Thai)



- Kongsuk, T., Arunpongpaissal, S., Janthong, S., Pruekkanone, B., Sukhawaha, S. & Leejongperm-
poon, J. (2018). Criterion-related validity of the 9 Questions Depression Rating Scale
revised for Thai Central Dialect. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*,
63(4), 321-334. (in Thai)
- Krasaesat, W., Deoisres, W. & Watchrasin, C. (2011). Relationships between family rituals,
family connectedness and adolescents' resilience in Ayutthaya Province. *The Public
Health Journal of Burapha University*, 6(2). 59-68. (in Thai)
- Liu, T. R. & Mustanski, B. (2012). Suicidal ideation and self-harm in Lesbian, Gay, Bisexual,
and Transgender youth. *American Journal of Preventive Medicine*, 42(3), 221-228.
- Mustanski, L. (2013). A longitudinal study of predictors of suicide attempts among Lesbian, Gay,
Bisexual, and Transgender youth. *Archives of Sexual Behavior*, 42(3), 437-448.
- Muangmakham, S., Skulphan, S., & Sethabouppha, H. (2020). Family relationships and suicidal
risks of clients receiving services at mental health and psychiatric clinic. *Nursing Journal*,
47(3), 240-252. (in Thai)
- Nintachan, P., Sangon, S., & Wittayasoooporn, J. (2013). Resilience, the negative events, and
mental health among university students. *Journal of Nursing and Health Sciences*,
7(2), 12-26. (in Thai)
- Nintachan, P., Sangon, S., & Thaweekoon, T. (2012). Resilience and depression of people in a
community in Prathumthani Province. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental
Health*, 32(2), 84-99. (in Thai)
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (1990). Presenting the cognitive model to clients. *International
Cognitive Therapy Newsletter*, 6, 13-14.
- Pearkao, P. (2013). Stress and depression among Thai Gay, Kathoey (Transgender). *Journal
of Nursing Science and Health*, 36(2), 95 – 104. (in Thai)
- Pearkao, P., & Chirawatkul, S. (2008). Happy, sadness and mental status of male homosexuals
in Isan community. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 53(4), 377 – 391.
(in Thai)
- Robkob, W., Skulphan, S., & Sethabouppha, H. (2018). Depression, alcohol drinking behaviors,
and suicidal risks of adolescents. *Nursing Journal*, 45(4), 144-158. (in Thai)
- Russell, S. T. (2013). Gender nonconforming Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender youth:
School victimization and young adult psychosocial adjustment. *Psychology of Sexual
Orientation and Gender Diversity*, 1(S), 71-80.
- Rungraung, P., Suksai, T., Jinwongpo, A., Prasomruk, P., Phosuk, I., & Panthumas, S. (2019).
Comparison of Stress between family acceptance LGBT and non-acceptance LGBT's
students in Mahidol University. *Journal of Khon Kaen Provincial Health Office*, 2(2),
187-198. (in Thai)



- Srisatidnarakul, B. (2019). *Effect size, power analysis, optimal sample size calculations using G*POWER software*. (4thed.). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
(in Thai)
- Suntornvijitr, S., Hengudomsb, P., Vatanasin, D. & Dethchaiyot, P. (2018). Predicting factors of depression among secondary school students in Extended Educational Opportunity Schools. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 28(2), 53-66. (in Thai)
- Tuklang, S., Thongtang, O., Satra, T., & Patrayutawan, S. (2012). Factors influencing depression among early adolescents in Extended Educational Opportunity School of Samutsakhon Province. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 57(3), 283-294. (in Thai)
- Thongraweewong, K., Changtham, K., Suebchai, P., Sunpracha, K., & Somsa, C. (2017). *Law relation to equality and anti-discrimination*. Bangkok: National Human Rights Commission.
- World Health Organization. (2007). *International statistical classification of diseases and related health problems 10th Revision Version for 2007*. Retrieved from <http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online>



Effects of Promoting a Self-Breast Examination Program via E-Learning Toward Knowledge and Self-Breast Examination Practice Among Female Healthcare Personnel in Outpatient Departments and Emergency Units

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งต่อความรู้และการปฏิบัติกรตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสุขภาพสตรีงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน

พัชรา	นาคณอม*	Patchara	Naktanom*
เดชา	ทำดี**	Decha	Tamdee**
เนตรทอง	นามพร***	Nethong	Namprom***
อังคณา	กิตติไชยากร****	Angkana	Kittichaiyakorn***

Abstract

Breast cancer remains a major health concern for women in spite of the promotion of breast self-examination according to national policy. However, it was also found that the rates of screening and treatment for advanced breast cancer were still very high. Therefore, promoting breast self-examination in women is very important. This quasi-experimental study aimed to examine the effect of promoting a breast self-examination program via e-learning on the knowledge and practice of breast self-examination among female healthcare personnel. The sample consisted of 28 female healthcare personnel at Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital. The study instruments consisted of the Promoting Breast Self-Examination Program via e-learning, a demographic data questionnaire, a knowledge test on breast cancer, a knowledge test on breast self-examination (with reliability coefficient values of .81 and .72, respectively) and a Breast Self-Examination Observation form with an interrater reliability value of 1. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-test and Fisher's exact test.

The results showed that after participating in the Promoting Breast Self-examination Program via e-learning, the sample had mean scores for breast cancer knowledge and breast self-examination knowledge higher than pre-intervention at a significant level ($p < .001$ and $p = .015$, respectively). Before participating in the program, all samples incorrectly performed breast self-examination, but after participating in the program, the number of samples who were correct in breast self-examination had increased with statistical significance ($p < .001$).

The results indicate that the Promoting Breast Self-examination Program via e-learning can improve healthcare personnel knowledge and practice regarding breast self-examination. Therefore, the program should be used to promote breast self-examination for early detection.

Keywords: Promoting breast self-examination program, E-learning, Breast self-examination knowledge, Breast self-examination practice, Female healthcare personnel

* Corresponding Author, Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital; e-mail: pnaktano@gmail.com

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

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

**** Registered Nurse, Maharaj Nakorn Chiang Mai Hospital

Received 26 January 2022; Revised 28 February 2022; Accepted 28 April 2022



บทคัดย่อ

มะเร็งเต้านมยังคงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของสตรีทุกคน ทั้งที่มีนโยบายระดับประเทศในเรื่องการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในสตรี แต่ยังคงพบว่ามีอัตราการเข้ารับการคัดกรองและรักษามะเร็งเต้านมในระยะที่มีอาการรุนแรงแล้วยังสูงมาก ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองจึงมีความสำคัญมาก การศึกษาถึงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งต่อความรู้ และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรี กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรี โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 28 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบบวัดความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม แบบวัดความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .81 และ .72 ตามลำดับ และแบบสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นโดยการหาความตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ (interrater) เท่ากับ 1 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Pair t test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p = .015$ ตามลำดับ) และก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ถูกต้อง แต่หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างมีความสามารถในการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้องเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งนี้สามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นจึงควรนำไปใช้ส่งเสริมให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อค้นหาหามะเร็งเต้านมตั้งแต่เริ่มแรก

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านม อีเลิร์นนิ่ง ความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง บุคลากรสุขภาพสตรี

* ผู้เขียนหลัก พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ e-mail: pnaktano@gmail.com

** รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**** พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

องค์การอนามัยโลกรายงานว่าในปี พ.ศ. 2561 มีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 18.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง 9.6 ล้านคน ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งเต้านมจำนวนถึง 2.1 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 627,000 คน (National Cancer Institute, 2019) และจากข้อมูลสถิติจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติในปี พ.ศ.2563 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่จำนวน 2,890 ราย พบว่าเพศหญิงมีอัตราการเกิดมะเร็งเต้านมเป็นอันดับ 1 มีจำนวนมากถึง 669 ราย ในจำนวนนี้พบว่าเป็นมะเร็งเต้านมระยะที่ 1 - 4 ร้อยละ 7.6, 32.5, 29.6, 23.2 ตามลำดับ และไม่ทราบระยะอีกร้อยละ 7 จากการวิเคราะห์สถานการณ์การตายจากโรคมะเร็งในประเทศไทยในรอบ 10 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2553 - 2562 พบว่า สถานการณ์การตายจากโรคมะเร็งมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ในส่วนของมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้นถึง 1.8 เท่า (National Cancer Institute, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการเป็นมะเร็งเต้านมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยค่อนข้างสูงเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยมารับการตรวจคัดกรองล่าช้าหรือการไม่มาตรวจหามะเร็งในระยะเริ่มต้น แต่จะมาเมื่อมีอาการผิดปกติให้เห็นซึ่งแสดงถึงระยะที่ก้อนมะเร็งมีการอักเสบและลุกลามไปทั่ว การรักษาจึงไม่ได้ผล เมื่อพบมะเร็งเต้านมในระยะท้าย จะทำให้การพยากรณ์โรคไม่ดี โอกาสการรักษาให้หายค่อนข้างยาก ทำให้เป็นสาเหตุของการตาย อัตราการรอดชีวิตที่ 5 ปีและประสิทธิภาพการรักษาลดลง และมีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น (Wongjunlongsin & Sumdaengrit, 2019) ดังนั้นการส่งเสริมให้สตรีที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมได้รับการตรวจคัดกรองก่อนที่เต้านมให้ได้เร็วที่สุดจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการส่งเสริมให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองยังคงเป็นวิธีการที่ได้รับการยอมรับจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งสถาบันมะเร็งแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนองค์การอนามัยโลกที่แนะนำให้สตรีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน (Thotong et al., 2019) และจากการศึกษาเรื่องระบบการคัดกรองและป้องกันมะเร็งเต้านมในประเทศไทยในทัศนะของผู้ให้บริการ สรุปได้ว่าการตรวจเต้านมด้วยตนเองถือเป็นวิธีหลักในการคัดกรองมะเร็งเต้านมในประเทศไทย (Pongthavornkamol, Watthayu, & Khuhaprema, 2019) อย่างไรก็ตามแม้จะมีการยืนยันถึงความคุ้มค่าของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าสตรียังมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมทุกเดือนมีจำนวนน้อย โดยพบว่ามีสตรีที่ไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองถึงร้อยละ 12.5 - 50 และตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอร้อยละ 50 - 71.9 (Paiboon, Chardee, Lekawanviset, Pongpakatip, & Aphinives, 2013) ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าตรวจไม่เป็นหรือไม่ทราบวิธีการตรวจ ไม่เคยเข้ารับการฝึกอบรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับน้อย (Trakulram & Tritipsombut, 2019) จึงทำให้ปัญหาการเจ็บป่วยที่รุนแรงและเสียชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมยังคงสูงอยู่

ข้อมูลจากศูนย์สร้างเสริมสุขภาพโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในปีพ.ศ. 2544 - 2561 พบว่ามีบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นมะเร็งเต้านมจำนวน 71 คน คิดเป็นร้อยละ 2.94 ของบุคลากรหญิงทั้งหมดของโรงพยาบาล ในจำนวนนี้พบว่ามีสองอันดับแรกเป็นพยาบาล 35 คน (1.45%) เป็นผู้ปฏิบัติงานการพยาบาล 14 คน (0.58%) ซึ่งจะเห็นได้ว่าแม้จะเป็นกลุ่มบุคลากรทางการพยาบาลที่น่าจะมีความรู้ในเรื่องของมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง แต่ยังมีโอกาสที่จะเป็นสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการไม่เคยได้ตรวจคัดกรองหรือตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก่อน จึงทำให้มาตรวจพบเมื่อเป็นมะเร็งเต้านมแล้ว และจากการศึกษาเรื่องการส่งเสริมพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของบุคลากรสตรีแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่าก่อนเข้าอบรมบุคลากรสตรีแผนกการพยาบาลผู้ป่วยนอกไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 12.5 มีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ถูกวิธีถึงร้อยละ 98.4 (Paiboon et al., 2013) และจากการศึกษาเรื่องสถานการณ์การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ในบุคลากรสตรีอายุ 30-60 ปี โรงพยาบาลระยอง พบว่าการที่บุคลากรสตรีไม่เคยตรวจเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 24.21 มีสาเหตุมาจากไม่มีความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองร้อยละ 70.21 และในบุคลากร



ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองแต่ตรวจไม่ถูกวิธี ร้อยละ 37.07 (Thongbai & Saengchaiyaphum, 2014) อีกทั้งเมื่อป่วยเป็นมะเร็งเต้านมแล้วจะส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (Chutiraka, Perngmark, & Chukumnerd, 2020) ซึ่งผลกระทบต่อด้านจิตใจมีความสำคัญเป็นอันดับแรกโดยเริ่มตั้งแต่สงสัยว่าจะเป็นมะเร็งเต้านม การรับรู้ว่าเป็นมะเร็งเต้านม การที่จะต้องสูญเสียเต้านม โอกาสในการที่จะกลับมาเป็นซ้ำ การที่จะต้องเตรียมความพร้อมในการเข้ารับการรักษา ระหว่างการรักษา และหลังสิ้นสุดการรักษา ในส่วนของผลกระทบต่อทางด้านร่างกายนับตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษา และในกรณีที่ต้องได้รับการผ่าตัด การได้รับรังสีรักษา การได้รับยาเคมีบำบัด หรือมีการลุกลามของโรคไปยังบริเวณอื่น ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดความเจ็บปวดทุกข์ทรมานและอาจถึงแก่ชีวิตในที่สุด อีกทั้งยังส่งผลกระทบในด้านสังคมไม่ว่าจะเป็นเรื่องของการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงาน ค่าใช้จ่ายในการรักษา หรือแม้แต่ความมั่นใจและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่ามะเร็งเต้านมส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ป่วย และเป็นโรคที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินตระหนักและเห็นความสำคัญของการป้องกันการเกิดมะเร็งเต้านมจึงจัดให้มีโครงการสอนการตรวจเต้านมให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทุกวันศุกร์ เพื่อตรวจคัดกรองก้อนที่เต้านมในระยะแรก และเริ่มทำการวินิจฉัยตรวจรักษาได้อย่างทันทั่วที่ แต่จากการประเมินโครงการดังกล่าวพบว่า ช่วงเวลาที่จัดกิจกรรมเป็นช่วงเวลาปฏิบัติงาน สถานที่ไม่เอื้ออำนวย มีกิจกรรมทับซ้อน มีเสียงรบกวนทำให้ไม่มีสมาธิในการรับรู้ ทำให้การดำเนินการไม่บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ดังนั้นจึงควรที่จะมีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่สามารถที่จะเรียนรู้ในเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยไม่มีการจำกัดในระยะเวลาและสถานที่ สามารถเลือกใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่เหมาะสมกับตัวเอง เพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองให้ถูกต้อง และปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอเพื่อนำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันและเฝ้าระวังการเกิดมะเร็งเต้านม

จากการทบทวนทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่และแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง ซึ่งเป็นความสามารถในการเรียนรู้ได้อย่างต่อเนื่องของผู้ใหญ่ และเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดการศึกษาที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง (Sakcharoen, 2015) อีกทั้งในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ทำให้ต้องเว้นระยะห่างทางสังคม (social distancing) การส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้โดยการนำอีเลิร์นนิ่งมาใช้เป็นสื่อกลางจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่ช่วยตอบโจทย์นี้ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้ข้อดีของอีเลิร์นนิ่งคือการเข้าถึงข้อมูลที่สะดวกรวดเร็ว ช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะและเกิดการเรียนรู้ สามารถทบทวนความรู้ พัฒนาทักษะด้วยตนเองตามความต้องการได้ตลอดเวลา (Vichean, Aukhapatsakun, & Srichanchai, 2019) อีกทั้งในปัจจุบันจำเป็นต้องมีการใช้เทคโนโลยีมาช่วยในการยกระดับโดเมนการเรียนรู้ซึ่งประกอบไปด้วย 3 ด้าน คือด้านพุทธิพิสัย (cognitive domain) ด้านจิตพิสัย (affective domain) ด้านทักษะพิสัย (psychomotor domain) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงโดเมนการเรียนรู้ทั้ง 3 ด้านนี้จะส่งผลต่อการพัฒนาการเรียนรู้อีก (Pradubwate, 2017) การที่นำอีเลิร์นนิ่งมาช่วยเสริม ทำให้ผู้เรียนได้รับความรู้ความเข้าใจผ่านทางการเรียนผ่านช่องทางนี้ (ด้าน cognitive domain) จากนั้นก็จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงการรับรู้ ค่านิยม ความคิด หรือทัศนคติ (ด้าน affective domain) จนนำไปสู่การปฏิบัติจนเกิดเป็นทักษะ (ด้าน psychomotor domain) ในปัจจุบันอีเลิร์นนิ่งเป็นแพลตฟอร์มที่สำคัญต่อแวดวงการศึกษารวมทั้งองค์กรที่ให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรอย่างต่อเนื่อง (Namprom, 2019) ความจำเป็นที่จะต้องเว้นระยะห่างทางสังคมส่งผลให้ระบบการเรียนการสอนต้องมีการปรับเปลี่ยน การเรียนการสอนออนไลน์จึงเป็นสิ่งที่ตอบโจทย์สำหรับการพัฒนาความรู้และทักษะของกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง



ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประยุกต์ใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้ผ่านอีเลิร์นนิ่งมาใช้ในการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรี โดยที่ชุดการเรียนรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นการเรียนรู้ผ่านระบบอีเลิร์นนิ่ง โดยที่ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้โดยไม่จำกัดเวลาและสถานที่ สามารถเข้าถึงได้ง่าย ประหยัดเวลา สามารถทบทวนซ้ำได้ ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและความสะดวก ผู้วิจัยเชื่อว่าการนำระบบอีเลิร์นนิ่งมาใช้เพื่อประกอบการสอนจะทำให้กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีเกิดการรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม เกิดการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการป้องกันมะเร็งเต้านมและความสามารถของตนเองต่อการป้องกันมะเร็งเต้านม โดยจะนำไปสู่พฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเอง เป็นการเฝ้าระวังป้องกันมะเร็งเต้านม และยังเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพของบุคลากรอีกหนึ่งช่องทาง สามารถขยายผลของการศึกษานี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อหน่วยงานอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรี

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

กรอบแนวคิดการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ที่ถือว่าประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการเรียนรู้ ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง (self-directed learning) ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งผู้เรียนสามารถชี้นำตนเองไปสู่การเรียนรู้ที่ต้องการได้ ซึ่งในงานวิจัยนี้จะพัฒนาระบบการเรียนออนไลน์เป็นระบบที่ผู้วิจัยได้จัดเตรียมผ่านโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง เพื่อให้กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีซึ่งอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองได้ เน้นที่ความเป็นอิสระส่วนบุคคลและความรับผิดชอบตนเองในการเรียนรู้ โดยการเรียนรู้ผ่านระบบอีเลิร์นนิ่งที่ตอบสนองการเรียนรู้ได้ตลอดเวลา และน่าจะส่งเสริมให้กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีสนใจและพยายามที่จะเรียนรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองและเกิดความตระหนักในสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ประกอบกับการเสริมแรงด้วยการใช้ line official account ในการช่วยกระตุ้นให้กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีเข้าเรียนเนื้อหาความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านโปรแกรมฯและฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นหากกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีได้รับการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านโปรแกรมฯและรับรู้ความรุนแรงของมะเร็งเต้านม รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านม ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญในการตรวจเต้านมด้วยตนเองจะส่งผลให้กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีสามารถปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้อง

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษากึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง (Quasi-Experimental Research with One-group Pretest-Posttest)



design) ในกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรี งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีทุกราย อายุ 20 - 60 ปี ที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 218 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีทุกราย อายุ 20 - 60 ปี ที่ปฏิบัติงานในงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ เกณฑ์ในการคัดเลือกคือ กลุ่มตัวอย่างที่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯได้ อ่านออกเขียนได้ มีทักษะการใช้คอมพิวเตอร์และเทคโนโลยี มีเครื่องมือหรืออุปกรณ์ในการเรียนและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย มีเกณฑ์ในการพิจารณาคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโปรแกรมฯไม่ครบตามกิจกรรมที่วางแผนไว้ คำนวณกลุ่มตัวอย่างจาก power analysis กำหนดให้ $\alpha = .05$ power = .8 effect size = .5 (กำหนด effect size ระดับปานกลางตามการศึกษาทางการพยาบาล) นำไปเปิดตารางของเบิร์นส์ และโกรฟ (Burns & Grove, 2010) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 28 ราย โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย

สถานที่ศึกษา คือ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก งานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชุด คือ

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ได้แก่

1. โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง เป็นชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการประเมินความรู้และทักษะ การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ และการติดตามการเข้าเรียน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.1 การให้คู่มือการเรียนรู้ผ่านอีเลิร์นนิ่ง จากนั้นทำการนัดหมายวันในการเข้าถึงชุดการเรียนรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ (application Line) เพื่อทำการทดสอบความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนเข้าสู่บทเรียนในระบบ KC-Moodle โดยใช้เวลาประมาณ 20 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างทุกคนทำแบบทดสอบครบ จะทำการเปิดระบบให้เข้าสู่บทเรียนและหลังจากศึกษาบทเรียนและฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์แล้ว ระบบจะปิดไม่สามารถเข้าสู่บทเรียนได้ หลังจากนั้นทำแบบวัดความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (post-test) และนัดหมายทำการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อให้ผู้วิจัยตรวจสอบ (check list) อีกครั้ง

1.2 การให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ ประกอบด้วย แผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยให้เรียนรู้ผ่านระบบอีเลิร์นนิ่ง โดยเนื้อหาประกอบด้วยบทเรียนออนไลน์เกี่ยวกับความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม 13 นาที ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 4 นาที ขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 21 นาที โดยต้องเข้าดูตามลำดับ แต่ไม่จำเป็นต้องดูให้จบในครั้งเดียว สามารถดูได้ในทุกช่วงเวลา เมื่อดูครบทั้งหมดแล้วจึงจะสามารถดูซ้ำในแต่ละบทเรียนได้ตามความต้องการ โดยให้เวลาในการศึกษาบทเรียนและฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 4 สัปดาห์

1.3 การติดตาม ผู้วิจัยจะเข้าไปติดตามการเข้าเรียนของกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบ KC-Moodle และใช้ line official account ในการกระตุ้นเตือนกลุ่มตัวอย่างให้เข้าเรียนและฝึกหัดตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยจะทำการกระตุ้นเตือนทุกวันพุธและวันเสาร์ในเวลา 20:30 น

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพการทำงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน



ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรม มีจำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 15 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านมน้อย คะแนนมากหมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านมมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวน 10 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน คะแนนรวม 10 คะแนน คะแนนน้อยหมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อย คะแนนมากหมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองมาก

ส่วนที่ 4 แบบสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมมีจำนวนทั้งหมด 13 รายการ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติถูกต้องให้ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้องหรือไม่ได้ปฏิบัติ ให้ 0 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติถูกต้องทุกข้อจึงจะถือว่าปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้อง

การประเมินคุณภาพของเครื่องมือ

การหาค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง แบบสอบถาม แบบวัดความรู้ และแบบสังเกตการปฏิบัติ ทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 ท่าน ได้แก่ แพทย์ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน พยาบาล 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาอีเลิร์นนิ่ง 1 ท่าน จากนั้นนำมาหาค่า validity ได้ค่าความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านมเท่ากับ .93 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 1 และแบบสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเท่ากับ 1

การหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามที่ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิและปรับแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาจำนวน 10 คน จากนั้นนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดย แบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านม และความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองนำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้ KR-21 ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .81 และ .72 ตามลำดับ ส่วนแบบสังเกตการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองใช้การตรวจสอบความเชื่อมั่นโดยการหาความตรงกันระหว่างผู้วิจัยและผู้เชี่ยวชาญ (interrater) จนได้ค่าความตรงกันเท่ากับ 1 (Kritpreedaborisut, 2006)

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน แบบประเมินความเป็นไปได้ (feasibility) ของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง พัฒนาโดยผู้วิจัยที่ปรับจากแนวคิดการวัดผลลัพธ์จากการปฏิบัติ (Proctor et al., 2011) ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดยมีระดับความคิดเห็น 4 ระดับคือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อยและไม่เห็นด้วย โดยแบบสอบถามนี้จะใช้ทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ โดยผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจากหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ เพื่อนำมาปรับปรุงและใช้จริงในการดำเนินการศึกษาวิจัย ผลการประเมินพบว่า แบบประเมินมีความเป็นไปได้ ร้อยละ 100

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาโดยได้รับอนุมัติจาก คณะกรรมการเพื่อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามบันทึกที่ อว8393(8).พพ.ปน/395 ทั้งนี้ก่อนทำการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขั้นตอนต่างๆ ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด และเปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย จึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร โดยข้อมูลทั้งหมดเก็บเป็นความลับและทำการบันทึก



ข้อมูลโดยใช้รหัสแทนชื่อ การนำเสนอข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในภาพรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ในการวิจัย
เท่านั้น ไม่สามารถสืบค้นถึงตัวบุคคลได้ ในกรณีไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จะไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เมื่อได้รับอนุมัติจากกรรมการจริยธรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ขออนุญาตดำเนินการวิจัยผ่านคณบดีคณะ
แพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล และหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วย
ฉุกเฉินเพื่อขอความร่วมมือผ่านหัวหน้าหน่วยตรวจและหัวหน้าห้องตรวจต่างๆ โดยเข้าไปชี้แจงทำความเข้าใจ แจ้ง
วัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการทำวิจัยในการประชุมหัวหน้าหน่วยตรวจและหัวหน้าห้องตรวจ
2. เข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย รวมทั้งขั้นตอนต่าง ๆ ให้กลุ่ม
ตัวอย่างรับทราบโดยละเอียด เปิดโอกาสให้ซักถามได้อย่างเต็มที่และให้การพิทักษ์สิทธิ์แก่กลุ่มตัวอย่างดังกล่าวไว้
ข้างต้นหากกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยจึงขอให้ลงนามยินยอม (consent form)
3. เมื่อกลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมแล้วทั้งหมด จัดประชุมกลุ่มโดยเน้นเรื่องการเว้นระยะห่างทางสังคม
(social distance) เพื่อชี้แจงกระบวนการจัดการเรียนรู้ด้วยตนเอง
4. ให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อเป็นการทดสอบการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วย
ตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยมอบคู่มือวิธีการเข้าใช้ชุดการเรียนรู้ผ่านอีเลิร์นนิ่งให้แก่กลุ่มตัวอย่าง
5. แจ้งหมายกำหนดวันในการเข้าถึงชุดการเรียนรู้การตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านระบบ KC-Moodle
เพื่อดำเนินการทดสอบความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม และความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนเข้าเรียน และการ
กำหนดวันให้กลุ่มตัวอย่างเข้าเรียนผ่านการใช้อีเลิร์นนิ่งโดยให้เวลากลุ่มตัวอย่างศึกษา และฝึกด้วยตนเอง 1 เดือน
พร้อมเข้าไปติดตามการเข้าเรียนของกลุ่มตัวอย่างผ่านระบบ KC-Moodle ทั้งนี้ได้มีการกระตุ้นเตือนการเข้าเรียน
และการฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่าน line official account โดยสร้างไลน์กลุ่ม คน OPD ใส่ใจสุขภาพ
สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย เพื่อใช้เป็นช่องทางในการกระตุ้นเตือนเพื่อให้เข้าเรียนและฝึกการตรวจ
เต้านมด้วยตนเอง โดยกระตุ้นเตือนทุกวันพุธและวันเสาร์เวลา 20:30 น. ให้ระยะเวลาในการเรียนเป็นระยะเวลา 4
สัปดาห์ และมีการติดตามการเรียนรู้
6. เมื่อเรียนรู้ครบ 4 สัปดาห์ ทำการติดตามประเมินผลหลังเข้าเรียนโดยการประเมินความรู้และทดสอบ
การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ด้วยการตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านมและความรู้เกี่ยวกับ
เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง รวมทั้งนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเพื่อสาธิตย้อนกลับโดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อให้ผู้วิจัยประเมินความถูกต้อง
7. ตรวจเช็คความครบถ้วนของข้อมูล วิเคราะห์สรุปและประเมินผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วย
ตนเอง โดยใช้สถิติ pair t test เนื่องจากข้อมูลมีการกระจายแบบโค้งปกติ ส่วนข้อมูลการปฏิบัติการตรวจเต้านม
ด้วยตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมในโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งโดยใช้สถิติ
อ่าอิง Fisher's exact test ตามลักษณะของข้อมูล

ผลการวิจัย

การศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง ผลการศึกษานำเสนอตาม
วัตถุประสงค์ดังรายละเอียด ดังนี้



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวน 28 คน เป็นกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉิน โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ มีรายละเอียดของข้อมูลส่วนบุคคลคือ มีอายุอยู่ในช่วง 21 - 56 ปี อายุเฉลี่ย 37.04 ปี (S.D. = 11.40) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 53.60 รองลงมาคือโสด ร้อยละ 39.30 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 71.40 รองลงมาคือการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 17.9 มีรายได้เฉลี่ย 31,904.54 บาทต่อเดือน สถานภาพการทำงานเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ร้อยละ 53.60 ระยะเวลาการปฏิบัติงานเฉลี่ย 15.29 ปี (S.D. = 12.30)

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเข้าร่วมโปรแกรมฯของกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าเรียนหัวข้อการบรรยายเรื่องมะเร็งเต้านมเฉลี่ย 2.32 ครั้ง (SD = 3.12, range 1 - 9) การตรวจเต้านมด้วยตนเองเฉลี่ย 2.96 ครั้ง (SD = 3.75, range 1 - 8) และวิดีโอขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองเฉลี่ย 3.07 ครั้ง (SD = 4.27, range 1 - 11) ตามลำดับ โดยพบจำนวนครั้งที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เข้าไปดูคือ อย่างน้อย 1 ครั้ง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับเรื่องมะเร็งเต้านมหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯเท่ากับ 14.00 (SD = 1.56) ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯที่ได้คะแนนเท่ากับ 12.21 (SD = 2.18) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ส่วนคะแนนความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯมีคะแนน 7.96 (SD = 1.23) และหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเพิ่มเป็น 8.64 (SD = 0.91) ซึ่งสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .015$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง (n=28)

คะแนน	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD	
ความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม	12.21	2.18	14.00	1.56	< .001
ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	7.96	1.23	8.64	0.91	.015

ส่วนที่ 3 การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติการตรวจเต้านมไม่ถูกต้อง หลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีการปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < .001$ นอกจากนี้ยังพบว่า คะแนนการปฏิบัติการตรวจเต้านมก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯเท่ากับ 1.41 (SD = 2.38) คะแนนการปฏิบัติการตรวจเต้านมหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯเท่ากับ 11.79 (SD = 1.76) ดังตารางที่ 2



ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง (n=28)

การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ก่อนเข้าโปรแกรมฯ		หลังเข้าโปรแกรมฯ		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
ปฏิบัติได้ถูกต้อง	0	0	16	57.14	< .001
ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	28	100	12	42.86	
คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจเต้านม (SD)	1.41	(2.38)	11.79	(1.76)	

การอภิปรายผล

ความรู้ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษาพบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งต่อความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีพบว่า คะแนนหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$, $p = .015$) ตามลำดับ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่าการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่ง ทำให้เกิดความยืดหยุ่นความสะดวกสบายและการเข้าถึงข้อมูล ผู้เรียนสามารถเข้าถึงเนื้อหาบทเรียนตามความต้องการได้อย่างสะดวกรวดเร็วผ่านอินเทอร์เน็ต โดยไม่จำกัดสถานที่และเวลา ผู้เรียนสามารถเชื่อมโยงเข้าถึงข้อมูลที่หลากหลายทางอินเทอร์เน็ตที่เป็นแหล่งทรัพยากรการเรียนรู้อันมหาศาล ผู้เรียนสามารถกำกับการเรียนด้วยตนเองตามอัตราความเร็วช้าหรือความก้าวหน้า ความสนใจของตนเอง ดังนั้นการเข้าร่วมโปรแกรมฯ จึงช่วยเพิ่มกระบวนการเรียนรู้ตามความสนใจของผู้เรียน และทำให้เกิดความพึงพอใจและลดความเครียดของผู้เรียนได้อีกทางหนึ่ง (Thammatha, 2014) เมื่อผู้เรียนไม่เครียดก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี จึงมีระดับคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ที่ถือว่าประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการเรียนรู้ร่วมกับแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเอง (self-directed learning) ที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ผู้เรียนสามารถชี้นำตนเองไปสู่การเรียนรู้ที่ต้องการได้ (Sakcharoen, 2015) ประกอบกับการเรียนการสอนแบบ อีเลิร์นนิ่งเป็นการใช้อินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางการสื่อสาร การเรียนการสอนโดยมีการกำหนดกิจกรรมการเรียนและการสอนที่ออกแบบด้วยวิธีสอนหลากหลาย มีการนำเสนอเนื้อหาสื่อแบบดิจิทัล การสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์และการวัดประเมินผลผ่านระบบเครือข่ายคอมพิวเตอร์ โดยงานวิจัยนี้ก่อนเข้าสู่บทเรียนออนไลน์จะมีการทดสอบความรู้เรื่องมะเร็งเต้านม การตรวจเต้านมด้วยตนเองและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง บทเรียนประกอบด้วยความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมเป็นระยะเวลา 13 นาที ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 4 นาที และขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นระยะเวลา 21 นาที ซึ่งได้กำหนดให้เข้าเรียนเป็นระยะเวลา 1 เดือน อีกทั้งใช้การกระตุ้นเตือนการเข้าเรียนและการฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่าน line official account อาทิตย์ละ 2 ครั้ง โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรเข้าเรียนผ่านโปรแกรมฯในแต่ละบทเรียนดังนี้ เรื่องมะเร็งเต้านมเฉลี่ย 2.32 ครั้ง การตรวจเต้านมด้วยตนเองเฉลี่ย 2.96 ครั้ง และขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองเฉลี่ย 3.07 ครั้ง ตามลำดับ ซึ่งสะท้อนการเรียนรู้ซ้ำที่เป็นข้อดีของโปรแกรมฯ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าบทเรียนอีเลิร์นนิ่งใช้การถ่ายทอดเนื้อหาผ่านทางมัลติมีเดีย สามารถทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่าการเรียนจากสื่อข้อความเพียงอย่างเดียว อีกทั้งผู้เรียนสามารถควบคุมการเรียนของตนเองได้ โดยสามารถเข้าถึงข้อมูลใดก่อนหรือหลังได้โดยไม่ต้องเรียงตามลำดับ ทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ตามจังหวะของตน (self-paced learning)



นอกจากนี้ผู้เรียนยังสามารถทดสอบทักษะตนเองก่อนเรียนได้ ทำให้สามารถชี้จุดจุดอ่อนของตนและเลือกเนื้อหาให้เข้ากับรูปแบบการเรียนรู้ของตนเอง เช่น การเลือกเรียนเนื้อหาเฉพาะบางส่วนที่ต้องการทบทวนได้ โดยไม่ต้องเรียนในส่วนที่เข้าใจแล้ว (Laohajatsang, 2018) ซึ่งมีผลทำให้กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยนี้มีคะแนนความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนเรียน ผลการศึกษานี้ได้ผลในทำนองเดียวกันกับงานวิจัยเรื่องบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสื่อประสมเพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนักศึกษาพยาบาลที่พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Yonphan, Kaveevivitchai, & Neelapaichit, 2016) เช่นเดียวกับการศึกษาเรื่องการใช้อีเลิร์นนิ่งเป็นสื่อเสริมในการเรียนรายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุช่วยเกื้อหนุนให้เกิดการพัฒนาตนเองในการเรียนรู้ที่เกิดขึ้น (Manasatchakun, Khueansombat, & Worawon, 2021) และการศึกษาเรื่องของประสิทธิผลของการใช้ใบรายวิชาเตรียมสหกิจศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเรียนในลักษณะอีเลิร์นนิ่งสูงกว่าการเรียนกับผู้สอนในห้องเรียนเนื่องจากบทเรียนในลักษณะอีเลิร์นนิ่งมีข้อความ ภาพ เสียง และการโต้ตอบ เป็นรูปแบบการเรียนรู้ที่ท้าทายความรับผิดชอบของผู้เรียน สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ตามอัธยาศัย (Mernkratok, Polnigongit, & Rakasasuk, 2020) รวมทั้งการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อแผ่นพับกับวีดิทัศน์ต่อการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานีพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้เรียนรู้จากการสอนด้วยสื่อวีดิทัศน์ มีคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มที่เรียนรู้จากสื่อแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Srisoy & Akkarasetsakul, 2020) ดังนั้นการใช้อีเลิร์นนิ่งที่เป็นกระบวนการเรียนรู้ที่สะดวกและผู้เรียนสามารถจัดช่วงเวลาในการศึกษาได้ด้วยตนเอง จึงมีประโยชน์ในการเพิ่มความรู้ในเรื่องของมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองและเป็นการสร้างความตระหนักถึงอันตราย หรือการดูแลตนเองของกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีได้เป็นอย่างดี

การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

จากการศึกษาพบว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งของกลุ่มตัวอย่างทุกคนปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ถูกต้องครบตามขั้นตอน คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งถือเป็นประเด็นที่น่าสนใจมากกว่าแม้แต่บุคลากรสุขภาพที่อยู่ในแหล่งเรียนรู้ด้านสุขภาพก็ยังไม่สามารถตรวจเต้านมได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตามภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรมฯ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ถูกต้องครบทุกขั้นตอน ซึ่งการปฏิบัติถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ สามารถอธิบายได้ว่าการที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการเรียนรู้ผ่านอีเลิร์นนิ่งและมีการฝึกทักษะในการตรวจเต้านมด้วยตนเองซ้ำ ๆ หลายครั้ง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้ว่าตนเองมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติทักษะของตนเอง รวมทั้งบทเรียนออนไลน์ในหัวข้อขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นสื่อที่มีประสิทธิภาพในการตรวจสอบการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และมีการตรวจเป็นลำดับขั้นตอนประกอบด้วยภาพเคลื่อนไหว สี และมีการใช้เสียงและภาษาที่ชัดเจนของผู้บรรยายทำให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นภาพการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ซึ่งมีความใกล้เคียงกับสถานการณ์จริงมากและเป็นสื่อที่มีภาพ สีสันน่าสนใจ ดึงดูดให้กลุ่มตัวอย่างสามารถสังเกตทักษะของผู้ตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างชัดเจน กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ที่แปลกใหม่จากการอ่านและเปลี่ยนเป็นการฝึกปฏิบัติตาม อีกทั้งยังอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณมีความสามารถที่จะตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ ทำให้เกิดความพยายามที่จะฝึกทักษะการตรวจเต้านมของตนเองอย่างสม่ำเสมอ บทเรียนออนไลน์เรื่องขั้นตอนการตรวจเต้านมด้วยตนเองในโปรแกรมฯ เป็นการกระตุ้นทางอารมณ์ให้เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย โดยสามารถดูผ่านสมาร์ตโฟนได้ และไม่ต้องเร่งรีบในการเรียนเนื่องจาก



มีระยะเวลาในการทบทวนบทเรียน เป็นระยะเวลา 1 เดือน ทำให้สามารถดูซ้ำๆ ได้หลายรอบตามต้องการ โดยไม่มีข้อจำกัดด้านเวลาและสถานที่ เป็นการตอบสนองการเรียนรู้ตามความต้องการและความแตกต่างของแต่ละบุคคลซึ่งจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเรียนรู้ได้ดีขึ้น

กระบวนการพัฒนาการเรียนรู้ดังกล่าวข้างต้นส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างเกิดเป็นทักษะที่จะทำพฤติกรรมนั้นๆ การศึกษาครั้งนี้ได้ผลในทำนองเดียวกันกับการศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบประสิทธิผลของสื่อแผ่นพับกับวีดิทัศน์ต่อการสอนผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเต้านม หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรธานีพบว่า ผลการประเมินทักษะการออกกำลังกายในกลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยวีดิทัศน์ปฏิบัติได้ถูกต้องมากกว่ากลุ่มที่ได้รับการสอนด้วยสื่อแผ่นพับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสื่อวีดิทัศน์มีความชัดเจนของภาพประกอบ มีความเหมาะสมของรูปแบบ และเนื้อหาเป็นลำดับดูแล้วปฏิบัติตามได้ (Srisoy & Akkarasetsakul, 2020) แต่ได้ผลต่างจากการศึกษาเรื่องบทเรียนคอมพิวเตอร์ช่วยสอนสื่อประสมเพื่อส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในนักศึกษาสาขาอาชีพพบว่า กลุ่มทดลองมีความสามารถในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทักษะการตรวจเต้านมไม่แตกต่างกับกลุ่มเปรียบเทียบที่สอนโดยวิธีการบรรยาย (Yonphan, Kaveevivitchai, & Neelapaichit, 2016) นอกจากนี้จากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยแรงงาน พบว่า ความถูกต้องของพฤติกรรมตรวจเต้านมด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ความมั่นใจต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการมีแรงสนับสนุนทางสังคม (Chamnanchang, Priyatrak, & Moopayak, 2014) ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นหลังได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ที่เป็นแหล่งสนับสนุนด้านทรัพยากรจากผู้วิจัยที่เป็นบุคลากรทางสุขภาพ จึงทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถตรวจเต้านมครบทุกขั้นตอนเพิ่มขึ้น และเมื่อพิจารณาคะแนนการปฏิบัติ พบว่าคะแนนหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ (11.79, SD = 1.76) เพิ่มขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ (1.41, SD = 2.38) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่ามีกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ครบทุกขั้นตอนจำนวนร้อยละ 42.86 ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่าการเข้าร่วมโปรแกรมฯ เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอต่อการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มตัวอย่างทุกคน อาจต้องมีการใช้กลยุทธ์อื่นๆ ช่วยสนับสนุน

โดยสรุป โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งสามารถเพิ่มความรู้และการปฏิบัติของกลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นจึงควรนำไปใช้ในการส่งเสริมให้สตรีมีการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพื่อการค้นหามะเร็งเต้านมแต่เริ่มแรก

ข้อจำกัดของการวิจัย

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในบุคลากรทางสุขภาพ ดังนั้นหากจะนำโปรแกรมอีเลิร์นนิ่งไปใช้กับกลุ่มอื่นที่ไม่ใช่บุคลากรสุขภาพควรมีการปรับเนื้อหาให้เหมาะสมก่อนนำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการนำโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งไปขยายผลในหน่วยงานอื่น เพื่อเกิดประโยชน์แก่บุคลากรในโรงพยาบาลต่อไป
2. ควรมีการนำกลยุทธ์อื่นมาช่วยเสริมเพิ่มจากการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิ่งเพื่อให้กลุ่มบุคลากรสุขภาพสตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต้องครบทุกขั้นตอนเพิ่มขึ้น เช่น การนำเจ้าหน้าที่ผู้ที่มีชื่อเสียงหรือบุคคลสำคัญในโรงพยาบาลมาเป็นทูตในการรณรงค์ การใช้สื่อโซเชียลมีเดีย การใช้พอดแคสต์ การจัดกิจกรรมการเดินวิ่งการกุศล การแสดงดนตรี การจัดนิทรรศการ เป็นต้น
3. ควรมีการศึกษาเรื่องการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองในผู้รับบริการสตรีในโรงพยาบาล และสตรีในสถานศึกษา และสถานประกอบการต่างๆ ต่อไป



ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองผ่านอีเลิร์นนิงต่อความรู้และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และควรมีการวัดผลซ้ำ

References

- Burns, N., & Grove, S. K. (2010). *The practice of nursing research, conduct, critique, and utilization* (8th ed). Philadelphia: Saunders.
- Chamnanchang, S., Priyatrak, P., & Moopayak, K. (2014). Factors associated with breast self-examination behaviors among women workers. *Journal of Nursing Science*, 32(3), 42-51. (in Thai)
- Chutiraka, S., Perngmark, P., & Chukumnerd, P. (2020). Development of yoga program for spiritual well-being for breast cancer patients receiving chemotherapy. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 40(4), 37-47. (in Thai)
- Kritpreedaborisut, B. (2006). *Statistical analysis for research*. Retrieved from <http://library2.tni.ac.th/ulib/dublin.php?ID=13079#.YciEJmhBxPY>
- Laohajatsang, T. (2018). Designing effective pedagogical approaches with next-generation LMS for students in higher education. *THAITESOL Journal*, 31(1), 1-20. (in Thai)
- Manasatchakun, P., Khueansombat, T., & Worawon, C. (2021). Learning experience of nursing students through conduction complement e-learning in Gerontological Nursing Course. *Journal of MCU Nakhondhat*, 8(2), 225-39. (in Thai)
- Mernkratok, S., Polnigongit, W., & Rakasasuk, N. (2020). The effectiveness of using e-Learning in pre-cooperative education course, Suranaree University of Technology. *Electronic Journal of Open and Distance Innovative Learning*, 10(2), 73-87. (in Thai)
- National Cancer Institute. (2019). *National cancer institute strategic plan 2019 – 2022*. Retrieved from <https://www.nci.go.th/th/Today/download/Pdf>
- National Cancer Institute. (2020). *Hospital cancer registration 2020*. Retrieved from https://www.nci.go.th/e_book/hosbased_2563/index.html.
- Namprom, S. (2019). *ELearning methods: Online teaching and learning method*. Retrieved from <https://reder.red/elearning-method-26-03-2020/>
- Paiboon, M., Chardee, K., Lekawanviset, S., Pongpakatip, S., & Aphinives, P. (2013). Promotion of breast self-examination behavior among female personnels of the outpatient department, Srinagarind Hospital. *Srinagarind Medical Journal*, 28(1), 115-9. (in Thai)
- Pongthavornkamol, K., Watthayu, N., & Khuhaprema, T. (2019). Breast cancer prevention and screening system in Thailand in health practitioners' perspectives. *Thai Cancer Journal*, 39(3), 77-92. (in Thai)
- Pradubwate, R. (2017). Technology learning management guidelines by using Bloom's taxonomy. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 10(3), 1051-1065. (in Thai)



- Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... Hensley, M. (2011). *Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda*. Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10488-010-0319-7>
- Sakcharoen, P. (2015). Adult learning theory and self-directed learning concept: Learning process for promoting lifelong learning. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 16(1), 8-13. (in Thai)
- Srisoy, A., & Akkarasetsakul, A. (2020). The comparative study on the effectiveness of media between brochures and video for teaching mastectomy patients at Department of Female Surgery, UdonThani Hospital. *Udonthani Hospital Medical Journal*, 28(2), 203-11. (in Thai)
- Thammatha, T. (2014). *E-learning: From theory to practice*. Retrieved from http://support.thaicyberu.go.th/research/e-Learning_Book.pdf
- Thongbai, P., & Saengchaiyaphum, A. (2014). *Situation of breast self-examination in women personnel aged 30 to 60 years at Rayong Hospital*. Retrieved from [http://www.rayonghospital.net/sites/default/files/fileupload/Situation Of Breast Self-Examination.pdf](http://www.rayonghospital.net/sites/default/files/fileupload/Situation%20Of%20Breast%20Self-Examination.pdf)
- Thotong, R., Somharnwong, S., Sangrajang, S., Pichainarong, N., Satitvipawee, 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). Effects of promoting breast self-examination programme on women in Hindat Sub-district, Dankhunhot District, Nakhon Ratchasima Province. *Journal of Council of Community Public Health*, 1(1), 41-52. (in Thai)
- Vichean, U., Aukhapatsakun, P., & Srichanchai, U. (2019). E-learning lesson model for students through the network. *Business Review Journal*, 11(1), 231-42. (in Thai)
- Wongjunlongsin, S., & Sumdaengrit, B. (2019). Causes of delayed seeking treatment in Thai women with breast cancer in Ramathibodi Hospital. *Journal of Nursing and Health Care*, 37(3), 201-210. (in Thai)
- Yonphan, P., Kaveevivitchai, C., & Neelapaichit, N. (2016). Computer-mediated multimedia breast self-examination programme for vocational students. *Thai Journal of Nursing Council*, 31(4), 91-103. (in Thai)



The Application of Peplau's Theory of Interpersonal Relations in the Nursing Process for Student Nurses

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาในกระบวนการพยาบาล
สำหรับนักศึกษาพยาบาล

ญาธิดา	วุฒิสาสตร์กุล*	Yatida	Wuttisartkul*
วิยะดา	ทิพม่อม**	Wiyada	Tipmom**
ธัญญาสิริ	ธันยสวัสดิ์***	Thanyasiri	Thanyasawad***

Abstract

Nursing is a science that relies on the art of healing and helping sick people. The nursing process is a work process which is related from start to finish and which uses tools to gain trust regarding the information and concerns of the client. It is the first practice for 2nd-year student nurses where students must apply the theory and knowledge they have learned in practice. Building relationships with clients in wards is a new issue for student nurses who interact with clients in the role of student nurse while still lacking experience and skills in communicating with clients in the role of service providers. Relationship-building is a communication tool used to obtain information and leads to appropriate nursing care. Peplau's theory of interpersonal relations can be applied to each stage of the nursing process, including the orientation phase with condition assessment; the identification phase with nursing diagnosis and planning; the exploitation phase with implementation; and the resolution phase with evaluation.

Peplau's theory of relativity is a theory that places importance on respecting the individuality between nursing students and clients and the diverse roles played by nurses. The phase of solving, in building relationships with clients, aims for the service recipients to truly realize and understand their own problems. Both student nurses and clients will grow and develop themselves together leading to cooperation in solving problems correctly and appropriately.

Keywords: Relationship, Peplau's theory, Student nurse, Nursing process

* Corresponding Author, Lecturer Faculty of Nursing, Ratchathani University Udonthani campus;
e-mail: yatida@rtu.ac.th

** Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani campus

*** Senior Colonel, Lecturer, Faculty of Nursing, Ratchathani University, Udonthani campus



บทคัดย่อ

การพยาบาลถือเป็นศาสตร์ที่ต้องอาศัยศิลปะในการรักษาและช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วย กระบวนการพยาบาลเป็นลักษณะการทำงานที่มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันตั้งแต่ต้นจนจบ ต้องใช้เครื่องมือในการให้ได้มาซึ่งความไว้วางใจที่ผู้รับบริการจะกล่าบอกข้อมูลและความวิตกกังวล การฝึกปฏิบัติงานครั้งแรกของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 2 นักศึกษาต้องใช้ทฤษฎีและความรู้ที่เรียนมาประยุกต์สู่การปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการในหอผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับนักศึกษาพยาบาลในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการในบทบาทของพยาบาล นักศึกษายังขาดประสบการณ์และทักษะในการสื่อสารกับผู้รับบริการในบทบาทของผู้ให้บริการ การสร้างสัมพันธภาพเป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการติดต่อสื่อสารเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและนำไปสู่การพยาบาลที่เหมาะสม ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาวสามารถนำมาประยุกต์ในแต่ละขั้นของกระบวนการพยาบาล อันได้แก่ ระยะเริ่มต้นกับการประเมินสภาพ ระยะระบุปัญหากับการวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล ระยะดำเนินการแก้ปัญหากับการปฏิบัติการพยาบาล และระยะปัญหาคลี่คลาย ยุติสัมพันธภาพกับการประเมินผล

ทฤษฎีสัมพันธภาพของเพปพลาว เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญในการเคารพความเป็นปัจเจกบุคคลซึ่งกันและกันระหว่างนักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการ และต้องใช้บทบาทที่หลากหลายของพยาบาลในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการ มุ่งให้ผู้รับบริการตระหนักและเข้าใจปัญหาของตนเองได้อย่างแท้จริง ทั้งนักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการจะเติบโตและพัฒนาตนเองไปพร้อมกัน และนำไปสู่การให้ความร่วมมือในการแก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

คำสำคัญ: การสร้างสัมพันธภาพ ทฤษฎีสัมพันธภาพของเพปพลาว นักศึกษาพยาบาล กระบวนการพยาบาล

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

e-mail: yatida@rtu.ac.th

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

*** พันเอกพิเศษหญิง อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชธานี วิทยาเขตอุดรธานี

บทนำ

ปฏิบัติการพยาบาลพื้นฐานเป็นวิชาที่นักศึกษาพยาบาลทุกคนต้องได้รับการฝึกปฏิบัติ ซึ่งตามหลักสูตรของคณะพยาบาลศาสตร์ จะอยู่ในปีที่ 2 ของการเรียน ซึ่งเป็นก้าวแรกสำหรับนักศึกษาที่ต้องฝึกการพยาบาลต่างๆที่เป็นหลักการพื้นฐาน และการรวบรวมข้อมูลต่างๆของผู้รับบริการเพื่อนำมาใช้ในการให้การพยาบาล การเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการเป็นสิ่งที่ยากและอัดอัด นักศึกษาจะเกิดความวิตกกังวล เกิดความเครียด และถ้านักศึกษามีบุคลิกภาพแบบวิตกกังวล เครียด ไม่นั่นใจในตนเอง ขาดการเตรียมความพร้อมในการขึ้นฝึกปฏิบัติงาน จะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกมั่นใจในการควบคุมหรือจัดการสถานการณ์ (Namakankham et al., 2008) ซึ่งจะทำให้เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการสร้างความไว้วางใจ (rapport) ความรู้สึกเข้าใจ (empathy) อันเป็นหลักในการสร้างสัมพันธภาพเชิงบวกจะทำให้ยากต่อการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพกับคนแปลกหน้าที่ต้องอยู่ในสถานะของผู้ให้บริการและปฏิบัติงานอยู่ภายใต้จรรยาบรรณวิชาชีพ

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (Peplau) เป็นกระบวนการที่ระบุบทบาทหน้าที่ของพยาบาลและผู้รับบริการในการช่วยเหลือกันและกันเพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาของผู้รับบริการ โดยจะช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในความรู้สึกและปัญหาของตน และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่นได้ กระบวนการนี้จะทำให้พยาบาลและผู้รับบริการได้พัฒนาตนเองและเติบโตขึ้น ซึ่งการนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์สู่กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้นักศึกษาสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ก็จะส่งผลต่อการให้การพยาบาลมีประสิทธิภาพตามมาด้วย

มโนทัศน์หลักทางการพยาบาล (Nursing Metaparadigm)

ฮิลการ์ด เพปพลาว (Hildgegard Peplau) เป็นผู้ริเริ่มในการนำกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดมาใช้คนแรก โดยเริ่มต้นจากแนวคิดในหนังสือเล่มแรกในปี ค.ศ. 1952 ที่ชื่อว่าสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการพยาบาล (Interpersonal Relationship In Nursing) โดยมีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีพัฒนาการ ทฤษฎีการเรียนรู้ และทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยได้รับอิทธิพลจากนักจิตวิทยาหลายท่าน ได้แก่ ซัลลิแวน (Henry Stack Sullivan), ซีมอนด์ (Percival Symonds), มาสโลว์ (Abraham Maslow), และมิลเลอร์ (Neal Elger Miller) (Petiprin, 2021) โดยมีสมมติฐานของทฤษฎีที่ว่า 1. พยาบาลและผู้รับบริการต้องกระทำร่วมกัน 2. ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต้องเติบโตและเรียนรู้ไปด้วยกัน 3. ใช้การสื่อสารและทักษะการสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือทางการพยาบาล และ 4. เพปพลาวเชื่อว่าพยาบาลจะเข้าใจตนเองมากขึ้นและช่วยให้ผู้รับบริการเติบโตและหยั่งรู้ปัญหาของตนเองได้ (Peplau, 1991) มโนทัศน์หลักทางการพยาบาลตามแนวคิดของทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาว แบ่งได้ 4 ด้าน (Peplau, 1991 as cited in Ibrahim, 2008) ได้แก่

1. บุคคล ตามความหมายของเพปพลาวหมายถึง ระบบตัวตน (Self-system) ซึ่งประกอบด้วยลักษณะและความต้องการทางชีวเคมี สรีรวิทยา และด้านสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลสำคัญที่เกี่ยวข้อง เพปพลาวเชื่อว่าบุคคลหนึ่งจะมีความต้องการทางชีวเคมี สรีรวิทยา และสัมพันธภาพ ซึ่งเป็นผลจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเป็นพื้นฐานของพัฒนาการของบุคลิกภาพตั้งแต่วัยทารกจนตลอดช่วงชีวิต เพื่อให้ชีวิตมีความสุข บุคคลทุกคนมีความต้องการเฉพาะตน เมื่อความต้องการไม่ได้รับการสนอง จะส่งผลให้เกิดความไม่พอใจ คับข้องใจ เกิดความเครียดและวิตกกังวล ความรู้สึกต่างๆเหล่านี้ล้วนเกี่ยวข้องกับความรู้สึกที่บุคคลตั้งไว้ และเมื่อบุคคลจะต้องจัดการกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยการเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมของบุคคลมีความหมายโดยมุ่งเน้นให้ตนเองมีความรู้สึกพึงพอใจ มั่นคง ซึ่งเป็นผลจากการรับรู้ของบุคคลต่อสถานการณ์ ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลในการเชื่อมโยงอดีต ปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะประสบการณ์ด้านสัมพันธภาพระหว่างตนเองกับบุคคล

2. สุขภาพ (Health) เพปพลาวได้อธิบายความหมายของคำว่าสุขภาพไว้ว่า เป็นความสุข รู้สึกสบายเพียงพอ เป็นอิสระจากความไม่สุขสบายต่างๆทั้งกายและใจ รวมไปถึงกระบวนการต่างๆที่เปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของมนุษย์ในทางบวกที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง พลังงานในตัวบุคคลจะถูกถ่ายทอดออกมาอย่างสร้างสรรค์หรือมีพฤติกรรมที่ส่งเสริมหรือทำลายภาวะสุขภาพที่มีอยู่แล้วได้

3. สิ่งแวดล้อม (Environment) หมายถึง ปัจจัยภายนอกต่างๆที่จำเป็นในการพัฒนาของมนุษย์ ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและครอบครัว คือสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อสุขภาพของบุคคลนอกจากนี้ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของมนุษย์ตามทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาวได้แก่ วัฒนธรรม ค่านิยม ประเพณี สัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นต้น

4. การพยาบาล (Nursing) หมายถึง การใช้ความรู้ที่มีอยู่แล้วโดยเฉพาะหลักการที่เกี่ยวกับการพัฒนาการของมนุษย์มาใช้ในการส่งเสริมให้มนุษย์มีภาวะสุขภาพดี ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความวิตกกังวล การลดระดับความวิตกกังวลจะส่งผลให้เกิดภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นและขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการติดต่อสื่อสารระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ

สมมติฐานเบื้องต้นของทฤษฎีทางการพยาบาลของเพปพลาว

ทฤษฎีนี้มีความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลประกอบด้วยโครงสร้างทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณที่มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตนที่ทำให้แต่ละคนมีความแตกต่างกัน เมื่อความต้องการทางร่างกายและจิตใจไม่ได้รับการตอบสนอง บุคคลจะมีปฏิกิริยาแสดงออกถึงความรู้สึกกังวลในระดับที่แตกต่างกัน ซึ่งส่งผลต่อสัมพันธภาพที่บุคคลมีกับบุคคลอื่นในสังคม การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจในความรู้สึกและปัญหาของตน และสามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีความหมายกับบุคคลอื่นได้ กระบวนการนี้จะทำให้พยาบาลและผู้รับบริการได้พัฒนาตนเองและเติบโตขึ้น (Pornchaikate au yeong, 2016) เพปพลาวได้ริเริ่มในการวางรากฐานในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับการกระทำกับผู้รับบริการ โดยเปลี่ยนบทบาทของพยาบาลเป็นผู้กระทำร่วมกับผู้รับบริการ โดยทั้งคู่ต้องมีความเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลของกันและกัน และต่างฝ่ายต่างต้องเรียนรู้จากปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น พยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้รับบริการเกิดการหยั่งรู้เกี่ยวกับปัญหาของตนเองจนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาได้

จากสมมติฐานเบื้องต้นของทฤษฎี จะพบว่าปฏิสัมพันธ์ของแต่ละบุคคลที่แสดงออกมา มาจากความรู้สึกวิตกกังวลในระดับที่แตกต่างกันของบุคคล ซึ่งความวิตกกังวล เป็นสภาวะทางอารมณ์ของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งที่มาคุกคามกับจิตใจ ประกอบด้วยความรู้สึกไม่สบายใจ หงุดหงิดใจ หวาดหวั่น หวั่นเกรง อึดอัด ตกใจ กลัว หรือ มั่นใจ เป็นต้น ความวิตกกังวล แบ่งออกเป็น 4 ระดับ (Stuart and Sundeen, 1987 as cited in Lueboonthavatchai, 2002) คือ

1. ความวิตกกังวลระดับต่ำ (Mild anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลของบุคคลโดยทั่วไป เป็นระดับที่ส่งผลดีเพราะจะช่วยให้บุคคลแก้ปัญหาและแสดงพฤติกรรมตอบสนองกับสิ่งกระตุ้นได้ดี และช่วยให้บุคคลสามารถพยายามทำงานนั้นๆให้สำเร็จได้

2. ความวิตกกังวลระดับกลาง (Moderate anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลที่เพิ่มมากขึ้นมาอีกขั้นจากระดับพื้นฐานของบุคคลทั่วไป ในระดับนี้จะทำให้บุคคลเกิดการรับรู้แคบลง สมาธิและการรับรู้ข้อมูลต่างๆลดลง จะสนใจเฉพาะปัญหาที่ตนกำลังประสบ บุคคลจะพยายามควบคุมตนเองมากขึ้น พยายามแก้ปัญหาสูงขึ้น

3. ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลสูง บุคคลจะรู้สึกมีอาการมึนงง กระสับกระส่าย ไม่อยู่กับที่ ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม หัวใจเต้นเร็วและอาจมีอาการเจ็บที่หน้าอกได้ การรับรู้แคบลงสมาธิในการรับฟังปัญหาและข้อมูลต่างๆลดลง เพราะหมกมุ่นในรายละเอียดต่างๆมากไป

4. ความวิตกกังวลระดับสูงสุด (Panic anxiety) เป็นระดับความวิตกกังวลสูงสุดทำให้การรับรู้ข้อมูลเรื่องราวต่าง ๆ ลดลงบุคคลจะรู้สึกสูญเสียการรับรู้เหตุผล ความคิด มีภาพหลอน หูแว่วและแขนขาขยับไม่ได้ ควบคุมตนเองไม่ได้ วุ่นวาย ไม่มีแรง เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจะเป็นไปตามบทบาทหน้าที่ โครงสร้างทางสังคม นอกเหนือจากปัจจัยที่เป็นนามธรรม เช่น ค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึก ฯ ยังได้รับอิทธิพลโดยตรงจากคุณสมบัติของตัวบุคคล (Payomyam, 2005) ได้แก่

1. สรีรวิทยา (Physiology) หมายถึง พื้นฐานทางชีวภาพที่กำหนดความต้องการของร่างกาย เช่น ความง่วง ความหิว ความเหนื่อย เป็นต้น รวมไปถึงระบบสมองล้วนมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมและส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลอื่น (Payomyam, 2005)

2. บุคลิกภาพ (Personality) หมายถึง ลักษณะเฉพาะของบุคคลที่เกิดจากการเรียนรู้และพันธุกรรมที่แสดงออกมาในรูปแบบของกิริยามารยาทและอุปนิสัย บุคลิกภาพมีความสลับซับซ้อนเป็นอย่างมาก ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการปรับตัวเข้ากับผู้อื่น การเรียนรู้บทบาทของตนเองและผู้อื่น ความสามารถในการไว้วางใจ การให้ความรัก ความเชื่อถือต่อผู้อื่นอันมีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Schneider, 1976 as cited in Manikat, 2000) และที่สำคัญตามมุมมองของเพปเปลว ความวิตกกังวลของแต่ละบุคคลและแต่ละระดับ ดังที่กล่าวมาแล้ว ล้วนส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

3. ด้านการศึกษา (Knowledge) การศึกษาและการเรียนรู้ด้วยตนเองจะช่วยให้เสริมสร้างสัมพันธภาพ การติดต่อและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น โดยพบว่าบุคคลที่มีความรู้มีแนวโน้มจะสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพได้ดีกว่า (Sookmak, 2014)

4. ค่านิยม (Value) หมายถึง เจตคติต่าง ๆ ที่บุคคลหนึ่งต้องการที่จะเน้นหรือทราบว่ามีค่าเหนือกว่าคนอื่น ๆ ซึ่งเจตคติต่าง ๆ มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ประสพการณ์จากความเจ็บปวดต่าง ๆ การถูกโกหก การถูกทรยศ การปฏิเสธ การถูกวิจารณ์ (Leary, 2020) ล้วนเป็นเจตคติที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เป็นต้น

5. ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นประสบการณ์ ลักษณะต่าง ๆ คุณภาพต่าง ๆ ของบุคคลที่แตกต่างไปจากคนอื่น ความนึกคิดเกี่ยวกับตนเองจะถูกหล่อหลอมให้เกิดขึ้นเป็นทัศนคติที่เป็นแกนกลางของลักษณะบุคคลนั้น และเมื่อใดที่มีความคิดเกี่ยวกับตนเองเกิดขึ้น พฤติกรรมเฉพาะอย่างได้รับการปรับจนเป็นที่ยอมรับก็จะมีแนวโน้มที่อยากต่อการเปลี่ยนแปลงและอยากต่อการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นด้วย (Sullivan, 1990 as cited in Kaewkangwan, 2002)

6. สังคมและวัฒนธรรม (Society and culture) ความแตกต่างทางโครงสร้างสังคมจะทำให้แต่ละคนมีบทบาท และหน้าที่แตกต่างไปตามสถานภาพในโครงสร้างนั้น ๆ การปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่ก็จะจะเป็นไปตามวัฒนธรรมของสังคมนั้น ซึ่งความแตกต่างของสังคมและวัฒนธรรมจะทำให้พฤติกรรมการสร้างสัมพันธภาพแตกต่างกันด้วย (Payomyam, 2005)

บทบาทของพยาบาลในการปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ (Nursing roles)

เพปเปลวเชื่อว่าพยาบาลควรมีทั้งบทบาทหลักและบทบาทรองในการสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ เพียงแต่บทบาทที่ไม่ใช่บทบาทหลักไม่จำเป็นต้องลงรายละเอียด เช่น บทบาทการเป็นผู้ทำสมาธิ บทบาทการเป็นตัวแทนการขัดเกลาทางสังคม เป็นต้น อย่างไรก็ตามในการสวมบทบาทของพยาบาลควรใช้ปัญญาและจินตนาการ



ตามบริบทของผู้รับบริการ (Peplau, 1991 as cited in Ganzalo, 2021) บทบาทหลักของพยาบาลในการปฏิสัมพันธ์ คือ

1. บทบาทคนแปลกหน้า (Stranger) เป็นบทบาทเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพ ในการพบกันครั้งแรกของพยาบาลและผู้รับบริการ การยอมรับในความเป็นตัวตนของผู้รับบริการโดยไม่มีเงื่อนไขและพึงตระหนักเสมอว่าผู้รับบริการแต่ละคนมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตน ให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลการติดต่อสื่อสารในทางบวก มีการยอมรับนับถือและทำความเข้าใจกันและกัน

2. บทบาทผู้เป็นแหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรบุคคล (Resource person) พยาบาลจะมีบทบาทในการที่จะช่วยให้ผู้รับบริการค้นพบปัญหาและความต้องการของตนเอง โดยการช่วยให้ข้อมูล ความรู้ ช่วยในการค้นหาวิธีที่จะเผชิญกับปัญหา สถานการณ์ต่างๆได้

3. บทบาทครู (Teacher) บทบาทนี้จะร่วมกับบทบาทอื่นๆโดยการให้ความรู้ที่ถูกต้องตามความต้องการของผู้รับบริการ โดยการประเมินสิ่งที่จำเป็นในสิ่งที่ต้องรู้ แล้วให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้รับบริการเพื่อให้เกิดการเรียนรู้

4. บทบาทผู้นำ (Leader) บทบาทนี้พยาบาลจะพัฒนาสัมพันธภาพให้ดำเนินไปอย่างต่อเนื่องและมีส่วนร่วมเป็นประชาธิปไตย โดยการกระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ และดำเนินการตามเป้าหมายที่กำหนด

5. บทบาทผู้ทดแทน (Surrogate) เป็นบทบาทที่จะเกิดขึ้นในกระบวนการสร้างสัมพันธภาพเมื่อผู้รับบริการไม่สามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง หรือมีความต้องการที่จะให้พยาบาลช่วยเหลือทดแทนการเป็นบุคคลสำคัญให้แก่ผู้รับบริการ พยาบาลจะช่วยให้ผู้รับบริการเห็นความแตกต่างและความเหมือนของบุคคล 2 คน ขึ้นไป ผู้รับบริการจะเข้าใจความรู้สึกของบุคคลสำคัญที่ต้องการเชื่อมโยงมากขึ้น และพยาบาลจะช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงความคล้ายคลึงและความแตกต่างระหว่างพยาบาลกับบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้รับบริการ

6. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Counselor) บทบาทนี้มีความสัมพันธ์ในการบำบัดเพราะเป็นบทบาทที่พยาบาลจะต้องใช้ทักษะและความรู้ทางวิชาชีพที่ได้รับการฝึกฝน โดยการช่วยให้ผู้รับบริการรับรู้สภาพต่างๆตามความเป็นจริง เกิดการตระหนักในตนเอง เข้าใจและยอมรับตนเอง กล้าเผชิญปัญหา มีความรับผิดชอบและสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหได้ด้วยตนเอง

7. บทบาทผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (Technical expert) บทบาทนี้ไม่ได้กล่าวถึงในงานของเพปพลาวในช่วงแรกแต่ได้มีการปรับเพิ่มในภายหลัง พยาบาลต้องใช้ทักษะในการให้บริการทางการแพทย์ และสามารถใช้อุปกรณ์ต่างๆทางการแพทย์ในการประเมินและให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้รับบริการได้อย่างเหมาะสม (Pornchaikate au yeong, 2016)

นอกจากบทบาทหลักดังกล่าวแล้ว อาจมีบทบาทอื่นๆที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละระยะของสัมพันธภาพ เช่น บทบาทผู้บริหาร บทบาทผู้จัดการสิ่งแวดล้อม บทบาทผู้ชำนาญการด้านเทคนิค เป็นต้น ในระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ บทบาทแรกที่จะเริ่มใช้คือบทบาทคนแปลกหน้า เมื่อเข้าสู่ระยะระบุปัญหาและระยะดำเนินการแก้ปัญหา จะใช้บทบาทผู้ให้การสนับสนุน ครู ผู้นำ ผู้ทดแทน ผู้ให้คำปรึกษา จนเข้าสู่ระยะสรุปผล ผู้รับบริการจะเติบโต มีวุฒิภาวะพร้อมที่จะจัดการปัญหาและพึ่งพาตนเองได้ (Alligood & Tomey, 2010)

นักศึกษาพยาบาล สามารถนำทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาวมาประยุกต์ในแต่ละขั้นตอนเพื่อเป็นแนวทางในการมีปฏิสัมพันธ์และนำทฤษฎีทางการแพทย์มาประยุกต์ตามความเหมาะสมของแต่ละบริบท ซึ่งในแต่ละขั้นตอนนักศึกษาพยาบาลสามารถใช้บทบาทแต่ละบทบาทตามสถานการณ์และตามความเป็นปัจเจกของผู้รับบริการ

การประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพของเพปพลาวใช้ในกระบวนการพยาบาลสำหรับนักศึกษาพยาบาล

ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของเพปพลาว (Theory of Interpersonal Relations) แบ่งการสร้างสัมพันธภาพออกเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ 2) ระยะระบุปัญหา 3) ระยะดำเนินการแก้ปัญหา และ 4) ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ ในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้รับบริการต้องเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลของกันและกัน และนำทฤษฎีลงสู่การปฏิบัติในกระบวนการพยาบาลซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ การประเมินสภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล (Potter & Perry, 2005) โดยในการเริ่มต้นของการสร้างสัมพันธภาพนั้นควรให้ความสำคัญกับการเตรียมตัวก่อนเริ่มมีปฏิสัมพันธ์ เคารพซึ่งกันและกันและยอมรับในความเป็นปัจเจกของบุคคล สัมพันธภาพมีลักษณะเป็นกระบวนการต่อเนื่อง มีความเกี่ยวพันในการดำเนินการแต่ละระยะ ดังนั้นนักศึกษาต้องมีการประเมินตนเอง (Self-Assessment) ให้เป็นอย่างดีและใช้ความเข้าใจตนเองเป็นเครื่องมือในการเข้าใจผู้รับบริการเช่นเดียวกัน

1. ระยะเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพ (Orientation phase) กับ การประเมินสภาพ (Assessment)

เป็นระยะเริ่มแรกที่นักศึกษาพยาบาลได้พบกับผู้รับบริการในลักษณะคนแปลกหน้า บทบาทของนักศึกษาในระยะนี้คือต้องให้การต้อนรับผู้รับบริการด้วยความอบอุ่น เปิดใจยอมรับ ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกอบอุ่นใจปลอดภัยและเกิดความไว้วางใจ สร้างบรรยากาศของการช่วยเหลือและทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะร่วมมือในการดูแลสุขภาพต่อไป ปัจจัยที่มีผลต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักศึกษาพยาบาลกับผู้รับบริการ ได้แก่ ค่านิยม ประสบการณ์ในอดีต ความคิดเดิม ความเชื่อ วัฒนธรรม ความคาดหวัง ในกระบวนการพยาบาล การประเมินภาวะสุขภาพต้องเริ่มจากการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ สัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดความรู้สึกร่วมและเสริมสร้างความรู้สึกที่ดี ซึ่งต้องตระหนักในความรู้สึกของแต่ละฝ่าย ให้ความเคารพในการเป็นบุคคลของแต่ละฝ่าย มีความเข้าใจ เอาใจเขามาใส่ใจเรา ซึ่งถือว่าเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการสร้างสัมพันธภาพ (Senadisai, 2015) ขั้นตอนนี้ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาล โดยการสัมภาษณ์ซักประวัติ เพื่อรวบรวมปัญหาและสนองตอบต่อความต้องการทางการพยาบาลได้ ถ้านักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการเข้าใจกันและกันดีจะทำให้ทั้งสองฝ่ายพร้อมที่จะดำเนินขั้นตอนต่อไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัญหาที่พบบ่อยในขั้นตอนนี้ นักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการมีความรู้สึกวิตกกังวล ขาดความมั่นใจ ไม่แน่ใจในกันและกันว่าตนต้องทำอะไร ซึ่งในระยะนี้อาจารย์พยาบาลต้องสร้างความมั่นใจให้กับนักศึกษา โดยให้นักศึกษาได้แสดงบทบาทสมมติระหว่างตนเองและเพื่อนนักศึกษา เพื่อทบทวนและเตรียมความมั่นใจให้มากยิ่งขึ้น จากนั้นจึงปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนดไว้

แนวทางปฏิบัติ

- 1) นักศึกษาพยาบาลแนะนำตนเอง เพื่อสร้างความไว้วางใจ หลังจากนั้นให้แจ้งวัตถุประสงค์ของการให้การพยาบาล
- 2) กำหนดข้อตกลงของการสร้างสัมพันธภาพ โดยนักศึกษาต้องแจ้งข้อตกลงของสถานที่ เวลา ในการให้การพยาบาล
- 3) เพื่อลดความวิตกกังวลจากการพบกันครั้งแรก ให้นักศึกษาแสดงท่าทีด้วยความเชื่อมั่น ให้เกียรติและยอมรับในความเป็นปัจเจกของผู้รับบริการ รวมถึงเคารพในสิทธิของผู้ป่วยเสมอ
- 4) ประเมินความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้รับบริการ และประเมินความคิด ความรู้สึกต่อตนเองต่อการเจ็บป่วย

5) รวบรวมข้อมูล ประวัติต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการไว้ให้พร้อม เตรียมและทบทวนทักษะต่างๆให้พร้อม เพื่อใช้ประกอบการให้การพยาบาล

2. ระยะระบุปัญหา (Identification phase) กับ การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing diagnosis) และการวางแผนการพยาบาล (Planning)

ระยะนี้ผู้รับบริการจะมีการตอบสนองต่อนักศึกษาพยาบาล ซึ่งแต่ละคนจะมีท่าทีและการตอบสนองมาน้อยแตกต่างกัน ระยะการสร้างสัมพันธภาพนี้สามารถนำมาสู่กระบวนการพยาบาลในขั้นตอนการวินิจฉัยการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาล(Nursing diagnosis) เป็นขั้นตอนของการนำความต้องการหรือปัญหาทางสุขภาพของผู้รับบริการ (Client's need problems) ที่ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลข้อเท็จจริงจนสรุปได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสุขภาพมาเขียนเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแล้วนำมาวางแผนการพยาบาล (Planning) โดยจัดลำดับตามความสำคัญและความเร่งด่วนของปัญหา (Hanyoot, 2014) ซึ่งมีหลักพิจารณา 2 ทาง คือ 1) ปัญหาที่มีความรุนแรงและมีความเร่งด่วนในชีวิตที่ต้องได้รับการแก้ไขทันทีและเร่งด่วน และ 2) การจัดความสำคัญโดยใช้ทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs theory) ซึ่งเรียงตามความต้องการของมนุษย์ ความต้องการด้านร่างกายเพื่อการมีชีวิตอยู่รอด ได้แก่ อากาศ อาหาร น้ำ การขับถ่าย อุณหภูมิ ที่อยู่อาศัย การพักผ่อน นอนหลับและความสัมพันธ์ทางเพศ (Maslow, 2019) นักศึกษาพยาบาลจะต้องนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมากำหนดและเรียงลำดับปัญหาสุขภาพและข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล แล้วนำมาวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับปัญหา ซึ่งรวมไปถึงการกำหนดกิจกรรมการพยาบาลและเป้าหมายร่วมกัน

ปัญหาที่พบบ่อยในขั้นตอนนี้ การให้ความร่วมมือและการตอบสนองต่อปัญหาของผู้รับบริการจะเลือกตอบสนองต่อนักศึกษาพยาบาลที่มองเห็นปัญหาของตนได้ตรงกัน ซึ่งอาจจะทำให้นักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการยังคงติดกั๊ก และอาจแสดงออกด้วยพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น ไม่ตอบคำถาม แกล้งหลับ ยุ่ง ไม่ว่าง ไม่ใส่ใจ เป็นต้น

แนวทางปฏิบัติ

- 1) ยอมรับและให้เวลา สร้างความไว้วางใจด้วยความจริงใจให้มากขึ้น
- 2) สนองความต้องการของผู้รับบริการอย่างเร่งด่วนด้วยท่าทีใส่ใจ เต็มใจและมีความน่าเชื่อถือด้วยความรู้และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมั่นใจ
- 3) ค้นหาสาเหตุของปัญหาผู้รับบริการ กระตุ้นให้ผู้รับบริการระบายปัญหาความวิตกกังวลออกมาให้มากที่สุด เพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาระบุปัญหา และในการสนทนาควรตั้งใจฟังอย่างเข้าใจและเห็นใจในปัญหาของผู้รับบริการมากกว่าการแนะนำ ชัดแย้งหรือสั่งสอน การถามควรถามในสิ่งที่ไม่เข้าใจเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ
- 4) ลำดับความสำคัญของปัญหาจากข้อมูลที่ประเมินได้ และกำหนดการพยาบาลตามความเหมาะสม โดยคำนึงถึงความเป็นปัจเจกของบุคคลและความต้องการของผู้รับบริการ
- 5) เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้แสดงความรู้สึก รับฟังปัญหาและนักศึกษาควรแสดงท่าทีเชิงบวกกับผู้รับบริการตลอดระยะการสร้างสัมพันธภาพ

3. ระยะดำเนินการแก้ปัญหา (Exploitation phase) กับ การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)

หลังจากสามารถระบุปัญหาได้แล้ว ทั้งนักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการต่างรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยเหลือกันแก้ปัญหา และเห็นคุณค่าของสัมพันธภาพและเห็นประโยชน์ ในขั้นตอนการปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนการนำแผนการพยาบาลไปสู่การปฏิบัติ โดยใช้แผนการพยาบาลที่มีความสมบูรณ์และถูกต้อง

(Hanyoot, 2014) ทั้งพยาบาลและผู้รับบริการต่างเคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลของกันและกัน เกิดการเรียนรู้กันและกัน ยอมรับและให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ผู้รับบริการจะแสดงท่าทีของการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา เกิดความสัมพันธ์ในลักษณะ “Therapeutic relation”

ปัญหาที่พบบ่อยในขั้นตอนนี้ นักศึกษาพยาบาลมีความวิตกกังวล เนื่องจากไม่แน่ใจในปัญหาที่สรุปมาว่าเป็นปัญหาที่แท้จริงของผู้รับบริการหรือไม่ ในการปฏิบัติการพยาบาลบางครั้งนักศึกษาพยาบาลเกิดความเห็นอกเห็นใจผู้รับบริการมากเกินไป และบางคนอาจเกิดความกลัวที่จะต้องสัมผัสภาพที่ใกล้ชิดกับผู้รับบริการ ซึ่งล้วนก่อให้เกิดความวิตกกังวล และในทางกลับกันผู้รับบริการบางคนอาจเกิดความรู้สึกผูกพันและต้องการยึดนักศึกษาพยาบาลไว้เป็นที่พึ่ง

แนวทางปฏิบัติ

- 1) นักศึกษาพยาบาลต้องฝึกตนเองให้มีความพร้อมในการใช้ทักษะต่างๆ รวมถึงการทบทวนทฤษฎีทางการพยาบาลต่างๆ มาปรับใช้กับผู้รับบริการอย่างเหมาะสม
- 2) ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ
- 3) หลังให้การพยาบาล ควรกระตุ้นให้ผู้รับบริการได้ทบทวนตนเองเพื่อวิเคราะห์พฤติกรรม ความคิด การกระทำของตนเองเพื่อการเข้าใจตนเองและเข้าใจปัญหาที่เกิดขึ้น
- 4) ช่วยเหลือผู้รับบริการอย่างจริงใจ ให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองและผู้รับบริการและสามารถแก้ปัญหาของผู้รับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ (Resolution phase) กับ การประเมินผล (Evaluation)

เมื่อผู้รับบริการได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามที่วางแผนไว้แล้ว ผู้รับบริการจะต้องการการช่วยเหลือที่น้อยลงเพราะการเรียนรู้ถึงความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการของตนเองอย่างสร้างสรรค์ เกิดความพึงพอใจ เกิดสมดุลทางอารมณ์ ซึ่งในระยะการประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของการพยาบาล เป็นการประเมินทุกขณะของการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อตรวจสอบกิจกรรมการพยาบาลที่ให้แกผู้รับบริการที่สอดคล้องกับเป้าหมายและสิ่งที่คาดหวัง ขั้นตอนการประเมินผลนี้จะต้องมีการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ ต้องปรับเพิ่มอย่างไร อาจมีการสร้างเป้าหมายใหม่เพื่อการพยาบาล และเมื่อผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้หรือได้รับการตอบสนองทางการพยาบาลตามวัตถุประสงค์แล้ว จะหมายถึงการสื่อสารของนักศึกษาพยาบาลกับผู้รับบริการ มีประสิทธิภาพซึ่งเป็นการสร้างสัมพันธภาพอย่างมีประสิทธิภาพด้วย และสัมพันธภาพในกระบวนการประเมินผลจะสิ้นสุดลง

ปัญหาที่พบบ่อยในขั้นตอนนี้ นักศึกษาพยาบาลจะกังวลและไม่มั่นใจถ้าตนเองให้การพยาบาลด้วยความไม่พร้อม และผู้รับบริการจะเริ่มกังวล ความรู้สึกขาดที่พึ่งในการแยกจาก และสูญเสียจะแสดงพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ เช่น ก้าวร้าว ซึมเศร้า ไม่ให้ความร่วมมือ ไม่เป็นมิตรออกมา เป็นต้น

แนวทางปฏิบัติ

- 1) ควรมีการแจ้งผู้รับบริการให้เตรียมตัวล่วงหน้าอย่างน้อย 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้ผู้รับบริการเตรียมตัวและสังเกตปฏิกิริยาท่าทางเพื่อการช่วยเหลือและแก้ไขต่อไป
- 2) ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการวางแผนการสิ้นสุดร่วมกับนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้ผู้รับบริการร่วมรับรู้ในกระบวนการและเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการ
- 3) ทั้งนักศึกษาพยาบาลและผู้รับบริการควรเรียนรู้ถึงการยุติสัมพันธภาพและยอมรับความจริง ว่าเมื่อผู้รับบริการสามารถดูแลตนเองได้ เข้าใจความต้องการของตนเอง ปัญหาของตนเอง และได้รับการตอบสนองตาม



ความต้องการแล้ว นักศึกษาพยาบาลจะสิ้นสุดบทบาทในการเป็นผู้ดูแลและผู้รับบริการต้องสามารถดูแลตนเองต่อไปได้

ความสำเร็จในการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาวสู่กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายส่วน ซึ่งหากผู้รับบริการและนักศึกษาพยาบาลมีความไม่พร้อมในตอนแรกจะทำให้ระยะสร้างสัมพันธภาพต้องใช้ระยะเวลานานขึ้น และอาจทำให้ระยะอื่นๆมีความล่าช้าตามมา ดังนั้นการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาวต้องขึ้นกับทักษะ ความชำนาญ ประสบการณ์ ความพร้อมของทั้งสองฝ่าย และขึ้นกับความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้รับบริการที่นักศึกษาต้องพึงตระหนักด้วย

ในปัจจุบันมีการนำทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาวไปประยุกต์ใช้ในงานวิจัยจำนวนมาก เพื่อใช้ในการสร้างสัมพันธภาพเป็นเครื่องมือในการลดความวิตกกังวลเพื่อการบำบัด การรักษา ผู้รับบริการ จูทามาต ทองประดับ (Thongpradab, 2019) อธิบายถึงการประยุกต์ทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในการสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า โดยการนำเทคนิคการสื่อสารต่างๆมาใช้ในการสื่อสารอธิบายออกมาในรูปแบบตัวอย่างของการสื่อสารในแต่ละระยะ รวมถึงการสังเกตและรวบรวมข้อมูลมาประเมินอาการ ปัญหาและหาแนวทางในการแก้ไข ซึ่งจะสามารถช่วยให้พยาบาลเข้าใจความรู้สึกและทราบความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุได้ นอกจากนี้ วันดี ชูชื่น (Choochuen, 2019) ได้นำทฤษฎีสัมพันธภาพของเพปพลาวมาประยุกต์ใช้พัฒนาการเรียนการสอนภาคทดลองการให้คำปรึกษาในกรณีศึกษา พบว่าช่วยให้นักศึกษาเข้าใจวิธีการให้คำปรึกษามากขึ้น ได้เทคนิคต่างๆมากมายในการนำไปใช้กับผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังช่วยให้นักศึกษาพัฒนาศักยภาพของตนเองในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น พัฒนาความเข้าใจในตนเอง ความคิด พฤติกรรมของตนเองมากขึ้น

สรุป

กระบวนการพยาบาลเป็นการกระทำกิจกรรมการดูแลผู้รับบริการแบบต่อเนื่องกันทุกขั้นตอน ซึ่งแต่ละขั้นตอนสามารถนำกระบวนการของทฤษฎีการสร้างสัมพันธภาพของเพปพลาวมาประยุกต์ใช้ในขั้นตอนเพื่อให้ผู้รับบริการมีการเข้าใจตนเองและพฤติกรรมตนเอง เกิดการยอมรับตนเอง เกิดการเรียนรู้และปรับปรุงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และนักศึกษาพยาบาลเองจะสามารถดำเนินการค้นหาปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหาลงมือให้สอดคล้องกับปัญหาของผู้รับบริการ และได้ตระหนักรู้ในตนเอง สามารถใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจผู้รับบริการ และให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างมีขั้นตอนและเหมาะสม ตามเป้าหมายต่อไป

References

- Alligood, A. M., & Tomey, A. M. (2010). *Nursing theorists and their work* (7th ed.). Missouri: Mosby Elsevier.
- Choochuen, W. (2019). Application of nursing theory for a student-centered teaching. *Journal of Health Research and Innovation*, 2(1), 96.
- Ganzalo, A. (2021). *Hildegard Peplau: Interpersonal relations theory*. Retrieved from <https://nurselabs.com/hildegard-peplaus-interpersonal-relations-theory>.
- Hanyoot, O. (2014). Nursing process and Implications. *The Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(3), 137-143. (in Thai)



- Ibrahim, F. (2008). *Nursing Practice according to the nursing theory framework*. Bangkok: Samjaroenpanich. (in Thai)
- Kaewkangwan, S. (2002). *Psychology of life development at all ages*. Bangkok: Thammasart University. (in Thai)
- Leary, M. (2020). *Relational value in relationships*. Retrieved from <https://www.thegreatcoursesdaily.com/relational-value-in-relationships/>
- Manikat, W. (2000). *Interpersonal relationship and organization commitment of professional nurses Somdej Phra Yuparat Hospital* (Master's thesis). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Maslow, A. H. (2019). *A theory of human motivation*. Retrieved from <https://books.google.co.th/books?id=SV2HDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=maslow%27s+hierarchy+of+needs&hl=th&sa>
- Namakankham, A., Suwannayos, C., Khawnnnguen, P., & Udomkhamsook, W. (2008). *Stress and factor's relationship to stress of student nurse in ward*. *Nursing Journal*, 35(12), 26-36. (in Thai)
- Payomyam, S. (2005). *Psychology of interpersonal relations*. Bangkok: Bangkok-Com Techtrade. (in Thai)
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersona relations in Nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: Spring Public.
- Petiprin, A. (2021). *Peplau's theory of interpersonal relations*. Retrieved from <https://nursing-theory.org/theories-and-models/peplau-theory-of-interpersonal-relations.php>
- Pornchaikate au yeong, A. (2016). *Psychiatric nursing*. Bangkok: Scan Art. (in Thai)
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Fundamental of Nursing* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby
- Senadisai, S. (2015). *Fundamentals of nursing*. Bangkok: Joodthong. (in Thai)
- Sookmak, W. (2014). *Communication and Relation for Therapeutic*. Maha Sarakham: Kakayia. (in Thai)
- Thongpradab, J. (2019). The application of the theory of interpersonal relations to communicate with older adults who suffer from depression. *The Red Cross Nursing Journal*, 12(1), 71-79. (in Thai)



Nurses' Role in Management of Sepsis Following Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021

บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021

ปรเมษฐ์

อินทร์สุข*

Poramate

Insook*

เชษฐาฤทธิ

บริบูรณ์**

Chestharid

Borriboon**

Abstract

Sepsis is a life-threatening condition that can lead to organ dysfunction and death. Early appropriate management based on current evidence-based practice is important. This article aims to review the literature on sepsis, the effects of sepsis, sepsis management guidelines, and nurses' role in management of sepsis following the surviving sepsis campaign guidelines 2021. Nurses are important for taking care of patients with sepsis following the surviving sepsis campaign guidelines 2021 which include screening, sepsis management, blood culture, antibiotics administration, blood lactate, septic shock management, fluid resuscitation, vasopressor administration, and evaluating the effect of treatment following the guidelines, in order to care for and manage patients with sepsis appropriately to reduce sepsis complications and mortality.

Keywords: Management of sepsis, Surviving sepsis campaign guidelines 2021, Nurses' roles

* Corresponding Author, Instructor, Faculty of Nursing, Rajamangala University of Technology Thanyaburi;
e-mail: pora.nino@gmail.com

** Instructor, Faculty of Nursing, University of Phayao

Received 14 February 2022; Revised 17 March 2022; Accepted 20 June 2022



บทคัดย่อ

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อเป็นภาวะที่คุกคามชีวิต ทำให้อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายสูญเสียการทำงานและนำไปสู่การเสียชีวิต การจัดการที่รวดเร็วและเหมาะสมโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันเป็นสิ่งสำคัญ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ผลกระทบของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ แนวปฏิบัติการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และบทบาทของพยาบาลตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 ซึ่งพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 ตั้งแต่การประเมินคัดกรอง การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อ การบริหารยาปฏิชีวนะ การเจาะเลือดเพื่อหาค่าแลคเตท การจัดการภาวะช็อกพิษเหตุติดเชื้อ การดูแลให้ได้รับสารน้ำ การดูแลให้ได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต และติดตามประเมินผลการรักษาตามแนวปฏิบัติ เพื่อสามารถดูแลและจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อได้ถูกต้องเหมาะสม อันจะส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและลดอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ แนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 บทบาทพยาบาล

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี e-mail: pora.nino@gmail.com

** อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่รับบทความ 14 กุมภาพันธ์ 2565 วันที่แก้ไขบทความ 17 มีนาคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 20 มิถุนายน 2565



บทนำ

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (sepsis) เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อในร่างกาย ทำให้เกิดการสูญเสียการทำงานระบบอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เป็นภาวะคุกคามและเป็นอันตรายต่อชีวิต (Singer et al., 2016) โดยภาวะพิษเหตุติดเชื้อจะทำให้เกิดการสูญเสียความคงตัวของเส้นเลือด นำไปสู่การแพร่ของน้ำออกนอกเส้นเลือดไปช่องว่างระหว่างเซลล์ จนเกิดภาวะช็อกและเสียชีวิตได้ในที่สุด ภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่มีความรุนแรงมากจะทำให้เกิดภาวะช็อกพิษเหตุติดเชื้อ (septic shock) ขึ้น ภาวะดังกล่าวอาจเกิดขึ้นหลังจากร่างกายมีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ โดยจะมีการติดเชื้อร่วมกับการกำซาบของเนื้อเยื่อลดลงและการล้มเหลวของระบบการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย มีภาวะความดันโลหิตต่ำกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิตเล็ดแดงเฉลี่ย น้อยกว่า 70 มิลลิเมตรปรอท แม้ว่าจะได้รับการช่วยเหลือโดยการให้สารน้ำอย่างเพียงพอแล้ว (Singer et al., 2016) เป็นเหตุให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้ในที่สุด

จากรายงานในช่วงปี ค.ศ. 1990–2017 พบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อทั่วโลกมีจำนวน 48.9 ล้านคน และมีผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มากกว่า 11 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.7 โดยอุบัติการณ์ดังกล่าวพบได้ในหลายประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศแอฟริกา โอเชียเนีย เอเชียใต้ เอเชียตะวันออกและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Rudd et al., 2020) ซึ่งรวมถึงประเทศไทยมีการรายงานภาวะพิษเหตุติดเชื้อในแต่ละพื้นที่ เช่น อุบลราชธานีพบผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้ออัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 21 (Rudd et al., 2019) เป็นต้น ซึ่งภาวะพิษเหตุติดเชื้อเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพและสาธารณสุขทั่วโลก ทำให้อุบัติการณ์การเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นหรือเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา อาทิเช่น ภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่หลงเหลือ จำนวนวันนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น เป็นต้น (Hajj, Blaine, Salavaci, & Jacoby, 2018)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ได้แก่ สูงอายุ จำนวนวันนอนโรงพยาบาล การสอดใส่อุปกรณ์ การทำหัตถการการรักษา การมีบาดแผล หรือการผ่าตัด เป็นต้น (Carey et al., 2020) นอกจากนี้ยังพบว่า การมีโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หรือโรคปอด เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะพิษเหตุติดเชื้อเช่นกัน (Rhee et al., 2019) ทั้งนี้เนื่องจากอายุและปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย และมีผลต่อการตอบสนองต่อการตอบสนองโดยการหลั่งสารเคมีไปกระตุ้นกระบวนการอักเสบทั่วร่างกายจนก่อให้เกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต

การคัดกรองและวินิจฉัยภาวะพิษเหตุติดเชื้ออย่างรวดเร็วสามารถช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ โดยอาศัยแบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อแบบรวดเร็ว (The quick Sepsis-related Organ Failure Assessment [qSOFA]) ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน เป็นแบบคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อแบบรวดเร็ว ที่ใช้ประเมินแรกรับผู้ป่วยทั่วไป ประกอบด้วย การหายใจ ระดับความรู้สึกตัว และความดันโลหิตสำหรับการแปลผลคะแนน หากพบว่าคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ถือว่าผู้ป่วยสงสัยหรือมีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และจำเป็นต้องมีการประเมินภาวะพิษเหตุติดเชื้อร่วมด้วยโดยใช้เครื่องมือการประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (The Sepsis-related Organ Failure Assessment [SOFA]) โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน และคะแนนรวมจะอยู่ในช่วง 0-24 คะแนน ประกอบด้วย การประเมินระบบหายใจ ระบบประสาท ระบบไหลเวียน การแข็งตัวของเลือด การทำงานของตับและไต (Seymour et al., 2016) ในการคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อ พยาบาลเป็นบุคคลที่สำคัญในการสังเกต ประเมิน ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดและรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงทางคลินิกของผู้ป่วยตามพารามิเตอร์ของเครื่องมือในการคัดกรองและวินิจฉัยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เพื่อให้การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อเป็นตามแนวปฏิบัติได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ (Kleinpell, Blot, Boulanger, Fulbrook, & Blackwood, 2019)



การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อได้มีการพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2004 เรื่อยมา โดยฉบับล่าสุดคือปี ค.ศ. 2018 แนวปฏิบัติการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย การประเมินค่าแลคเตทในเลือด การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพ การดูแลและการให้ยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์อย่างกว้าง การดูแลให้ได้รับสารน้ำชนิดคริสตอลอยด์ 30 มิลลิลิตรต่อกิโลกรัม หากพบว่ามีความดันโลหิตต่ำ หรือ ค่าแลคเตทในเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 4 มิลลิโมลต่อลิตร ซึ่งนำเสนอการปรับปรุงระยะเวลาของการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Levy, Evans, & Rhodes, 2018) ปัจจุบันได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 ซึ่งมีความแตกต่างจากปี 2016 เช่น แนะนำให้โรงพยาบาลเพิ่มโปรแกรมการคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อในผู้ป่วยฉุกเฉินหรือในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง แนะนำให้เจาะเลือดหาค่าแลคเตทในผู้ป่วยเสี่ยงสูง เป็นต้น จะเห็นได้ว่าทุกระบวนการดูแลผู้ป่วยพยาบาลมีส่วนสำคัญเป็นอย่างมาก ดังนั้นพยาบาล จึงควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021

ผลกระทบของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เป็นภาวะที่ร่างกายมีการตอบสนองการติดเชื้อมากกว่าปกติ และทำให้การทำงานของอวัยวะต่าง ๆ ผิดปกติไป นำไปสู่ผลกระทบดังต่อไปนี้

1. การเสียชีวิต (mortality) ภาวะพิษเหตุติดเชื้อเป็นการเจ็บป่วยที่มีความซับซ้อน อันตรายและนำไปสู่การเสียชีวิต จากการศึกษาเชิงระบาดวิทยาเกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อพบว่าในสหรัฐอเมริกา อัตราการเสียชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ร้อยละ 17-22 และในบางประเทศพบว่าภาวะพิษเหตุติดเชื้อเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Hajj et al., 2018)

2. จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (length of stay) ที่นานขึ้น และการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (readmissions) เพิ่มขึ้น โดยพบว่าผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ยในการรักษาในโรงพยาบาลนานกว่าผู้ป่วยกลุ่มโรคอื่น ๆ ร้อยละ 75 โดยจะมีจำนวนวันนอนโรงพยาบาลประมาณ 16-20 วัน นอกจากนี้ยังมีรายงานว่าผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอัตราการกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำในระยะประมาณ 30 – 180 วัน ถึงร้อยละ 26-48 ของผู้ป่วยที่ภาวะพิษเหตุติดเชื้อทั้งหมด (Dietz et al., 2017; Hajj et al., 2018)

3. การเกิดกลุ่มอาการของโรคตามหลังภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (post sepsis syndrome) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ป่วยที่รอดจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อมีโอกาสเสี่ยงต่อความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง (cognitive impairment) จากปานกลางไปสู่ภาวะรุนแรงมากยิ่งขึ้น ถึง 3.3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ (functional abilities) ของอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูและทำกายภาพบำบัดให้ร่างกายสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ โดยต้องใช้ระยะเวลาประมาณ 8 ปี (Calsavara et al., 2018)

4. ค่าใช้จ่าย (cost) ภาวะพิษเหตุติดเชื้อทำให้อวัยวะต่าง ๆ สูญเสียการทำงาน จึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ รวมทั้งการได้รับการรักษาพยาบาล เวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ ทำให้มีการใช้ทรัพยากรเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลจึงสูงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อสูงถึง 13,292-75,015 ดอลลาร์ต่อคน ในตลอดการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งรวมไปถึงค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลที่ต้องรับผิดชอบ และในผู้ป่วยที่รอดชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อค่าใช้จ่ายจะอยู่ในช่วง 26,075-40,427 ดอลลาร์ต่อคน ส่วนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อค่าใช้จ่ายจะอยู่ในช่วง 16,747-34,564 ดอลลาร์ต่อคน

หากคิดเป็นรายวันในผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่รักษาในโรงพยาบาล มีค่าใช้จ่ายประมาณ 586 ดอลลาร์ต่อคนต่อวัน (Arefian et al., 2017; Fleischmann-Struzek et al., 2021; Hajj et al., 2018)

ภาวะพิษเหตุติดเชื้อส่งผลกระทบต่อหลายประการ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิต หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ มีระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น อัตราการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำสูงขึ้น รวมทั้งมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้ออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อทำให้เกิด ผลลัพธ์การดูแลที่ดี รวมทั้งลดผลกระทบที่อาจจะเกิดขึ้นได้

แนวปฏิบัติการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

แนวปฏิบัติการจัดการผู้ป่วยที่มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อได้มีการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยรอดชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ โดยปรับปรุงครั้งล่าสุดในปี ค.ศ. 2021 สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

ด้านการคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อสามารถประเมินโดยใช้ แบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อแบบรวดเร็ว (qSOFA) เป็นเครื่องมือในการคัดกรองเบื้องต้นสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทั้งในหอผู้ป่วยสามัญและหอผู้ป่วยวิกฤต ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเริ่มมีภาวะติดเชื้อ หรือผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น เคยมีประวัติเดิมเกี่ยวกับการติดเชื้อหรือภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เป็นต้น องค์ประกอบของแบบประเมิน ประกอบด้วยค่าพารามิเตอร์ 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1) ความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) โดยหากประเมินแล้วพบว่า มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 100 มิลลิเมตรปรอท ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

2) ระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว (Glasgow Coma Scale [GCS]) โดยหากประเมินแล้วพบว่า ระดับความรู้สึกตัวลดลงหรือมีคะแนน GCS ตั้งแต่ 14 คะแนนลงมา ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

3) อัตราการหายใจ โดยหากประเมินแล้วพบว่ามากกว่าหรือเท่ากับ 22 ครั้งต่อนาที ให้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

การแปลผลคะแนน หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน ขึ้นไป ถือว่าผู้ป่วยสงสัยมีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยภาวะพิษเหตุติดเชื้อโดยใช้แบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (SOFA) ต่อไป (Seymour et al., 2016)

แบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ องค์ประกอบของแบบประเมินประกอบด้วยค่าพารามิเตอร์ 6 องค์ประกอบ คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วงตั้งแต่ 0-24 คะแนน ได้แก่

1) ระบบหายใจ ประเมินโดยอาศัยค่าอัตราส่วนของระดับออกซิเจนในเลือดแดง (partial pressure of oxygen [PaO₂]) ต่อความเข้มข้นของออกซิเจน (fraction of inspired oxygen [FiO₂])

2) ระบบประสาท ประเมินโดยการประเมินระดับความรู้สึกตัวกลาสโกว (GCS)

3) ระบบไหลเวียนโลหิต ประเมินโดยค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย (mean arterial pressure [MAP]) และปริมาณการได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต เช่น นอร์อิพิเนฟริน (norepinephrine) โดปามีน (dopamine) อิพิเนฟริน (epinephrine) โดบูตามีน (dobutamine)

4) การแข็งตัวของเลือด ประเมินโดยปริมาณเกล็ดเลือด (platelets)

5) การทำงานของตับ ประเมินโดยระดับบิลิรูบิน (bilirubin)

6) การทำงานของไต ประเมินโดยค่าครีเอตินิน (creatinine) ร่วมกับปริมาณปัสสาวะใน 24 ชั่วโมง การแปลผลคะแนนหากคะแนนรวมน้อยกว่า 2 คะแนน ให้ติดตามอาการและประเมินอาการอย่างใกล้ชิด แต่หากคะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป สามารถบ่งชี้ได้ว่าผู้ป่วยมีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Singer et al., 2016; Seymour et al., 2016)

แบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อแบบรวดเร็ว (qSOFA) เป็นแบบประเมินทางคลินิกที่สามารถใช้ประเมินได้อย่างสะดวก รวดเร็ว สามารถประเมินข้างเตียงได้ ซึ่งหากผลคะแนนรวมที่ได้มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนนขึ้นไป ควรมีการประเมินโดยใช้แบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (SOFA) ซึ่งมีความละเอียดและสามารถบ่งบอกการทำหน้าที่ของร่างกายล้มเหลวได้ ซึ่งมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่า qSOFA

2. ด้านการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อและการจัดการภาวะช็อกพิษเหตุติดเชื้อ

การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อและภาวะช็อกพิษเหตุติดเชื้อได้ถูกพัฒนามาบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์โดยแนวปฏิบัติในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ค.ศ. 2016 ที่มีการจัดการในรูปแบบ 3 ชั่วโมง และการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อภายใน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลินทรีย์ก่อนการให้ยาปฏิชีวนะ การให้และบริหารยาปฏิชีวนะที่ออกฤทธิ์กว้าง (broad spectrum antibiotics) ภายในระยะเวลาหลังเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลินทรีย์ การเจาะเลือดเพื่อหาระดับแลคเตท (lactate) การช่วยเหลือโดยการให้สารน้ำ (fluid resuscitation) หากผู้ป่วยมีภาวะความดันโลหิตต่ำ และการให้ยากระตุ้นความดันโลหิต (vasoactive medications) ในกรณีผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอและค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยน้อยกว่า 65 มิลลิเมตรปรอท (Singer et al., 2016) ดังแสดงในตารางที่ 1

ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมเวชบำบัดวิกฤต (Society of Critical Care Medicine) ผู้เชี่ยวชาญจากสมาคมเวชบำบัดวิกฤตแห่งสหภาพยุโรป (European Society of Intensive Care Medicine) และสถาบันสมทบได้พัฒนาแนวปฏิบัติฉบับปรับปรุง ในปี ค.ศ. 2018 ให้คำแนะนำในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ภายใน 1 ชั่วโมง โดยเป็นการรวมกระบวนการในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ แนวทางปฏิบัติภายใน 3 ชั่วโมง และภายใน 6 ชั่วโมง ประกอบด้วย (Levy et al., 2018) ดังแสดงในตารางที่ 1

ปัจจุบันแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 ได้นำเสนอการจัดการในรายละเอียดและแสดงผลการศึกษาโดยทางทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ และประกาศเป็นแนวปฏิบัติทางคลินิก เพื่อสนับสนุนแนวปฏิบัติการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ค.ศ. 2018 ทั้งนี้การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จึงมีการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางปฏิบัติจากการอาศัยการศึกษาในแต่ละองค์ประกอบ คำแนะนำ และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญทีมสหวิชาชีพทั่วโลก ซึ่งพยาบาลวิชาชีพได้เข้าไปมีบทบาทในการร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว (Kleinpell et al., 2019) มีทั้งความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ ที่ประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีการประเมินคุณค่าและความเชื่อมั่นของหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งแนวปฏิบัติฉบับล่าสุดคือในปี ค.ศ. 2021 ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงควรมีการพัฒนาความรู้และพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อให้ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสม ปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี



ตารางที่ 1 แนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

	แนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อปี ค.ศ. 2016 (Singer et al., 2016)	แนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อปี ค.ศ. 2018 (Levy, Evans, & Rhodes, 2018)	แนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ปี ค.ศ. 2021 (Evans et al., 2021)
ระยะเวลา	มีการแบ่งเป็น 2 ช่วงเวลา คือ ภายใน 3 ชั่วโมง และ 6 ชั่วโมง	ภายใน 1 ชั่วโมง	ควรจัดการภายใน 1 ชั่วโมง
การจัดการ ภาวะพิษเหตุ ติดเชื้อ	ภายใน 3 ชั่วโมง 1) ดูแลให้ผู้ป่วยเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพ ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 2) การเจาะเลือดเพื่อหาค่าแลคเตทในเลือด 3) ดูแลและให้ยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์อย่างกว้าง 4) การดูแลให้ได้รับสารน้ำชนิดคริสตอลลอยด์ 30 mL/kg ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ (ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย < 65 mmHg) หรือค่าแลคเตท มากกว่า 4 มิลลิโมล/ลิตร ภายใน 6 ชั่วโมง 1) ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressor) ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำไม่ตอบสนองต่อการได้รับสารน้ำ โดยติดตามค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 mmHg 2) ประเมินการแลกเปลี่ยนแก๊สของเนื้อเยื่อและปริมาณสารน้ำ ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำหลังการได้รับสารน้ำ 3) เจาะเลือดเพื่อหาค่าแลคเตทซ้ำอีกครั้ง	1) การเจาะเลือดเพื่อหาค่าแลคเตทในเลือด หากมีค่ามากกว่า 2 มิลลิโมล/ลิตร ให้ติดตามอีกครั้ง 2) ดูแลให้ผู้ป่วยเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพ ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 3) ดูแลและให้ยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์อย่างกว้าง 4) ดูแลให้สารน้ำชนิดคริสตอลลอยด์ 30 mL/kg ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ (ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย < 65 mmHg) หรือค่าแลคเตท มากกว่า 4 มิลลิโมล/ลิตร 5) ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressor) ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำไม่ตอบสนองต่อการได้รับสารน้ำ โดยติดตามค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 mmHg	1) ดูแลให้ผู้ป่วยเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพ ก่อนให้ยาปฏิชีวนะ 2) ดูแลและให้ยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์อย่างกว้าง หากสงสัยหรือวินิจฉัยยังช้าว่ามีภาวะพิษเหตุติดเชื้อและหรือมีภาวะช็อกร่วมด้วย ควรดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 1 ชั่วโมง หากไม่มีภาวะช็อกร่วมด้วย ควรดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะภายใน 3 ชั่วโมง 3) การเจาะเลือดเพื่อหาค่าแลคเตทในเลือด 4) ดูแลให้สารน้ำชนิดคริสตอลลอยด์ 30 mL/kg ในผู้ป่วยที่มีความดันโลหิตต่ำ (ค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย < 65 mmHg) หรือค่าแลคเตท มากกว่า 4 มิลลิโมล/ลิตร ภายใน 3 ชั่วโมง 5) ดูแลให้ได้รับยากระตุ้นการหดตัวของกล้ามเนื้อหลอดเลือด (vasopressor) ใช้ยานอร์อิเพนพรีน (norepinephrine) เป็นชนิดแรก และควรติดตามค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 mmHg

บทบาทของพยาบาลตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021

บทบาทของพยาบาลในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เริ่มตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การให้การช่วยเหลือและการรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟู โดยพยาบาลเป็นบุคคลแรกที่ทำหน้าที่ในการคัดกรอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย ดูแลให้ได้รับการรักษาตามแนวปฏิบัติได้อย่างรวดเร็ว รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหอผู้ป่วยวิกฤตได้ทันเวลา ปลอดภัยและลดอัตราการเสียชีวิต (Kleinpell et al., 2019) ซึ่งพยาบาลมีบทบาทในการดูแล



ผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติแนวปฏิบัติการรณรงค์ให้รอดชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 (Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021) (Evans et al., 2021) เพื่อใช้ในส่งเสริมการศึกษา และการการวิจัยทางคลินิก

1. การคัดกรองและการวินิจฉัยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

พยาบาลมีบทบาทในการติดตาม การวัด การประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยภายในหอผู้ป่วย หรือจุดคัดกรองของหน่วยตรวจฉุกเฉิน เพื่อประเมินสัญญาณชีพ พร้อมกับตรวจร่างกายขั้นต้น และสามารถประเมินอาการแสดงของผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทั้งอาศัยความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ (Raines, Berrios, & Guttendorf, 2019) ทำให้พิจารณาผลของสัญญาณชีพที่เกิดขึ้น ประกอบกับอาศัยเครื่องมือคัดกรองที่หลากหลาย เช่น systemic inflammatory response syndrome (SIRS), National early warning score (NEWS), Modified early warning score (MEWS), Search out severity (SOS) เป็นต้น

การคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ด้วยการประเมินกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกาย (systemic inflammatory response syndrome, SIRS) หากเมื่อมีอาการเข้าเกณฑ์ดังกล่าวอย่างน้อย 2 ข้อจาก 4 ข้อ สงสัยได้ว่ามีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ซึ่งประกอบด้วยพารามิเตอร์ดังนี้ (Jiang, Yang, Mei, Jin, & Lu, 2018)

- 1) อัตราการเต้นของหัวใจ มากกว่า 90 ครั้งต่อนาที
- 2) อุณหภูมิร่างกาย น้อยกว่า 36 หรือมากกว่า 38 องศาเซลเซียส
- 3) อัตราหายใจเร็ว มากกว่า 20 ครั้งต่อนาที หรือมี PaCO_2 น้อยกว่า 4.3 kPa (32 mmHg)
- 4) เม็ดเลือดขาว
 - 4.1) ภาวะเม็ดเลือดขาวมากเกินไป (leukocytosis) โดยมากกว่า 12,000 เซลล์/ลบ.ม.
 - 4.2) ภาวะเม็ดเลือดขาวน้อยเกินไป (leukopenia) $< 4 \times 10^9$ หรือ $> 12 \times 10^9$ เซลล์/ลิตร หรือ มีนิวโตรฟิลตัวอ่อนมากกว่า 10%

นอกจากประเมินกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบทั่วร่างกายดังกล่าวแล้ว พยาบาลยังต้องใช้เครื่องมือในการประเมินอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย โดยประกอบการให้ตามระบบของ National early warning score (NEWS) ซึ่งมีคะแนนรวมตั้งแต่ 0-20 คะแนน ประกอบด้วยพารามิเตอร์ เช่น อัตราการหายใจ ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนส่วนปลาย การใช้ออกซิเจนเพิ่มเติม อุณหภูมิ ความดันโลหิต systolic อัตราการเต้นของหัวใจ ระดับความรู้สึกตัว ระดับคะแนนความรุนแรงจาก 0-3 คะแนน ในแต่ละระบบ ซึ่งพยาบาลสามารถประเมินและติดตามการเปลี่ยนแปลงของอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง (Thorén et al., 2022) และ Modified early warning score (MEWS) ก็มีความคล้ายคลึงกันของพารามิเตอร์กับระบบของ National early warning score

แนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 ได้แนะนำว่า ควรใช้เครื่องมือคัดกรองอื่นมาประกอบการประเมินอาการทางคลินิกร่วมกับแบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อแบบรวดเร็ว (qSOFA) มากกว่าการใช้ qSOFA เพียงอย่างเดียว ซึ่งเป็นเครื่องมือที่สามารถคัดกรองผู้ป่วยทุกรายที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ทั้งห้องตรวจฉุกเฉิน ห้องตรวจผู้ป่วยนอก หอผู้ป่วยใน รวมไปถึงหอผู้ป่วยวิกฤต โดยหากพบว่า $\text{qSOFA} \geq 2$ คะแนน พยาบาลควรรายงานให้แพทย์ทราบทันที เพื่อนำไปสู่การวินิจฉัยภาวะพิษเหตุติดเชื้อได้อย่างรวดเร็วที่สุด (Evans et al., 2021) อีกทั้งยังสามารถนำผลทางห้องปฏิบัติการ เช่น Complete blood count, Liver function test, Coagulogram มาร่วมประกอบอาการและอาการแสดงทางคลินิก เพื่อนำมา



ประเมินการความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (SOFA) ในระบบต่างๆ (Seymour et al., 2016) เพื่อวินิจฉัยภาวะพิษเหตุติดเชื้อในที่สุด และดูแลให้ได้รับการจัดการตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อต่อไป

จากแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 ข้างต้น ได้มีการเปลี่ยนแปลงหลักสำคัญในการคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อ เครื่องมือคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อ จากการใช้ qSOFA เพียงเครื่องมือเดียว แต่ด้วยหลักฐานงานวิจัยที่มีปริมาณมากขึ้นจากการเปรียบเทียบ qSOFA, SIRS, MEWS, NEWS หรือ SOFA พบว่า qSOFA มีค่า sensitivity ต่ำในการคัดกรองภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Serafim, Gomes, Salluh, & Póvoa, 2018) โดยเครื่องมือคัดกรอง early warning score ประกอบด้วยพารามิเตอร์ เช่น อุณหภูมิ อัตราการเต้นหัวใจ อัตราการหายใจ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ความดันโลหิต ระดับความรู้สึกตัว เป็นต้น (Goulden et al., 2018) พยาบาลจึงควรมีความรู้ความเข้าใจในการพิจารณาอาการและการแสดง ประกอบการตัดสินใจในการรายงานแพทย์ เพื่อวินิจฉัยและแนวทางการรักษาที่เหมาะสม และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน (Ferguson et al., 2019)

2. การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

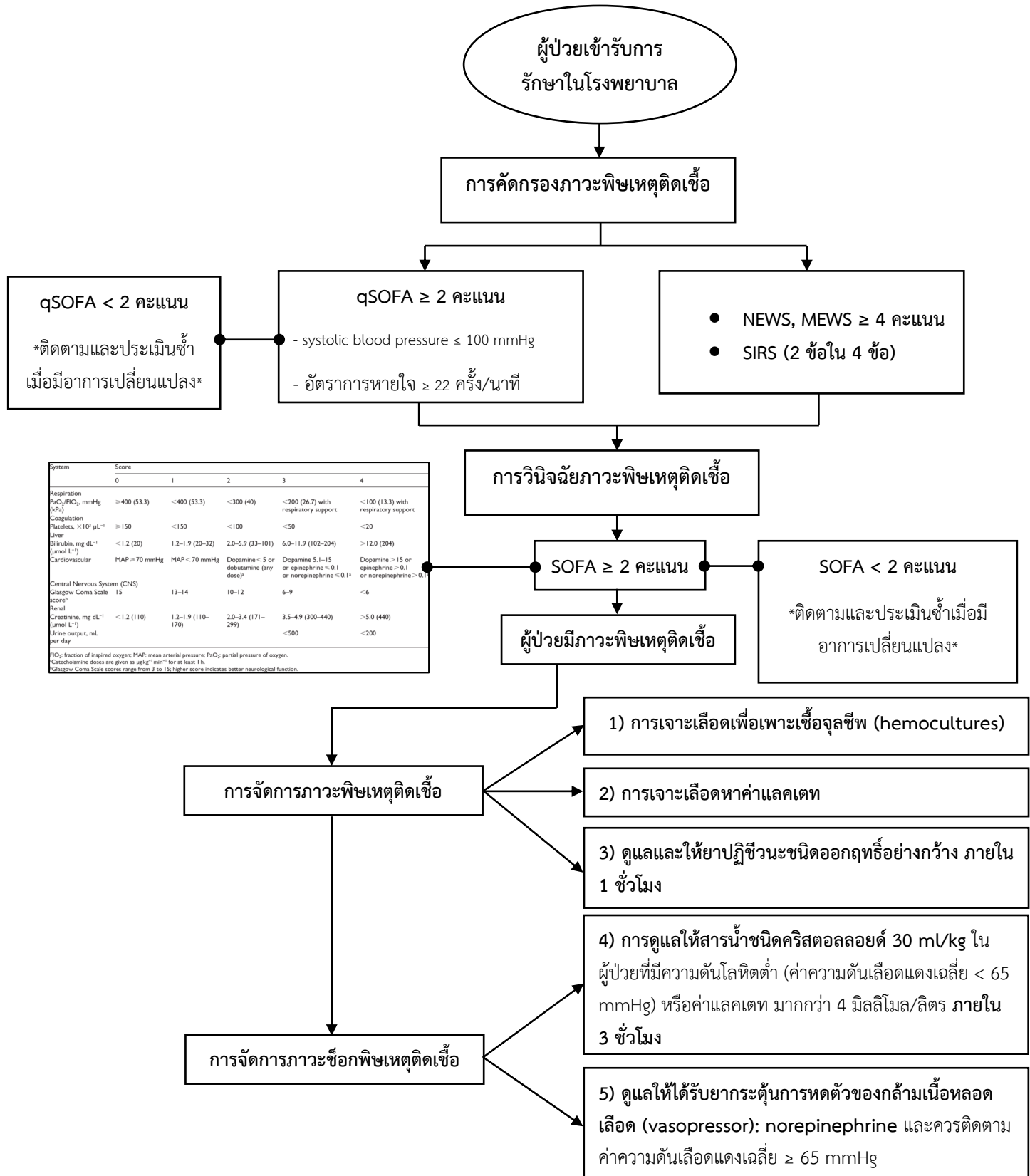
แนวปฏิบัติการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 แนะนำเกี่ยวกับภาวะพิษเหตุติดเชื้อในผู้ป่วยกลุ่มผู้ใหญ่เป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ควรได้รับการจัดการที่รวดเร็วและเหมาะสม โดยการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อหลังการวินิจฉัยคือ การเจาะเลือดเพื่อประเมินค่าแลคเตท การเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพ ก่อนการให้ยาปฏิชีวนะ โดยการดูแลให้ยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้าง ดังแสดงในตารางที่ 1 พยาบาลมีบทบาทในการอธิบายผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการเจาะเลือด ซึ่งพยาบาลควรมีทักษะและความชำนาญในการใช้เครื่องเจาะแลคเตทจากหลอดเลือดส่วนปลาย อาจจะต้องมีการเปรียบเทียบค่าแลคเตทจากการเจาะจากหลอดเลือดส่วนปลายกับค่าแลคเตทจากหลอดเลือดดำใหญ่เพื่อให้ได้ค่าที่แม่นยำ (Léguillier et al., 2018) ส่วนการเจาะเลือดเพื่อส่งเพาะเชื้อจุลชีพ พยาบาลต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้อให้อย่างเคร่งครัด การทำความสะอาดผิวหนังบริเวณที่เจาะเลือดโดยใช้ 2% chlorhexidine gluconate หรือใช้ 2% CHG in alcohol (Garcia, Spitzer, Kranz, & Barnes, 2018) เพื่อลดการปนเปื้อนจากเชื้อประจำถิ่น (normal flora) บนผิวหนัง หากทราบผลการเพาะเชื้อที่ถูกต้องจะสามารถให้ยาปฏิชีวนะที่สามารถฆ่าเชื้อจุลชีพได้อย่างเฉพาะเจาะจง ซึ่งดีกว่าการให้ยาปฏิชีวนะชนิดออกฤทธิ์กว้าง นอกจากนี้พยาบาลควรบริหารจัดการและดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะทางหลอดเลือดดำภายในระยะเวลา 1 ชั่วโมง หลังจากวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Evans et al., 2021)

3. การจัดการภาวะช็อกพิษเหตุติดเชื้อ

ภาวะช็อกพิษเหตุติดเชื้อ เป็นส่วนหนึ่งของภาวะพิษเหตุติดเชื้อ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดตามวัดและประเมินสัญญาณชีพของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา เนื่องจากความดันโลหิตเป็นพารามิเตอร์ที่สำคัญในการจัดการภาวะช็อกพิษเหตุติดเชื้อ หากพบความผิดปกติต้องรายงานแพทย์อย่างรวดเร็วและทันเวลาทันที เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำชนิดคริสตอลลอยด์ (30 ml/kg) แนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 ได้แนะนำให้ประเมินการไหลเวียนของเลือดส่วนปลาย (capillary refill time) เพื่อเป็นดัชนีชี้วัดการแลกเปลี่ยนแก๊สของเนื้อเยื่อ (tissue perfusion) โดยปกติต้องไม่เกิน 2 วินาที (Lara et al., 2017) และแนะนำให้ใช้สารน้ำชนิดคริสตอลลอยด์ที่มีความเข้มข้นใกล้เคียงกับพลาสมามากกว่าการใช้น้ำเกลือ (normal saline solution, NSS) ภายในระยะเวลา 3 ชั่วโมง (Evans et al., 2021) เช่น Ringer's lactate, Ringer's acetate, Plasma-Lyte เป็นต้น (Corrêa, Cavalcanti, & Assunção, 2016) เนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะคอลลอยด์ในเลือดสูงและภาวะไตเสียหายเฉียบพลัน (acute kidney injury) (Hammond et al., 2020) ซึ่งเป็นข้อแตกต่างจากแนวปฏิบัติภาวะ

พิษเหตุติดเชื้อ ปี ค.ศ. 2016 ที่มีการแนะนำให้ใช้น้ำเกลือ (NSS) ในการช่วยเหลือด้านสารน้ำเป็นหลัก (Levy et al., 2018; Rhodes et al., 2017) ดังแสดงในแผนผังที่ 1

แผนผังที่ 1 การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อปี ค.ศ. 2021



บทบาทของพยาบาลในการดูแลให้ความช่วยเหลือด้านการให้สารน้ำ และติดตามทางหลอดเลือดดำ ประเมินอาการและอาการแสดงทางคลินิกในการได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อแก้ไขภาวะช็อกพิษเหตุติดเชื้อ ทดแทนการไหลออกของสารน้ำและโปรตีนในเลือดออกไปอยู่ในเซลล์และช่องว่างระหว่างเซลล์ และต้องอาศัยยา กระตุ้นความดันโลหิต โดยประเมินจากค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 mmHg เนื่องจากความดันโลหิตจะมี ผลกระทบต่อการแลกเปลี่ยนแก๊สของเซลล์เนื้อเยื่อทั่วร่างกาย ในการนำพาสารน้ำ พลังงานไปกระตุ้นการทำงาน ระดับเซลล์ทั่วร่างกาย หากค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ยยังน้อยกว่า 65 mmHg พยาบาลควรรายงานแพทย์ให้ รับทราบ และพิจารณาให้ผู้ป่วยได้รับยากระตุ้นความดันโลหิต โดยพิจารณาใช้นอร์อิพิเนพรีนเป็นอันดับแรก พยาบาลควรมีการติดตามระหว่างการทำให้นอร์อิพิเนพรีนโดยประเมินได้จากค่าความดันเลือดแดงเฉลี่ย ≥ 65 mmHg การติดตามสัญญาณชีพแบบ non-invasive blood pressure (NIBP) หากเป็นไปได้เมื่อมีการเริ่มให้ยา กระตุ้นความดันโลหิตพิจารณาใช้การติดตามระดับความดันโลหิตจากหลอดเลือดแดง (arterial blood pressure [ABP]) (Cinel, Kasapoglu, Gul, & Dellinger, 2020) และหากการให้ยากระตุ้นความดันโลหิตทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (peripheral vein) ควรให้ในระยะสั้น และให้พิจารณาเปิดหลอดเลือดดำ บริเวณข้อพับแขนส่วนต้น (proximal antecubital fossa)

หากผู้ป่วยมีอาการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาลมีบทบาทในการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่าง เพียงพอ อาจจะต้องรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาการใส่ท่อช่วยหายใจ และเครื่องช่วยหายใจ ดูแลทางเดินหายใจให้ โล่ง ดูดเสมหะและน้ำลาย ประเมินค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดและอัตราการหายใจ การทำงานของ เครื่องช่วยหายใจ (mode) การตั้งค่า (setting) ปริมาณออกซิเจน การดูแลการป้องกันการติดเชื้อในทางเดิน หายใจ และกลุ่มอาการภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน (acute respiratory distress syndrome, ARDS) (Evans et al., 2021) นอกจากนี้ ภาวะพิษเหตุติดเชื้อยังส่งผลกระทบต่ออวัยวะหลายระบบ พยาบาลสามารถประเมินจาก SOFA ซึ่งครอบคลุมหลายระบบ สามารถนำมาใช้ในการติดตามความรุนแรงของภาวะพิษเหตุติดเชื้อของผู้ป่วยต่อการเกิด MODS ในแต่ละระบบได้อย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น และสามารถช่วยเหลือ วางแนวทางการให้แผนการ พยาบาลขั้นสูง (advance care plan) แก่ผู้ป่วยและญาติได้ ทั้งนี้เพื่อติดตามผลลัพธ์ของการปฏิบัติตามแนว ปฏิบัติ พยาบาลสามารถตั้งเป้าหมาย ตัวชี้วัด ในการกำหนดคุณภาพในการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนว ปฏิบัติ เช่น ระยะเวลาและร้อยละของการได้รับการเจาะเลือดเพื่อเพาะเชื้อจุลชีพ ระยะเวลาและร้อยละของการ ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะออกฤทธิ์อย่างกว้างใน 1 ชั่วโมง ระยะเวลา จำนวนและร้อยละของการได้รับการประเมิน ค่าแลคเตทในเลือด อัตราการเสียชีวิต เป็นต้น เพื่อกำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล นำไปสู่ ปรับปรุงคุณภาพการรักษา และลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ

สรุป

แนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 มุ่งเน้นการจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้ออย่างรวดเร็ว และเหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต พยาบาลวิชาชีพเป็นด่านหน้าของการประเมิน ติดตามและสังเกต อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นต้องอาศัยความรู้และความเข้าใจ เพื่อนำ เครื่องมือ แบบประเมินในการคัดกรอง เช่น แบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติด เชื้อแบบรวดเร็ว (qSOFA) เครื่องมือในการเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลง เช่น systemic inflammatory response syndrome, National early warning score, Modified early warning score เป็นต้น จากนั้นจึงประเมินต่อ ด้วยแบบประเมินความล้มเหลวของอวัยวะเนื่องมาจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (SOFA) เพื่อวินิจฉัยภาวะพิษเหตุติด เชื้อ และดำเนินการและให้การรักษาและการพยาบาลตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อต่อไป หากองค์กรมีการ วางแนวทางปฏิบัติจัดการตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Surviving Sepsis Campaign) โดยมีการส่งเสริม



ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของพยาบาลในการปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อในหน่วยงานหรือองค์กร จะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และลดอัตราการเสียชีวิตได้

ข้อเสนอแนะ

ด้านบริหารทางการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาล ควรประเมินด้านโครงสร้าง เช่น วัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ภายในหอผู้ป่วย ภายในหน่วยงาน เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อที่เกิดขึ้นในหน่วยงาน การวางแผน กลยุทธ์การจัดกำลังคน และการจัดทำทีมดูแลรายกรณีผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อในหน่วยงาน เพื่อกำหนดตัวชี้วัด แนวทางผลลัพธ์เชิงระบบ และผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน ควรวางแผนพัฒนา ปรับปรุง และวางแผนแนวทางในการจัดการผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ ตั้งแต่การคัดกรอง การวินิจฉัย การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อ การจัดการภาวะช็อกพิษเหตุติดเชื้อโดยมุ่งเน้นให้เห็นถึงความสำคัญ มีความรู้ในการใช้เครื่องมือและแบบประเมินที่เหมาะสมและหลากหลาย การจัดการภาวะพิษเหตุติดเชื้อตามแนวปฏิบัติอย่างเคร่งครัด ตลอดจนมีการเก็บรวบรวมข้อมูลและรายงานตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับการจัดการผู้ป่วยพิษเหตุติดเชื้อเพื่อสามารถติดตามสถานการณ์การจัดการเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ และนำไปสู่การพัฒนาประสิทธิภาพการจัดการผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง

ด้านการศึกษาพยาบาลและการวิจัย

อาจารย์ผู้สอนควรมีการพัฒนาสื่อการสอน เพื่อช่วยเสริมสร้างองค์ความรู้และความเข้าใจในคำจำกัดความ ผลกระทบ แนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 และควรมีการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทศนคติ และการปฏิบัติทางการพยาบาลตามแนวปฏิบัติภาวะพิษเหตุติดเชื้อ 2021 ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะพิษเหตุติดเชื้อ และควรทำการศึกษาโปรแกรมการพัฒนาความรู้ภาวะพิษเหตุติดเชื้อของพยาบาล

References

- Arefian, H., Heublein, S., Scherag, A., Brunkhorst, F. M., Younis, M. Z., Moerer, O., ... Hartmann, M. (2017). Hospital-related cost of sepsis: A systematic review. *The Journal of Infection*, 74(2), 107–117.
- Calsavara, A., Nobre, V., Barichello, T., & Teixeira, A. L. (2018). Post-sepsis cognitive impairment and associated risk factors: A systematic review. *Australian Critical Care: Official Journal of The Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 31(4), 242–253.
- Carey, M. R., Prescott, H. C., Iwashyna, T. J., Wilson, M. E., Fagerlin, A., & Valley, T. S. (2020). Changes in self-rated health after sepsis in older adults: A retrospective cohort study. *Chest*, 158(5), 1958–1966.
- Cinel, I., Kasapoglu, U. S., Gul, F., & Dellinger, R. P. (2020). The initial resuscitation of septic shock. *Journal of Critical Care*, 57, 108–117.
- Corrêa, T. D., Cavalcanti, A. B., & Assunção, M. S. C. D. (2016). Balanced crystalloids for septic shock resuscitation. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28, 463–471.



- Dietz, B. W., Jones, T. K., Small, D. S., Gaieski, D. F., & Mikkelsen, M. E. (2017). The relationship between index hospitalizations, sepsis, and death or transition to hospice care during 30-day hospital readmissions. *Medical Care*, 55(4), 362–370.
- Evans, L., Rhodes, A., Alhazzani, W., Antonelli, M., Coopersmith, C. M., French, C., ... Levy, M. (2021). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock 2021. *Critical Care Medicine*, 49(11), e1063–e1143.
- Ferguson, A., Coates, D. E., Osborn, S., Blackmore, C. C., & Williams, B. (2019). Early, nurse-directed sepsis care. *AJN The American Journal of Nursing*, 119(1), 52-58.
- Fleischmann-Struzek, C., Rose, N., Freytag, A., Spoden, M., Prescott, H. C., Schettler, A., ... Hartog, C. S. (2021). Epidemiology and costs of post sepsis morbidity, nursing care dependency, and mortality in Germany, 2013 to 2017. *Journal of the American Medical Association*, 4(11), e2134290.
- Garcia, R. A., Spitzer, E. D., Kranz, B., & Barnes, S. (2018). A national survey of interventions and practices in the prevention of blood culture contamination and associated adverse health care events. *American Journal of Infection Control*, 46(5), 571-576.
- Goulden, R., Hoyle, M. C., Monis, J., Railton, D., Riley, V., Martin, P., ... Nsutebu, E. (2018). qSOFA, SIRS and NEWS for predicting in hospital mortality and ICU admission in emergency admissions treated as sepsis. *Emergency Medicine Journal*, 35(6), 345–349.
- Hajj, J., Blaine, N., Salavaci, J., & Jacoby, D. (2018). The centrality of sepsis: A review on incidence, mortality, and cost of care. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 6(3), 90.
- Hammond, D. A., Lam, S. W., Rech, M. A., Smith, M. N., Westrick, J., ... Balk, R. A. (2020). Balanced crystalloids versus saline in critically ill adults: A systematic review and meta-analysis. *The Annals of pharmacotherapy*, 54(1), 5–13.
- Jiang, J., Yang, J., Mei, J., Jin, Y., & Lu, Y. (2018). Head-to-head comparison of qSOFA and SIRS criteria in predicting the mortality of infected patients in the emergency department: A meta-analysis. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 26(1), 56.
- Kleinpell, R., Blot, S., Boulanger, C., Fulbrook, P., & Blackwood, B. (2019). International critical care nursing considerations and quality indicators for the 2017 surviving sepsis campaign guidelines. *Intensive Care Medicine*, 45(11), 1663–1666.
- Lara, B., Enberg, L., Ortega, M., Leon, P., Kripper, C., Aguilera, P., ... Hernandez, G. (2017). Capillary refill time during fluid resuscitation in patients with sepsis-related hyperlactatemia at the emergency department is related to mortality. *PloS one*, 12(11), e0188548.
- Léguillier, T., Jouffroy, R., Boisson, M., Boussaroque, A., Chenevier-Gobeaux, C., Chaabouni, T., ... Beaudeau, J. L. (2018). Lactate POCT in mobile intensive care units for septic patients? A comparison of capillary blood method versus venous blood and plasma-based reference methods. *Clinical Biochemistry*, 55, 9-14.



- Levy, M. M., Evans, L. E., & Rhodes, A. (2018). The surviving sepsis campaign bundle: 2018 update. *Critical Care Medicine*, 46(6), 997–1000.
- Raines, K., Berrios, R. A. S., & Guttendorf, J. (2019). Sepsis education initiative targeting qSOFA screening for non-ICU patients to improve sepsis recognition and time to treatment. *Journal of Nursing Care Quality*, 34(4), 318-324.
- Rhee, C., Jones, T. M., Hamad, Y., Pande, A., Varon, J., O'Brien, C., ... Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Prevention Epicenters Program (2019). Prevalence, underlying causes, and preventability of sepsis-associated mortality in US acute care hospitals. *Journal of the American Medical Association*, 2(2), e187571.
- Rhodes, A., Evans, L. E., Alhazzani, W., Levy, M. M., Antonelli, M., Ferrer, R., ... Dellinger, R. P. (2017). Surviving sepsis campaign: International guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016. *Intensive Care Medicine*, 43(3), 304–377.
- Rudd, K. E., Hantrakun, V., Somayaji, R., Booraphun, S., Boonsri, C., Fitzpatrick, A. L., ... West, T. E. (2019). Early management of sepsis in medical patients in rural Thailand: a single-center prospective observational study. *Journal of Intensive Care*, 7(1), 1-8.
- Rudd, K. E., Johnson, S. C., Agesa, K. M., Shackelford, K. A., Tsoi, D., Kievlan, D. R., ... Naghavi, M. (2020). Global, regional, and national sepsis incidence and mortality, 1990-2017: Analysis for the global burden of disease study. *Lancet (London, England)*, 395(10219), 200–211.
- Serafim, R., Gomes, J. A., Salluh, J., & Póvoa, P. (2018). A comparison of the quick-SOFA and systemic inflammatory response3 syndrome criteria for the diagnosis of sepsis and prediction of mortality: A systematic review and meta-analysis. *Chest*, 153(3), 646-655.
- Seymour, C. W., Liu, V. X., Iwashyna, T. J., Brunkhorst, F. M., Rea, T. D., Scherag, A., ... Angus, D. C. (2016). Assessment of clinical criteria for sepsis: For the third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *Journal of the American Medical Association*, 315(8), 762–774.
- Singer, M., Deutschman, C. S., Seymour, C. W., Shankar-Hari, M., Annane, D., Bauer, M., ... Angus, D. C. (2016). The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (Sepsis-3). *Journal of the American Medical Association*, 315(8), 801–810
- Thorén, A., Joelsson-Alm, E., Spångfors, M., Rawshani, A., Kahan, T., Engdahl, J., ... Djärv, T. (2022). The predictive power of the National Early Warning Score (NEWS) 2, as compared to NEWS, among patients assessed by a Rapid response team: A prospective multi-centre trial. *Resuscitation Plus*, 9, 100191.



Thai Women with Intimate Partner Violence สตรีไทยกับความรุนแรงในชีวิตคู่

อำพร เนื่องจกานาค*

Amporn Nueangjaknak*

Abstract

Currently, the problem of intimate partner violence among Thai women has been increasing every day. Most females have experienced some form of physical violence, sexual violence, emotional abuse, or threats. Furthermore, intimate partner violence affects women's physical and psychological state such that those who are abused by intimate partners suffer higher levels of mental health problems. The purpose of this article is to present the meaning of intimate partner violence, the types of violence, the cycle of violence, and the role of nursing. Nursing management of intimate partner violence includes screening and assessment for violence. Technology and digital interventions for intimate partner violence contribute to women's access to self-help resources.

Keywords: Thai women, Intimate partner violence, Screening for violence, Role of nurses

* Corresponding Author, Lecturer, Srisavardindira Thai Red Cross Institute of Nursing;
e-mail: amporn.n@stin.ac.th

Received 22 September 2022; Revised 23 January 2022; Accepted 20 June 2022



บทคัดย่อ

ปัจจุบันปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ของสตรีไทยมีเพิ่มมากขึ้นทุกวัน ส่วนใหญ่เกิดจากการถูกทำร้ายร่างกาย การถูกล่วงละเมิดเพศ การล่วงละเมิดทางอารมณ์ การแสดงออกทางสีหน้า คำพูดข่มขู่ อีกทั้งความรุนแรงที่เกิดขึ้นในชีวิตคู่ ส่งผลกระทบต่อตัวของสตรีทั้งด้านร่างกายและด้านจิตใจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตต่าง ๆ เพิ่มสูงขึ้น บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอ ความหมายของความรุนแรงในชีวิตคู่ รูปแบบความรุนแรงในชีวิตคู่ วงจรของความรุนแรงในชีวิตคู่ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีที่ได้ความรุนแรงในชีวิตคู่ ซึ่งประกอบไปด้วย การคัดกรองและการประเมินความรุนแรง การใช้เทคโนโลยีและสื่อดิจิทัลที่ทันสมัยเอื้อต่อสตรีที่ได้รับความรุนแรงให้สามารถเข้าถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือได้

คำสำคัญ: สตรีไทย ความรุนแรงในชีวิตคู่ การคัดกรองความรุนแรง บทบาทของพยาบาล

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย e-mail: amporn.n@stin.ac.th

วันที่รับบทความ 22 กันยายน 2564 วันที่แก้ไขบทความ 23 มกราคม 2565 วันที่ตอบรับบทความ 20 มิถุนายน 2565

บทนำ

สตรีไทยในแต่ละยุคสมัยมีความแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม ความเชื่อ ประเพณีแต่ขาดไม่ได้สิ่งที่สตรีไทยทุกคนต้องการเหมือนกันคือ ความรักจากตนเอง ความรักจากคนรักหรือคู่ ครอบครัวยุ้ย และการเล่นร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข สตรีไทยบางคนปรารถนาอยากมีชีวิตคู่ที่สมบูรณ์แบบ มีครอบครัวที่อบอุ่น มีสามีอันเป็นที่รักแต่สตรีไทยบางคนมีชีวิตคู่แบบการดื่มน้ำผึ้งที่มีรสขมขื่น ชีวิตคู่ไม่ได้โรยด้วยกลีบกุหลาบ มีความทุกข์มากกว่าความสุข ไม่ว่าจะเป็นทุกข์ที่เกิดจากการถูกทำร้ายร่างกายและการทำร้ายทางจิตใจที่ได้รับจากชีวิตคู่ ความรุนแรงในชีวิตคู่ของสตรีเป็นปัญหาระดับนานาชาติมีอยู่ทั่วทุกมุมโลก ไม่มีสังคมใดหรือประเทศใดในโลกที่ไม่พบกับปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่และการกระทำที่โหดร้ายต่อชีวิตคู่ของสตรีแม้กระทั่งครอบครัวเป็นสถานที่ปลอดภัยแต่ในบางครั้งกลับกลายเป็นสถานที่ที่น่ากลัวและอันตรายที่สุด (The World Health Organization, 2020) องค์การสหประชาชาติ (United Nations, 2018) พบว่าความชุกของสตรีทั่วโลกที่ถูกทำร้ายร่างกายและการใช้ความรุนแรงทางเพศจากสามีหรือคู่สมรสส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15–49 ปี พบมากที่สุดในกลุ่มประเทศด้อยพัฒนาในบริเวณหมู่เกาะแปซิฟิกร้อยละ 37 รองลงมาคือภูมิภาคเอเชียใต้ร้อยละ 35 ภูมิภาคแอฟริกาตอนใต้ของทะเลทรายสะฮาราร้อยละ 33 ภูมิภาคยุโรป ร้อยละ 23 ภูมิภาคเอเชียตะวันออก-เฉียงใต้ร้อยละ 21 ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ร้อยละ 20 และภูมิภาคเอเชียกลาง ร้อยละ 18

สำนักงานสถิติแห่งชาติ (สสช.) ร่วมมือกับองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) ประเทศไทย สำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทยปี พ.ศ. 2562 พบว่าความรุนแรงในครอบครัวเกิดจากคู่หรือสามีทำร้ายร่างกายเพศหญิงหรือภรรยาอย่างน้อย 1 สถานการณ์ สาเหตุเนื่องจากภรรยาออกนอกบ้านโดยไม่บอกสามี ภรรยาไม่เอาใจใส่ดูแลบุตร ภรรยาได้เลี้ยงหรือทะเลาะกับสามี ภรรยาปฏิเสธไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์กับสามี และภรรยาประกอบอาหารไหม้ ร้อยละ 13 และผลงานวิจัยในประเทศไทยของ เพลทเซอร์ และเบงปีท (Peltzer & Pengpid, 2017) พบว่าความรุนแรงในคู่สมรสในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกผู้ป่วยนอกพบมากที่สุด คือ การทารุณกรรมทางจิตใจ ร้อยละ 82.1 ความรุนแรงทางร่างกาย ร้อยละ 67.1 ความรุนแรงทางเพศ ร้อยละ 27.5 ซึ่งพฤติกรรมความรุนแรงที่ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.3 และการฆ่าตัวตายและการพยายามฆ่าตัวตายของสตรี ร้อยละ 17.6

กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัวของประเทศไทย (Department of Women's Affairs and Family Development, 2020) รายงานว่าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัสหรือโควิด-19 เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความรุนแรงในชีวิตคู่เพิ่มมากขึ้น โดยพบว่าระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2564 สตรีถูกกระทำความรุนแรงมากถึงร้อยละ 81 ซึ่งร้อยละ 39 เป็นการกระทำความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสโดยมีสาเหตุมาจากการใช้สารเสพติด ความหึงหวง การมีโทสะ ความรู้สึกว่าตนเองมีอำนาจเหนือกว่าภรรยา การมีหนี้สินและการว่างงาน สาเหตุที่กล่าวมาส่งผลต่อพฤติกรรมการทำร้ายร่างกายสูงถึงร้อยละ 64.5 การใช้ทำร้ายจิตใจ/คำพูดที่รุนแรงดูต่ำ/ตะคอก/ข่มขู่หรือบังคับและการนอกใจ ร้อยละ 31.4 พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมร้อยละ 3.6 ผลงานวิจัยของ นันทนา และนพพร พบว่าสตรีที่ถูกทำร้ายจากคู่สมรสทำให้สตรีมีความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ อีกทั้งชนิดของความรุนแรงที่เกิดจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของสตรี (Thananowan & Vongsirimas, 2014) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นการใช้ชีวิตคู่ของสตรีไทยในปัจจุบันมีความรุนแรงมากขึ้นส่งผลทำให้เกิดความเครียดทางจิตสังคม ภาวะซึมเศร้า การฆ่าตัวตาย และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ ตามมา ดังนั้น การคัดกรองเบื้องต้น การประเมินความรุนแรงและการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่สตรีไทยที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่จึงเป็นหัวใจที่สำคัญของบทบาทพยาบาลในการค้นหา

สตรีที่ถูกใช้ความรุนแรง การให้ช่วยเหลือดูแลรักษาอย่างเหมาะสม และการป้องกันการเกิดความรุนแรงในชีวิตคู่ซ้ำ

สตรีไทยกับความรุนแรงในชีวิตคู่

สตรีไทยหรือผู้หญิงไทย มีบทบาทหน้าที่ดูแลครอบครัว เลี้ยงดูบุตร นอกจากนี้ครอบครัวยังเป็นส่วนใหญ่ของโลก ผู้ดูแลครอบครัวเป็นสตรี ประเทศไทยให้ความสำคัญกับสตรีเป็นอย่างมากเพราะสตรีเป็นพลังสำคัญในการขับเคลื่อนสังคมสู่ประเทศที่พัฒนาแล้วในอนาคต ยุคสมัยที่เปลี่ยนแปลงไป สตรีไทยแต่เดิมได้ชื่อว่าเป็นช้างเท้าหลังหรือผู้ตามสามี ในปัจจุบันสตรีไทย คือ working woman, working mothers, working on social และจากการศึกษาวิจัยของ วอลลาสต์ และคณะ (Wollast et al., 2020) เรื่องของวัฒนธรรมและความเคารพตนเองในอเมริกา เบลเยี่ยม รัสเซีย พบว่าสตรีไทยมีความรักและเคารพตนเองอย่างสูงที่สุดในเรื่องความกรุณาต่อตนเอง (self-compassion) และมีจิตใจดีในการช่วยเหลือผู้อื่นรวมถึงความเข้าใจในตนเองเมื่อเกิดเหตุการณ์ผิดพลาดในชีวิตสามารถผ่านไปได้สูงที่สุด จากงานวิจัยเห็นได้ว่าสตรีไทยมีความของแข็งแรงแรงในชีวิตที่จะเผชิญเรื่องราวต่าง ๆ ในชีวิต มีความรักต่อตนเองและผู้อื่น ความมีน้ำใจ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และการให้อภัยเป็นเหมือนพลังความอานาจที่ยิ่งใหญ่อยู่ในสตรีไทยทุกคนเช่นเดียวกับความรุนแรงในชีวิตคู่สามารถเกิดขึ้นกับสตรีไทยได้ทุกคนที่ต้องพบกับช่วงเวลาหนึ่งของชีวิตหรือประสบการณ์ของชีวิตคู่เมื่อมีชีวิตคู่ไม่ได้ดังที่ตนเองคาดหวังแต่กลับกลายเป็นความเจ็บปวดทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ชีวิตคู่ของสตรีไทยบางคู่สมรสต้องจบชีวิตคู่ด้วยการเลิกลา การหย่าร้าง หรือแม้แต่การฆ่าตัวตาย

ความรุนแรงในชีวิตคู่

ความรุนแรงในชีวิตคู่ (intimate partner violence: IPV) หมายถึง ความรุนแรงที่เกิดขึ้นในชีวิตคู่หรือคนรัก สามีภรรยาการจดทะเบียนอย่างถูกต้องตามกฎหมาย คนที่คบหาเป็นแฟนกัน (dating or courtship violence) คนที่ใช้ชีวิตร่วมกันฉันท์สามีภรรยาโดยไม่ผ่านพิธีมงคลสมรสหรือที่เรียกว่าอยู่ก่อนแต่งงาน (Sripichyakan, 2015)

ความรุนแรงในชีวิตคู่ หมายถึงความรุนแรงทางด้านร่างกาย (physical violence) ความรุนแรงทางเพศ (sexual violence) ความรุนแรงทางด้านจิตใจ เช่น การแสดงของพฤติกรรมก้าวร้าว การบีบบังคับจิตใจ เป็นต้น ซึ่งเกิดบุคคลใกล้ชิดของสตรี คู่สมรส คู่รัก หรือบุคคลที่ไม่ใช่คู่สมรส (partner) ก็ตาม ที่เป็นผู้กระทำความรุนแรงต่อสตรี (Miller & McCaw, 2019)

สรุปได้ว่าความรุนแรงในชีวิตคู่ คือ การใช้ความรุนแรงในการทำร้ายด้านร่างกาย และจิตใจด้วยวิธีต่าง ๆ ที่เกิดจากคู่สมรส คนรัก คนที่สตรีให้ความไว้วางใจ ส่งผลทำให้ร่างกาย จิตใจ ได้รับความเจ็บปวดจากบุคคลหนึ่งที่มีสตรีให้ความรักและความผูกพัน ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีทำให้เกิดปัญหาสุขภาพกายและสุขภาพจิตตามมาภายหลัง

1. รูปแบบของทารุณกรรมหรือการใช้ความรุนแรงในชีวิตคู่

สถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับสตรีที่ได้รับความรุนแรงที่เกิดจากคู่ในรูปแบบต่าง ๆ ดังนี้ (Gosselin, 2019)

1.1 การทารุณกรรมทางอารมณ์หรือการล่วงละเมิดทางอารมณ์ (emotional abuse) ประกอบด้วย ผู้กระทำ มีการแสดงออกทาง สีหน้า ท่าทางที่รุนแรงเกรี้ยวกราด การคำพูดที่หยาบคายการข่มขู่ด้วยน้ำเสียงดุร้าย การทำให้อับอายโดยการเรียกชื่อของสตรีด้วยถ้อยคำหยาบคายที่ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียง

1.2 การทารุณกรรมด้านร่างกาย (physical abuse) ประกอบด้วย การทุบตี การตบ การชกต่อย การผลักหรือการเหวี่ยง การฉุดกระชาก การขว้างปาสิ่งของใส่ การถ่มน้ำลายใส่ การกระแทกร่างกายกับสิ่งของอย่าง

รุนแรง การใช้น้ำมันราดร่างกายและจุดไฟเผา การทำร้ายร่างกายโดยใช้อุปกรณ์หรืออาวุธต่าง ๆ เช่น กรรไกร มีด ปืน เชือก สายไฟฟ้า เป็นต้น รวมไปถึงการควบคุมในการเข้าถึงการรักษา การบังคับให้คู่สมรสหรือสตรีผู้ถูกกระทำ ให้ข้อมูลที่ไม่เป็นความจริงกับแพทย์หรือพยาบาลที่ให้การรักษาและดูแล

1.3 การทารุณกรรมทางการเงิน (financial abuse) ประกอบด้วย การป้องกันไม่ให้สตรีได้ทำงานก่อนงาน ในการทำงานหรือสถานที่ทำงาน ควบคุมการเงินและค่าใช้จ่ายทั้งหมด การควบคุมสตรีทุกอย่างที่มีการเคลื่อนไหว การทำให้การเงินของครอบครัวล้มเหลว เช่น การเป็นหนี้บัตรเครดิตหรือบัตรเครดิตเงินสด รายจ่ายมากกว่ารายรับ การเล่นเกมพนันต่าง ๆ การกู้เงินนอกระบบ เป็นต้น

1.4 การทารุณกรรมทางเพศ (sexual abuse) ประกอบด้วย การบังคับให้สตรีมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้รับการยินยอม การกีดกันหรืออวัยวะเพศ การใช้สิ่งของสอดใส่อวัยวะเพศ การบังคับให้สตรีกระทำการบางอย่างทางเพศสัมพันธ์ซึ่งทำให้อับอายเสื่อมเสียเกียรติและดูหมิ่นศักดิ์ศรี

2. วงจรของความรุนแรงในชีวิตคู่ (The Cycle of Intimate Partner Violence)

วงจรของความรุนแรงมีความสัมพันธ์กันอย่างชัดเจนในการทำร้ายหรือการกระทำที่รุนแรงส่งผลต่อชีวิตของบุคคลที่ถูกเรียกว่าเป็นผู้ถูกกระทำหรือสตรี ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ ระยะการสร้างความตึงเครียด ระยะของการทำร้ายร่างกาย และระยะของการคืนดีหรือฮันนีมูน (Alvarez & Bachman, 2019) วงจรของความรุนแรงในชีวิตคู่มักเริ่มต้นด้วยเหตุการณ์ความขัดแย้งที่สร้างความตึงเครียดนำไปสู่ความรุนแรงที่แสดงออกได้หลายรูปแบบ เช่น การทำร้ายร่างกาย การทำร้ายจิตใจและความรู้สึกด้วยคำพูดหยาบคาย ข่มขู่ การใช้อารมณ์ที่รุนแรงมากกว่าการใช้เหตุผล การทำให้รู้สึกอับอาย เป็นต้น วงจรความรุนแรงเกิดขึ้นกับคู่ของสตรีได้เกือบทุกคู่บางคู่ต้องเผชิญกับความรุนแรงทั้ง 3 ระยะแต่ในบางคู่สามารถหยุดความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้ในระยะแรก ๆ ได้ ความรุนแรงในแต่ละระยะมีดังนี้

ระยะที่ 1 การสร้างความตึงเครียด (PHASE 1: TENSION BUILDING) ระยะการสร้างความตึงเครียดเป็นช่วงเวลาของความรุนแรงที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุดและใช้เวลายาวนานที่สุดของวงจรความรุนแรงของชีวิตคู่ระหว่างสตรีและผู้กระทำ ความตึงเครียดที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่มาจากเหตุการณ์ความขัดแย้งในชีวิต ความไม่เข้าใจซึ่งกันและกัน การปรับตัวเข้าหากันไม่ได้ รวมถึงปัญหาทางการเงิน ปัญหาการนอกใจคู่สมรส ปัญหาการใช้เครื่องมือแอลกอฮอล์ ปัญหาการพนัน เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวนำไปสู่ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชีวิตคู่อีกทั้งสตรีหรือผู้ถูกกระทำอาจจะมีความรู้สึกที่ไวต่อผู้กระทำหรือคู่สมรสของตนเองในแง่ลบเป็นอย่างมาก ซึ่งส่วนใหญ่จะตอบสนองด้วยอารมณ์ที่ไม่พอใจเล็กน้อยหรือรุนแรงเพื่อตอบโต้อีกฝ่าย เช่น การแสดงออกทางสีหน้า ท่าทางที่ทำให้อีกฝ่ายรู้ว่าไม่ควรแสดงพฤติกรรมรุนแรงกับตนเอง แต่ถ้าหากสตรียอมรับอารมณ์และพฤติกรรมรุนแรงของอีกฝ่ายได้โดยการเก็บความรู้สึกที่ตนเองได้รับโดยตรงไว้กับตนเองหรือเรียกว่า การเก็บกด (repression) เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่เลวร้ายหรือรุนแรงมากขึ้นซึ่งต้องกระทำอย่างระมัดระวัง (walking on egg shells) และการใช้สติในการควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ในทางตรงกันข้ามสตรีหรือผู้ถูกกระทำไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือขาดสติได้ตอบด้วยความรุนแรงกับผู้กระทำจะทำให้เหตุการณ์ความขัดแย้งนั้นรุนแรงมากขึ้น

ระยะที่ 2 การทารุณกรรม (PHASE 2: ABUSIVE PHASE) เป็นระยะของการระเบิดอารมณ์ความรู้สึกที่เพิ่มมากขึ้นและการแสดงออกมาทางพฤติกรรมที่มีผลกระทบต่อสตรี ผู้กระทำไม่สามารถควบคุมตนเองได้ทั้งด้านร่างกาย และอารมณ์บันดาลโทสะมีการกระทำที่รุนแรงซึ่งการตอบสนองของสตรี โดยวิธีการทำร้ายร่างกาย การใช้คำพูดที่หมิ่นเกียรติและศักดิ์ศรีของสตรีหรือแม้แต่การฆาตกรรมแต่ถ้ามีความโชคดี สตรีหรือผู้ถูกกระทำ

ได้รับบาดเจ็บทางร่างกายเพียงเล็กน้อยไม่ถึงขั้นเสียชีวิตสตรีมักจะปฏิเสธการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลเพราะมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่รุนแรงและยังไม่เสียชีวิตรวมถึงการใช้ความรุนแรงในระยะแรก ๆ ที่ไม่รุนแรงมากและเมื่อเกิดวงจรความรุนแรงซ้ำ ๆ มักตามด้วยความรุนแรงที่มากขึ้น ในขณะที่สตรีบางคนสามารถอดทน ยอมรับและปรับตัวกับความรุนแรงที่เกิดขึ้นได้เพื่อรักษาความสุขของครอบครัวไว้

ระยะที่ 3 การคืนดีหรือประนีประนอม (PHASE 3: HONEYMOON) ระยะของการดื่มน้ำผึ้งพระจันทร์ ผู้กระทำมีความรู้สึกผิดต่อพฤติกรรมรุนแรงที่ได้กระทำและพยายามแสดงความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนเองได้กระทำรุนแรงต่อสตรีพยายามทำให้สตรีหรือภรรยาเชื่อว่าตนเองสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรืออารมณ์ที่รุนแรงได้จริง สตรีตอบสนองและยอมรับเหตุการณ์ความรุนแรงที่ผ่านมาจนกระทั่งสตรีเกิดความรู้สึกดีกับสามีหรือผู้กระทำว่ามีพฤติกรรมที่ดีขึ้น เช่น สามีดื่มสุรามีอาการเมาและทำร้ายภรรยาเมื่อหายจากอาการเมาสุรารู้สึกผิดพยายามจ้อขบขันดีด้วยวิธีต่าง ๆ ให้ภรรยาให้อภัยตนเอง

3. ปัจจัยของความรุนแรงในระดับบุคคลของสตรีผู้ถูกระทำ

ปัจจัยของความรุนแรงในระดับบุคคลของสตรีผู้ถูกระทำด้วยการใช้ความรุนแรงทั้งต่อด้านร่างกายและจิตใจจากคู่สมรส คนรัก บุคคลใกล้ชิดที่สตรีให้ความรักและความผูกพัน ปัจจัยระดับบุคคลของสตรีมีอิทธิพลต่อการกระทำความรุนแรงต่าง ๆ ดังนี้

3.1 ปัจจัยลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล ลักษณะสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการถูกทำร้ายมีลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล เช่น อายุของสตรีที่มีอายุระหว่าง 15 ปีถึง 45 ปีถูกทำร้ายมากกว่าสตรีที่มีอายุสูงกว่า 45 ปีขึ้นไป (Emezue & Bloom, 2021) อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลทำให้ต่อการจัดการกับปัญหาและประสบการณ์ที่ผ่านมาของชีวิตและการมีบุตรเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปีเป็นปัจจัยของการถูกคู่สมรสทำร้าย จากงานวิจัยของภัทรวดี ตบุทา พบว่า สตรีที่มีอายุน้อยกว่า 25 ปีได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่มาเป็น 4.1 เท่าของสตรีที่มีอายุมากกว่า 25 ปี (Tubtha, 2015)

3.1.2 สถานะทางสังคมเศรษฐกิจ สตรีที่ถูกสามีทำร้ายส่วนใหญ่มีการศึกษาและรายได้น้อย สตรีที่อยู่ในสภาพด้อยอำนาจกว่าสามี ขาดตำแหน่งหน้าที่การงานที่เป็นที่ยอมรับในสังคมต้องพึ่งพาเงินทองจากสามี

3.1.3 สถานภาพสมรส สตรีที่จดทะเบียนสมรสบางกรูู้สึกว่าเป็นสมบัติของสามีต้องอยู่ใต้อำนาจของสามีและมักจะถูกละเมิดข่มเหงได้ง่าย นอกจากนี้สตรีที่ไม่ได้จดทะเบียนสมรสพบการใช้ความรุนแรงในชีวิตคู่มากกว่าคู่สมรสที่จดทะเบียนสมรส

3.2 ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ การมีบุคลิกภาพแบบหลีกเลี่ยงปัญหา การขาดปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นบุคลิกภาพแบบ boarder line ย้ำคิดย้ำทำ แยกตัว ขาดความมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกไร้ค่า ไร้ความสามารถ มีความรักและผูกพันกับสามีมากอยู่ด้วยตนเองไม่ได้ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ขาดทักษะการจัดการกับปัญหา ขาดทักษะการจัดการความเครียด ขาดทักษะการจัดการกับความขัดแย้ง รวมถึงสตรีที่มีอารมณ์หุนหันพลันแล่น หงุดหงิดง่าย โกรธง่าย

3.3 ปัจจัยด้านมายาคติ (myths) ความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับความรุนแรงคือ การยอมรับในเรื่องของการใช้ความรุนแรงของเพศชาย การยอมรับความก้าวร้าวของผู้ชาย ผู้ชายมีการใช้สิทธิหรือการใช้ความรุนแรงของบุรุษเป็นเรื่องธรรมดา หรือแม้แต่การใช้ความรุนแรงทำร้ายสตรีและสตรียอมรับการกระทำนั้นโดยไม่มีข้อโต้แย้ง อดทนเคารพเชื่อฟัง ตัวอย่างของมายาคติของสังคมไทย ได้แก่

3.3.1 สามีภรรยาเปรียบเสมือนลึนกับพินยอมกระทบกระทั่งกันเป็นธรรมดา ในความจริงแล้วการกระทบกระทั่งกันจะนำไปสู่ความรุนแรงในชีวิตคู่จึงไม่ใช่เรื่องปกติหรือธรรมดา

3.3.2 คู่สามีภรรยาสร้างสัมพันธ์ไมตรี สามิติเพราะเอ็นดูที่ลงมือลงมือเพราะรัก จะเห็นได้ว่าความรุนแรงไม่ใช่วิธีการแก้ไขปัญหา ภรรยาทุกคนไม่ควรถูกสามีกระทำด้วยความรุนแรงความเชื่อที่ว่า การตีหรือการลงโทษเป็นการหยุดพฤติกรรมได้เร็วแต่อาจจะกลับมากระทำซ้ำอีก

3.3.3 อย่าเปิดเสื้อให้เขาเห็นหลังหรือความในเป็นเรื่องน่าอับอายเปรียบได้กับความในอย่าออกความนอกอย่านำเข้า ความเชื่อของสังคมไทย การเปิดเผยหรือพูดถึงเรื่องราวของครอบครัวในด้านที่ไม่ดีเป็นเรื่องที่น่าอับอาย ภรรยาที่ถูกทำร้ายไม่กล้าพูดหรือบอกให้ผู้อื่นรู้ตรงกับมายาคติที่ว่าเรื่องของสามีคนอื่นไม่เกี่ยวข้องจะเป็น หมาหัวเห่าแต่ในความจริงแล้วเมื่อภรรยาถูกกระทำที่รุนแรงควรเปิดเผยให้กับผู้อื่นหรือบุคคลที่เราไว้วางใจ รู้เรื่องราวต่าง ๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือและนำพาสดรออกมาหรือหยุดจากวงจรความรุนแรงนั้น ๆ

3.3.4 ภรรยาช่วย มายาคติที่โทษภรรยาว่าเป็นต้นเหตุของความรุนแรง (victim blaming) โดยภรรยา เป็นฝ่ายเริ่มเรื่องราวของความรุนแรงก่อน เป็นการสื่อว่าภรรยาเป็นต้นเหตุและต้องรับผิดชอบ ในทางจิตวิทยาสามีใช้กลไกการปรับตัวทางจิตวิทยาแบบการโยนความผิดให้กับภรรยา (projection) ซึ่งไม่ถูกต้องเพราะสามีหรือผู้กระทำไม่มีความรู้สึกผิดเมื่อทำร้ายภรรยาด้วยความรุนแรง

3.3.5 อดทนเพื่อลูก มายาคติของไทยภรรยาคือ แม่ศรีเรือนดูแลความสุขของครอบครัวโดยเฉพาะการดูแลบุตรเมื่อสตรีถูกทำร้ายทั้งร่างกายและจิตใจแต่ต้องยอมเสียสละและอดทนเพื่อไม่ให้ลูกขาดพ่อหรือผู้นำครอบครัว ไม่อยากให้ครอบครัวแตกแยก รวมถึงสตรีบางคนมีความเชื่อเรื่องของเวรกรรม เช่น ชาตที่แล้วคงทำร้ายสามีไว้มากชาตินี้สามีจึงมาทำร้ายคืนทำให้ภรรยาต้องให้อภัยสามีอยู่เสมอเมื่อทำผิดแม้เป็นการกระทำที่รุนแรงต่อชีวิต

4. ผลกระทบต่อสตรีไทยจากการได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่

สตรีที่ได้รับความรุนแรงจากการกระทำ ในรูปแบบต่าง ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อสตรีโดยตรงทั้งถึงแก่ชีวิตและไม่ถึงแก่ชีวิตแต่มีความพิการ (Miller & McCaw, 2019) รวมถึงผลกระทบ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านจิตวิญญาณ

4.1 ด้านร่างกาย มีการบาดเจ็บ พิการ เสียชีวิต และปัญหาด้านสุขภาพทางเพศหรืออนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น ปวดอุ้งเชิงกราน ปวดเมื่อมีการร่วมเพศ ติดโรคหรือตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์จากการถูกบังคับให้มีเพศสัมพันธ์ การทำแท้งด้วยตนเอง การทำแท้งบุตร มีภาวะแทรกซ้อนในระยะตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย (Ricci, 2021)

4.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ในระยะสั้นและระยะยาว สตรีเกิดอาการช็อกไม่เชื่อว่าเหตุการณ์ความรุนแรงเกิดขึ้นกับตนเอง พยายามที่จะลืมเหตุการณ์ บางรายเกิดโรคเครียดเฉียบพลัน (acute stress disorders) ส่งผลให้เกิดโรคเครียดหลังเหตุการณ์ร้ายแรง (post-traumatic stress disorders : PTSD) คือ ความกลัว ฝันร้ายถึงเหตุการณ์ความรุนแรงนั้นซ้ำ ๆ จำฝังใจ หวนกลับมา พยายามหลีกเลี่ยงการเผชิญโดยการยอม และผลกระทบระยะยาวส่งผลให้เกิดโรคซึมเศร้า มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย พยายามทำร้ายตนเอง หดพลัง รู้สึกว่าไม่สามารถควบคุมสถานการณ์ได้ หดศรัทธาต่อการใช้ชีวิตคู่ อับอาย มีปมด้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง รู้สึกไร้คุณค่า ไร้ความสามารถ ไม่รักตนเอง คิดว่ามีมลทิน วิดกกังวล ไม่ไว้วางใจผู้อื่น มองโลกในแง่ร้าย หงุดหงิด หวาดระแวง สงสัย ขาดสมาธิ ส่งผลกระทบต่อตนเอง บุตร และบุคคลใกล้ชิด รวมถึงการเกิดความผิดปกติทางจิตจากการ

ถูกระทำรุนแรงเป็นเวลานานสะสม (Battered Woman Syndrome) (Sanitphot, 2017)

4.3 ด้านสังคมเศรษฐกิจ มีปัญหาในการสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น แยกตัวจากสังคม ไม่ยอมรับความช่วยเหลือ ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม เสียหน้าที่การงาน ขาดรายได้

5. การประเมินคัดกรองความรุนแรงในสตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่

สตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่แต่ละปีหลายพันคนในสถานที่ทำงานหรือโรงพยาบาลและการประเมินคัดกรองความรุนแรงในชีวิตคู่มีการใช้มากขึ้นและเป็นที่ยอมรับในสากล พยาบาลจำเป็นต้องตระหนักและให้ความสำคัญไม่ใช่เฉพาะการคัดกรอง การประเมินความรุนแรงที่เกิดขึ้นกับสตรีแต่ยังต้องให้การช่วยเหลืออย่างจริงจัง ไม่ตัดสินหรือตีค่าผู้อื่น และมีข้อมูลที่เพียงพอในทางกฎหมายซึ่งเป็นแนวทางนำไปสู่การช่วยเหลือการพิทักษ์สิทธิ์รวมถึงหลักฐานของการกระทำที่รุนแรงต่อสตรีที่เกิดจากคู่ นอกจากนี้ยังรวมถึงการรับรู้ข้อมูลเบื้องต้นของสตรีและการป้องกันที่สามารถลดอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับความรุนแรงในชีวิตสมรสของสตรีได้อย่างมีนัยสำคัญ เพื่อเป็นการหยุดวงจรความรุนแรง พยาบาลจึงต้องทราบวิธีการประเมิน การคัดกรอง ระบุความรุนแรงที่ได้รับของผู้ถูกระทำและแนวทางในการดูแลที่เหมาะสมดังนี้ (Cavner, 2019)

5.1 การคัดกรองการทารุณกรรมหรือการละเมิดในสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล (screen for abuse during every health care visit) ความรุนแรงที่เกิดกับกับสตรีสามารถทำได้โดยเริ่มจากการคัดกรองที่ใช้เวลาไม่นานและได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อสตรีที่ได้รับความรุนแรง สตรีทุกคนสามารถตกเป็นเหยื่อของการทารุณกรรมต่าง ๆ และความรุนแรงในชีวิตคู่ถึงแม้ว่าสตรีที่มาโรงพยาบาลจะไม่มีอาการและอาการแสดงที่เป็นสัญญาณบ่งบอกถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นแต่อาจจะมีร่องรอย การถูกทำร้ายหรือทำทางที่เป็นประโยชน์ต่อการให้การช่วยเหลือสตรี ซึ่งสามารถสังเกตได้ (Castle & Abel, 2016; Wollast et al., 2020) ดังต่อไปนี้

5.1.1 การบาดเจ็บหรือรอยฟกช้ำที่บริเวณร่างกายเช่น แขน คอ ใบหน้า หน้าอก เต้านม หน้าท้อง เป็นต้น รอยแผลเป็น (scar) จากการถูกทำร้าย รอยแผลฉีกขาดหรือแผลจากอาวุธที่ใช้ทำร้ายสตรี

5.1.2 ผลกระทบจากการทารุณกรรมทำให้เกิดอาการและอาการแสดงที่นำมาโรงพยาบาล เช่น อาการปวดศีรษะ การไต่ยีนลดลงจากถูกแทงหรือถูกต่อยจนทำให้แก้วหูทะลุ ปวดบริเวณข้อต่อ โพรงจมูกอักเสบ การบาดเจ็บบริเวณช่องปากและฟัน ผมนบนหนังศีรษะหายไปเป็นบางส่วน ปวดบริเวณอุ้งเชิงกราน มีการบาดเจ็บที่เต้านมและอวัยวะเพศ เป็นต้น

5.1.3 ข้อมูลจากการซักประวัติของสตรีไม่สอดคล้องกับอาการหรือปัญหาที่พยาบาลพบจากการสังเกต เช่น สีหน้า ท่าทาง น้ำเสียง กระวนกระวาย หลีกเลียงการตอบคำถาม การไม่สบตาขณะพูด หลีกเลียงการพูดถึงร่องรอยหรือบาดแผลของตนเอง เป็นต้น

5.1.4 มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น อาการซึมเศร้า อาการเครียด วิตกกังวล การใช้สารเสพติด การใช้ยานอนหลับเกินขนาด ปัญหาการกินมากเกินไป มีความคิดฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย มีอาการทางจิต หลังเกิดเหตุการณ์รุนแรง การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม โกรธ หงุดหงิดขณะมีการซักถามข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น

5.1.5 พฤติกรรมของคู่สมรสหรือผู้กระทำในสถานบริการสาธารณสุข ผู้กระทำมีพฤติกรรมที่ร้องขอหรือปกป้องสตรีมากเกินไป เช่น ไม่เต็มใจให้สตรีอยู่กับพยาบาลเพียงลำพัง ตอบคำถามแทนสตรีหรือผู้ถูกระทำ พยายามควบคุมแสดงอำนาจกับสตรี เป็นต้น

5.1.6 อาการเรื้อรังที่มาพบแพทย์บ่อยครั้ง มีอาการเครียดที่เกิดจากความขัดแย้งภายในจิตใจโดยไม่ได้มีสาเหตุจากโรคทางกาย เช่น เจ็บหน้าอก ปวดศีรษะ ปวดท้อง ปวดหลัง นอนไม่หลับ อาการที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินอาหาร และการไม่พบแพทย์ตามนัดและมีร่องรอยจากการถูกทำร้ายรอยเดิมซ้ำ ๆ ทุกครั้ง

5.1.7 การใช้คำถามโดยตรงหรือคำถามโดยอ้อมเกี่ยวกับการทารุณกรรม (ask direct or indirect questions about abuse) การทารุณกรรมหรือการกระทำความรุนแรงต่อสตรีบ่อยครั้งมักถูกมองไม่เห็น ไม่เป็นที่รู้จัก และถูกซ่อนเร้นไว้อยู่ในครอบครัว ในการใช้คำถามเพื่อเป็นการคัดกรองการทารุณกรรม การละเมิดสิทธิของสตรีซึ่งมีความสำคัญและควรมีการคัดกรองเช่นเดียวกับการซักประวัติการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกายทั่วไป พยาบาลหลายคนรู้สึกไม่สบายใจที่จะถามคำถามในเรื่องของความรุนแรงกับสตรี ครอบครัว เพราะเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนแต่การถามคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงจะทำให้เราพบคำตอบที่มีคุณค่ามากยิ่งขึ้นที่เราจะให้ความช่วยเหลือสตรี รวมถึงการเปิดโอกาสให้สตรีได้แสดงความเป็นตัวตนของตนเอง เล่าถึงประสบการณ์ที่เคยได้รับความรุนแรง เหตุการณ์ที่เลวร้ายในชีวิตที่ผ่านมา ระบายความรู้สึกที่ถูกจนเก็บไว้ต่อบุคคลที่ไว้วางใจได้และให้ความสำคัญกับสตรี อีกทั้งพยาบาลคอยช่วยเหลือและเสนอแนวทางในการดูแลเบื้องต้นทำให้สตรีรู้สึกผ่อนคลาย ไม่วิตกกังวล โดยไม่ปิดบังเรื่องราวต่าง ๆ พร้อมเล่าสิ่งที่ตนเองถูกกระทำอย่างเปิดเผย ไม่ว่าจะเป็นลักษณะคำถามโดยตรงหรือโดยอ้อมให้ผลลัพธ์ในทางเดียวกันคือการได้ข้อมูลสำหรับการให้ความช่วยเหลือ พยาบาลเลือกใช้คำถามที่ทำให้ตนเองรู้สึกสบายใจที่จะถาม คำถามแสดงให้เห็นถึงความเข้าใจ (empathetic) ไม่ทำให้รู้สึกคุกคาม (nonthreatening manner) และไม่ตัดสินคำตอบหรือปฏิกิริยาทั้งหมด ตัวอย่างการใช้คำถามดังนี้ 1) ลักษณะคำถามโดยตรง (direct questions) เช่น “สามีของคุณตีหรือทำร้ายคุณหรือไม่” “คุณเคยได้รับการกระทำที่รุนแรงหรือไม่เหมาะสมในครอบครัวหรือไม่” 2) ลักษณะคำถามโดยอ้อม (indirect questions) เช่น “พยาบาลเคยเห็นผู้หญิงหลายคนได้รับการบาดเจ็บจากการถูกทำร้ายเหตุการณ์ลักษณะนี้เคยเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่” “ผู้หญิงหลายคนในชุมชนของเรามีประสบการณ์กับการถูกล่วงละเมิดการทำร้ายร่างกายจากคู่สมรสของเขาในชีวิต คุณเคยมีเหตุการณ์แบบนี้เคยเกิดขึ้นกับคุณหรือไม่” 3) การประเมินความปลอดภัยของสตรีที่ได้รับความรุนแรงเป็นที่สำคัญที่สุดในการช่วยเหลือสตรี “คุณรู้สึกปลอดภัยที่จะกลับบ้านหลังจากพบพยาบาลหรือไม่” (Ricci, 2020)

5.2 การพยาบาลสตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่ พยาบาลหรือผู้ให้การดูแลจึงต้องมีการประเมินความรุนแรงและการเฝ้าระวังความรุนแรง หรือการทารุณกรรมที่เกิดขึ้นกับสตรีอย่างระมัดระวังและการเรียนรู้วิธีการประเมินความรุนแรงเพื่อเป็นแนวทางในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่ ควรปฏิบัติดังนี้

5.2.1 การประเมินความรุนแรงในชีวิตคู่เป็นขั้นตอนที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือสตรีที่ได้รับความรุนแรง เริ่มจากพยาบาลหรือผู้ให้การดูแลควรสร้างสัมพันธภาพที่ดีด้วยการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) ให้ความสำคัญหรือแสดงความสนใจกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีการสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง มีทักษะการสื่อสารหรือการใช้คำพูดที่แสดงถึงความห่วงใย การให้กำลังใจ การให้ความช่วยเหลือที่สตรีผู้ถูกกระทำควรได้รับในเบื้องต้น อีกทั้งการมีทัศนคติที่ดีโดยไม่ตัดสินผู้อื่น สิ่งที่สำคัญในการประเมินสตรีที่ได้รับความรุนแรงในขั้นตอนแรกคือการสร้างความไว้วางใจ (trust) ความเข้าใจ (empathy) มากกว่าที่จะมองสตรีหรือผู้หญิงที่ถูกทารุณกรรมว่าเป็น chronic complainer

5.2.2 การแยกผู้รับบริการออกจากคู่สมรสหรือครอบครัวอย่างทันทีทันใด เมื่อประเมินพบว่าสตรีถูก

ทารุณกรรม ให้นำสตรีไปยังสถานที่ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัวและมั่นใจได้ว่าไม่ได้รับอันตรายจากผู้กระทำ อย่างไรก็ตามการคัดกรอง หรือการตั้งคำถามเกี่ยวกับความรุนแรงที่สตรีได้รับควรหลีกเลี่ยงที่ใช้คำถามต่อหน้าหรือที่บ้านของผู้กระทำผิดเพราะอาจจะทำให้พยาบาลได้รับอันตรายจากผู้กระทำ เช่น การทำร้ายร่างกาย การใช้คำพูดที่หยาบคาย การใช้อาวุธ มีด ปืน ข่มขู่ เป็นต้น ดังนั้นวิธีที่ปลอดภัยที่สุดคือ การแยกหรือการนำสตรีที่ได้รับ ความรุนแรงไปยังสถานที่ปลอดภัยห่างไกลจากผู้กระทำผิดเพื่อซักถามเหตุการณ์ความรุนแรงที่ได้รับ สามารถทำได้ทุกสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัวไม่เปิดเผยข้อมูลให้ผู้อื่นรับรู้

5.2.3 พยาบาลดำเนินการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสตรีโดยการให้คำแนะนำกับสตรีเกี่ยวกับ เครือข่ายให้ความช่วยเหลือสตรีที่ได้รับความรุนแรงจากครอบครัวหรือคู่สมรส และรับฟังเหตุการณ์ของสตรีที่ได้รับ ความรุนแรงอย่างตั้งใจพร้อมกับเสนอแนวทางในการช่วยเหลือ การรักษา และการจัดการกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

6. วิถีชีวิตใหม่กับความรุนแรงในสตรี

วิถีชีวิตใหม่ (New Normal) คือ การเรียนรู้วิถีชีวิตใหม่เพื่อป้องกันตนเองและผู้อื่นที่สำคัญเพื่อการปรับตัว ดำเนินชีวิตเป็นปกติบนพื้นฐาน (Department of mental health, 2020) แนวโน้มของทิศทางการเจริญเติบโต ทางเทคโนโลยีที่รวดเร็วในปัจจุบันมีผลต่อการพยาบาลที่มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนตามบริบทของสังคม พยาบาลมีหลายบทบาทหน้าที่ในการทำงานรวมถึงการพัฒนาคำถามความรู้ใหม่ ๆ ของตนเองอยู่ตลอดเวลาให้พร้อม กับการรับมือความเปลี่ยนแปลงของโลก จากนี้การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีช่วยในเรื่องการดูแลและจัดการกับปัญหา ความรุนแรงในสตรีเป็นเรื่องที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง จากงานวิจัยความรุนแรงในชีวิตคู่ในระหว่างสถานการณ์แพร่ ระบาดของโคโรนาไวรัสหรือ COVID-19 ปี 2020 การศึกษาวิจัยของ โกแซนจี และคณะ (Gosangi et al., 2021) ได้ศึกษาความรุนแรงในชีวิตของสตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของสหรัฐอเมริกาพบว่าสตรีที่ได้รับความ รุนแรงจากคู่สมรสเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 38 และพัฒนาการเครื่องมือที่ใช้ประเมินความรุนแรงในชีวิตคู่ The Injury Severity Scale (ISS) โดยจัดอบรมการใช้เครื่องมือให้กับเจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลรวมถึงการบันทึก และส่งต่อความรุนแรงในชีวิตลงระบบ Electronic health record ในช่วงสถานการณ์ดังกล่าว วิถีชีวิตใหม่กับ ความรุนแรงในสตรีโดยใช้ระบบการส่งต่อข้อมูลและการให้การดูแลช่วยเหลือและการพยาบาลผ่านเทคโนโลยี ต่าง ๆ เช่น Applications Line, Facebook live ที่กำลังนิยมกันอย่างมากเนื่องจากเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย ข้อมูลถูก เก็บเป็นความลับ ใช้งานสะดวกส่งต่อข้อมูลให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้รับข้อมูลการดูแลรักษาที่รวดเร็วและครบถ้วน และในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัสในประเทศไทยทำให้เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทเพิ่มมากขึ้น อย่างเห็นได้ชัดเจนในเรื่องการดูแลรักษาตนเองที่บ้าน (home isolation) การใช้โทรศัพท์ติดตามอาการ (tele mediation) นำมาประยุกต์ใช้กับสตรีที่ได้รับความรุนแรงได้เข้าถึงการรักษาที่รวดเร็วและทันเวลาและ ในขณะเดียวกันทางด้านการพยาบาลมีการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้เพื่อลดภาระการทำงานที่หนักมากและเพิ่ม ประสิทธิภาพของการทำงานดังนี้

6.1 การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีกับการพยาบาลเพื่อลดความรุนแรงในชีวิตคู่โดยใช้ Telenursing Services การให้บริการทางโทรศัพท์ผ่านเครือข่ายไร้สายโดยมีเทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการทำงานของวิชาชีพ มากขึ้นทำให้การเข้าถึงระบบการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic Care) มากยิ่งขึ้น (Emezue, 2020; Emezue & Bloom, 2021) อีกทั้งการเข้าถึงปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ได้รับการดูแลและความช่วยเหลือมากยิ่งขึ้น มายา คติของสังคมไทยมองว่าการถูกสามีทำร้ายร่างกายเป็นเรื่องที่น่าอับอายไม่กล้าเปิดเผยจำต้องยอมถูกทำร้ายทั้ง ร่างกายและจิตใจซ้ำ ๆ การนำเทคโนโลยี Telenursing Services เข้ามาช่วยลดความรุนแรงในชีวิตคู่และการดูแล

ด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตของสตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่ การพยาบาลคือการพยาบาลไม่ว่าจะเป็นการปฏิบัติการดูแลที่โรงพยาบาลหรือการใช้โทรศัพท์หรือเครื่องมือสื่อสารต่าง ๆ ในการดูแลในยุคของโลกไร้พรมแดน พยาบาลมีส่วนร่วม สนับสนุน และช่วยเหลือผู้ป่วยในการตัดสินใจด้านการดูแลสุขภาพอย่างเต็มที่และอยู่ในรูปแบบใหม่ของการให้บริการพยาบาล อีกทั้งการใช้ Telephone triage คือตรวจสอบและคัดกรองผู้ป่วยหรือผู้ที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่เพื่อให้เข้าถึงบริการต่าง ๆ ที่เหมาะสม (Franjic, 2020) นอกจากนี้การปฏิบัติการพยาบาลรูปแบบ Telenursing Services ยังไม่มีในหลักสูตรการพยาบาลขั้นพื้นฐานเนื่องจากการใช้ Telenursing Services ต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน มีประสบการณ์ มีการวางแผนและการตัดสินใจในให้ความช่วยเหลือกรณีเร่งด่วนและจำเป็นต้องมีการต่อยอดองค์ความรู้จากการศึกษาหลักสูตรการพยาบาลขั้นพื้นฐานเพื่อใช้ Telenursing Services ให้ความช่วยเหลือสตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่และป้องกันความรุนแรงในชีวิตคู่ (Emezue, 2020; Emezue & Bloom, 2021)

6.2 การนำเทคโนโลยีดิจิทัลหรือโซเซียลมีเดียของ Intimate Partner Violence (IPV) digital intervention ในรูปแบบบริการต่าง ๆ เช่น smartphone application, text messaging และ web-based platforms ในรูปแบบของกลุ่มให้ความช่วยเหลือและบริการสายด่วนสุขภาพ (telehealth services) กับกลุ่มสตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่ที่มีความสะดวกสบายและใช้งานได้ง่าย Johns Hopkins University School of Nursing (Emezue & Bloom, 2021; Glass et al., 2021) ได้พัฒนา IPV digital intervention ในรูปแบบ web-based platforms และ application เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลและช่วยเหลือสตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่ที่มีชื่อว่า my plan app or www.myplanapp.org ซึ่งเกิดจากผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาเครื่องมือช่วยในการตัดสินใจเพื่อด้านความปลอดภัยในการใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพในบริบทต่าง ๆ ของสตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่และการศึกษาของ ทิพย์รัตน์ อุดเมืองเพีย, มั่นชู ยู, และ ทิน่า บลูม (Udmuangpia, Yu, & Bloom, 2021) สำรวจประสบการณ์การใช้เครื่องมือคัดกรองความรุนแรงในชีวิตคู่กับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 4 เพศหญิงของสถาบันการศึกษาทั่วประเทศไทยจำนวน 594 คน ขณะขึ้นฝึกปฏิบัติเก็บประสบการณ์พยาบาลในโรงพยาบาลพบว่า ไม่เคยมีประสบการณ์ใช้เครื่องมือคัดกรองความรุนแรงในชีวิตคู่อะไรเลย 87.12 ดังนั้นการคัดกรองหรือการประเมินความรุนแรงในชีวิตคู่ควรมีการบูรณาการกับการเรียนการสอนเพื่อสร้างประสบการณ์และสามารถนำความรู้ที่ได้รับการฝึกปฏิบัติงานขณะที่เป็นนักศึกษาพยาบาลประยุกต์ และต่อยอดองค์ความรู้ความรุนแรงในชีวิตคู่ของการทำงานได้ในอนาคต

สรุป

ความรุนแรงในชีวิตคู่ เกิดขึ้นได้ทุกที่ ทุกเวลา ทุกสังคมในโลกเช่นเดียวกับประเทศไทยไม่ว่าจะผ่านมากี่ยุคก็สมัยยังพบเห็นหรือได้ยินการกระทำที่รุนแรงกับสตรีไทยด้วยมายาคติ ความเชื่อ ของสังคมไทยที่มองเรื่องราวการมีปัญหาคือความรุนแรงในชีวิตคู่เป็นเรื่องราวของคนสองคน ความรุนแรงในชีวิตคู่มีผลกระทบต่อสตรีทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นวงจรของความรุนแรงในชีวิตคู่ที่เกิดขึ้นกับสตรีซ้ำ ๆ บทบาทของพยาบาลจึงเป็นหัวใจสำคัญในการช่วยเหลือ และป้องกันเกิดความรุนแรงต่อสตรี ด้วยวิธีการประเมิน คัดกรองความรุนแรงในเบื้องต้น รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมด้านการพยาบาลให้เข้ากับวิถีชีวิตใหม่ เพื่อป้องกัน และลดความรุนแรงต่อสตรีในชีวิตคู่

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

บทบาทของพยาบาลในการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจ สตรีที่ได้รับความรุนแรงในชีวิตคู่เป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น การประเมิน คัดกรอง รวมถึงการใช้เทคโนโลยี สื่อดิจิทัลที่ทันสมัยเข้ามาช่วยในการทำงานด้านการพยาบาลสามารถช่วยป้องกันและลดการเกิดปัญหาความรุนแรงในชีวิตคู่ได้

References

- Alvarez, A., & Bachman, R. D. (2019). *Violence: The enduring problem* (3th ed.). London: SAGE.
- Castle, D. J., & Abel, K. M. (2016). *Comprehensive Women's Mental Health*. London: Cambridge University Printing House.
- Cavner, J. (2019). Recommendations for intimate partner violence screening and interventions. *Women's Healthcare: A Clinical Journal for NP*, 7(1), 44.
- Department of Women's Affairs and Family Development. (2020). *Women and family situations*. Retrieved from <https://www.dwf.go.th>
- Department of Mental Health. (2020). *New Normal*. Retrieved from <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2288>
- Emezue, C. (2020). Digital or digitally delivered responses to domestic and intimate partner violence during COVID-19. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(3), e19831.
- Emezue, C., & Bloom, T. L. (2021). PROTOCOL: Technology-based and digital interventions for intimate partner violence: A meta-analysis and systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 17(1), e1132.
- Franjic, S. (2020). Professionalism in Nursing. *Saudi Journal of Nursing and Health Care*, 3(9), 241-245.
- Glass, N. E., Clough, A., Messing, J. T., Bloom, T., Brown, M. L., Eden, K. B., & Grace K. T. (2021). Longitudinal impact of the my Plan app on health and safety among college women experiencing partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260521991880
- Gosangi, B., Park, H., Thomas, R., Gujrathi, R., Bay, C. P., Raja, A. S., & Orgill, D. P. (2021). Exacerbation of physical intimate partner violence during COVID-19 pandemic. *Radiology*, 298(1), E38-E45.
- Gosselin, D. K. (2019). *Family and intimate partner violence: Heavy hands* (6th ed.). Chennai: Pearson India Education Services.
- Miller, E., & McCaw, B. (2019). Intimate partner violence. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 850-857.



- Peltzer, K., & Pengpid, S. (2017). Associations between intimate partner violence, depression, and suicidal behavior among women attending antenatal and general outpatient's hospital services in Thailand. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 20(7), 892-899.
- Ricci, S. S. (2021). *Essentials of maternity, Newborn, and women's health nursing* (5thed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sanitphot, P. (2017). Battered woman syndrome. *Journal of Criminology and Forensic Science*, 3(2), 69-75. (in Thai)
- Sripichyakan, K. (2015). *Nursing care of women inflicted by family violence*. Chiang Mai: Krongchang Printing. (in Thai)
- Tubtha, P. (2015). *Intimate partner violence against women in Mae Sot Municipal Tak Province* (Unpublished dissertation). Chiang Mai University, Thailand. (in Thai)
- Thananowan, N., & Vongsirimas, N. (2014). Association between intimate partner violence and women's mental health: Survey evidence from Thailand. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 18(1), 3-15.
- The World Health Organization. (2021) *Violence against women*. Retrieved from www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/en/
- United Nations. (2018). *Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence*. Retrieved from <https://www.who.int/health-topics/violence-against-women>.
- Udmuangpia, T., Yu, M., & Bloom, T. (2020). Intimate partner violence screening intention instrument for Thai nursing students: A principal component analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23-24), 4748-4758. <https://doi.org/10.1111/jocn.15515>
- Wollast, R., Riemer, A. R., Gervais, S. J., Grigoryan, L., Bernard, P., & Klein, O. (2021). How cultural orientation and self-compassion shape objectified body consciousness for women from America, Belgium, Russia, and Thailand. *The Journal of the International Society for Self and Identity*, 20(7), 930-950.



Application of the Protection Motivation Theory for Preventing Covid-19 Infection
Among Pregnant Women: The Role of Nurse-Midwives
การประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19
ในสตรีตั้งครรภ์: บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์

ธารีวรรณ ไชยบุญเรือง* Tareewan Chaiboonruang*
พรรณพิไล ศรีอารมณ์** Punpilai Sriarporn**

Abstract

The covid-19 incidence is still increasing among global population. Pregnant women are more susceptible to the covid-19 infection because of their physiological and immunological changes. The most common symptoms are fever, cough, difficult breathing, myalgia, and pneumonia. The covid-19 infection can lead to abortion, preterm labor, fetal growth retardation, low birth weight, congenital anomaly, and still birth. The covid-19 pregnant women may develop long-term symptoms, such as fatigue, tiredness, and cognitive dysfunction.

This article is aimed at describing the nurse-midwives' roles in preventing covid-19 infection among pregnant women by applying the Protection Motivation Theory (PMT). The theory addresses 3 components that motivate individuals to adopt the health-protective response. Sources of information include environmental and intrapersonal factors. Cognitive mediating processes motivate individual to acknowledge the changed behavior. Coping modes focus on person's involvement in health-protection behavior. Nurse-midwives have the crucial roles: providing an update and accurate information about the severity of the disease, vulnerability, and impacts of the disease on maternal and fetal health; promoting cognitive mediating processes of individual in evaluating the potential threat and coping ability; and supporting an individual with resources in responding to the disease appropriately. The care model guided by the PMT can be provided in a hospital setting and outside environment in a community, to motivate the preventive behaviors of covid-19 among the pregnant women.

Keywords: Covid-19 infection, Disease prevention, Nurse-midwives' role, Pregnant women, Protection Motivation Theory

* Corresponding Author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University;

e-mail: tareewan.c@cmu.ac.th

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



บทคัดย่อ

อัตราการติดเชื้อโควิด-19 ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในประชากรทั่วโลก สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์เนื่องจากผลของการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาและภูมิคุ้มกันร่างกาย การติดเชื้อทำให้เกิดอาการไข้ ไอ หายใจลำบาก ปวดกล้ามเนื้อ และปวดอวัยวะทางเดินอาหาร ทารกในครรภ์แท้ง คลอดก่อนกำหนด เจริญเติบโตช้าในครรภ์ น้ำหนักน้อย พิกัดแต่กำเนิด และเสียชีวิตในครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่หายจากโรคโควิด-19 อาจมีอาการหลงเหลือของเชื้อโควิด-19 ระยะยาว เช่น อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และความคิดช้าลง เป็นต้น

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ทฤษฎีอธิบายองค์ประกอบ 3 ด้านที่กระตุ้นให้บุคคลปรับตัวเพื่อป้องกันโรค แหล่งข้อมูล ประกอบด้วยปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล กระบวนการทางสติปัญญา เป็นการที่บุคคลรับรู้ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับตัวเพื่อเผชิญต่ออันตราย เป็นการแสดงพฤติกรรมป้องกันโรคของแต่ละบุคคล ซึ่งพยาบาลผดุงครรภ์มีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูลที่ทันสมัยและถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โอกาสการติดเชื้อโรค และผลกระทบต่อมารดาและทารก ส่งเสริมกระบวนการทางสติปัญญาของบุคคลให้สามารถประเมินความรุนแรงของโรคและประเมินการเผชิญต่อสถานการณ์ และส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญต่อโรคตามความสามารถของบุคคลและความเหมาะสมเพียงพอของทรัพยากร ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสามารถนำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อกระตุ้นให้สตรีตั้งครรภ์มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

คำสำคัญ: การป้องกันโรคติดเชื้อ การติดเชื้อโควิด-19 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค
บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ สตรีตั้งครรภ์

* ผู้เขียนหลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

e-mail: tareewan.c@cmu.ac.th

** ศาสตราจารย์คลินิก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



บทนำ

อัตราการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อ severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ซึ่งติดต่อได้จากระบบทางเดินหายใจและการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ ในประเทศไทยมีสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดและทำให้เกิดอาการรุนแรง คือ สายพันธุ์แอลฟา (B. 1.1.7) และสายพันธุ์เดลต้า (B. 1.617.2) ส่วนสายพันธุ์โอมิครอน (BA.1) มีการแพร่ระบาดได้รวดเร็วกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม (Chailek, 2022) และยังพบสายพันธุ์ใหม่ BA. 2 ที่แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและติดต่อง่ายกว่าสายพันธุ์ BA. 1 ปัจจุบันพบสายพันธุ์ใหม่ “โอมิครอน XE” ที่เกิดจากการผสมจีโนมระหว่างสายพันธุ์ BA. 1 และ BA. 2 แต่แพร่ระบาดได้เร็วกว่า และยังไม่มีความรู้ที่แน่นอนเกี่ยวกับความรุนแรงในการเกิดโรคโควิด-19 และประสิทธิภาพในการป้องกันของวัคซีน (Center for Medical Genomics, 2022)

สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ทุกสายพันธุ์มากกว่าบุคคลทั่วไป (Zhao et al., 2020) การติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์ อาจทำให้ทั้งมารดาและทารกเจ็บป่วยและเสียชีวิต (Dashraath et al., 2020) พยาบาลผดุงครรภ์เป็นหนึ่งในบุคลากรที่มีสุขภาพดีที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ การปฏิบัติการพยาบาลด้วยความรู้เรื่องโรคและการป้องกันโรค ร่วมกับการนำแนวคิดทฤษฎีมาประกอบขึ้น จะช่วยให้กิจกรรมการพยาบาลดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพตรงตามเป้าหมาย

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรนัลด์ โรเจอร์ส (Ronald Rogers) (Hayden, 2019; Rogers, 1983) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เน้นให้บุคคลเกิดความกลัวต่ออันตรายหรือความรุนแรงของโรค เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและเกิดพฤติกรรมป้องกันอันตราย การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคเกิดจากผลลัพธ์ขององค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ 1) แหล่งข้อมูล 2) กระบวนการทางสติปัญญา และ 3) การปรับตัวเพื่อเผชิญต่ออันตราย ซึ่งแต่ละองค์ประกอบยังมีปัจจัยย่อยต่าง ๆ ที่พยาบาลผดุงครรภ์สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์

สถานการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์

สตรีตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคต่าง ๆ มากกว่าคนทั่วไป รวมถึงเชื้อโควิด-19 เพราะการตั้งครรภ์เป็นระยะที่ระบบต่าง ๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลง เช่น ระบบทางเดินหายใจ ระบบการไหลเวียนโลหิต และระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรค เป็นต้น (Ramos Amorim et al., 2021) ด้านระบบทางเดินหายใจ สตรีตั้งครรภ์มีโอกาสหายใจเอาเชื้อโควิด-19 เข้าไปในทางเดินหายใจได้มากกว่าคนปกติ เนื่องจากผลของฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน (progesterone) เอสโตรเจน (estrogen) และรีแลกซิน (relaxin) ทำให้สตรีตั้งครรภ์หายใจเร็วและลึก (hyperventilation) มากกว่าก่อนตั้งครรภ์ การมีเลือดมาเลี้ยงภายในโพรงจมูกมากขึ้น ทำให้เยื่อจมูกบวมและชุ่มชื้น ส่งเสริมให้จับกับเชื้อโรคได้ง่าย ด้านระบบการไหลเวียนโลหิต การติดเชื้อในร่างกายทำให้หลอดเลือดเกิดการอักเสบและมีลิ่มเลือดไปอุดตันหลอดเลือดหัวใจและปอด ทำให้มีโอกาสเสียชีวิตได้ และระบบภูมิคุ้มกันต้านทานของสตรีตั้งครรภ์ เมื่อเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย จะมีการสร้างสารที่ก่อให้เกิดการอักเสบต่ออวัยวะสำคัญในร่างกาย เช่น หลอดเลือด หัวใจ และปอด ที่เรียกว่าภาวะไซโตไคน์ ส torm (cytokine-storm) (Liu et al., 2020) ผลของการอักเสบทำให้สารประกอบในระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย เช่น เม็ดเลือดขาวชนิดต่าง ๆ (phagocytes, natural killer, T- cells) และเซลล์เดนไดรต์ (dendrite) มีจำนวนลดลง (Ramos Amorim et al., 2021)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ณ วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2565 มีจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก 423,437,674 ราย เสียชีวิตทั้งหมด 5,878,328 ราย (World Health Organization, 2022) และ รายงานสถิติ



การติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ประเทศสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่วันที่ 22 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 18 เมษายน 2565 มีจำนวนสะสม 199,484 ราย และเสียชีวิต 284 ราย (Centers for Disease Control and Prevention, 2022)

ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง วันที่ 5 มีนาคม 2565 มีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 7,210 ราย และทารกติดเชื้อ 319 ราย มารดาที่ติดเชื้อโควิด-19 เสียชีวิต 110 ราย และทารกเสียชีวิต 67 ราย (Puttnont, 2022) สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ ร้อยละ 37.0 ไม่มีอาการ ร้อยละ 33.2 พบอาการปอดอักเสบ และร้อยละ 28.6 มีอาการเพียงเล็กน้อย ทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อโควิด-19 พบว่ามีการติดเชื้อ ร้อยละ 7.7 และร้อยละ 1.7 มีอาการเพียงเล็กน้อย สตรีที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ ร้อยละ 64.9 ได้รับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และจำนวนที่เหลือน้ำคอกทางช่องคลอด (Perinatal Society of Thailand, 2021) การติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

ผลกระทบของการติดเชื้อโควิด-19 ต่อสตรีตั้งครรภ์และทารก

สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 อาจมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจลำบาก ปวดเมื่อย และอ่อนเพลีย จนถึงขั้นปอดบวมรุนแรง อาการอื่น ๆ เช่น มีเสมหะ ปวดศีรษะ ไอเป็นเลือด และท้องเสีย สตรีตั้งครรภ์ที่แสดงอาการติดเชื้อมีโอกาสแท้ง ร้อยละ 5.0 และคลอดทารกเสียชีวิต ร้อยละ 1.5 ส่วนสตรีตั้งครรภ์ที่ไม่แสดงอาการ มีโอกาสแท้งเพียงร้อยละ 0.9 และยังไม่พบข้อมูลทารกเสียชีวิต และเมื่อเทียบกับสตรีตั้งครรภ์ปกติ สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสคลอดก่อนกำหนด 2 เท่า น้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด 1.7 เท่า และทารกต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤติ 4.6 เท่า (Kingsley, Vijay, Kumaresan, & Sathikumar, 2021)

มีการสันนิษฐานว่าการแพร่เชื้อโควิด-19 จากมารดาสู่ทารกมีโอกาสเป็นไปได้ 3 ทาง คือ สายสะดือ ช่องทางคลอด และน้ำนม เนื่องจากมีรายงานผลตรวจเชื้อโควิด-19 ของทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อโควิด-19 ภายใน 12 ชั่วโมงหลังคลอด ด้วยวิธี RT-PCR (reverse transcription-polymerase chain reaction) ได้ผลบวก (Di Toro et al., 2021) แต่ยังไม่พบรายงานยืนยันที่แน่นอนว่าพบเชื้อโควิด-19 ในน้ำคร่ำหรือในเลือดจากสายสะดือทารก (Hui, Bin, Sudong, Li-ye, & Guoping, 2020) โอกาสการแพร่เชื้อจากมารดาไปสู่ทารกโดยตรง (vertical transmission) อาจเป็นไปได้น้อย เนื่องจากทารกมีเยื่อหุ้มรก (syncytiotrophoblasts) เป็นด่านป้องกัน และภายในรกมีเซลล์ภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัส (Golden & Simmons, 2020)

สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและมีอาการเล็กน้อยหรือปานกลางจะไม่ส่งผลกระทบต่อทารก (Golden & Simmons, 2020) แต่หากสตรีมีการติดเชื้อรุนแรง ร่างกายจะเกิดปฏิกิริยาตอบสนองต่อการติดเชื้อ ทำให้ทารกในครรภ์เกิดกลุ่มอาการตอบสนองต่อการอักเสบที่เรียกว่า fetal inflammatory response syndrome (FIRS) ส่งผลให้ทารกในครรภ์ขาดออกซิเจน แท้ง เจริญเติบโตช้าในครรภ์ ทารกพิการ มีเลือดออกในสมอง และเสียชีวิต สำหรับในระยะหลังคลอดทารกอาจเกิดภาวะหายใจลำบาก ขาดออกซิเจนแรกคลอด หัวใจเต้นเร็ว อาเจียน ร้องกวน ผื่นขึ้นตามร่างกาย ภาวะเกร็ดเลือดต่ำ เลือดออกในกระเพาะอาหาร ปอดบวม อวัยวะภายในล้มเหลว และเสียชีวิต (Dashraath et al., 2020; Golden & Simmons, 2020; Liu et al., 2020; Maleki Dana et al., 2020) นอกจากนี้ทารกมีโอกาสเติบโตเป็นออทิสติก (autistic) โรคจิตเภท (schizophrenia) ภาวะบกพร่องทางระบบประสาทและการรับรู้ความรู้สึก (neurosensory deficits) และโรคจิตประสาท (psychosis) (Zhao et al., 2020)

ทารกที่ติดเชื้อโควิด-19 มีโอกาสเกิดอาการรุนแรงหรือเสียชีวิตน้อยกว่าผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ เหตุผลประการแรกคือ ทารกมีสารภูมิต้านทานแต่กำเนิด เช่น CD4, CD8, T-cell และ natural killer cells ช่วยต่อสู้และขับ



เชื้อโรคออกจากร่างกาย ประการที่สอง ทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นที่ส่งเสริมความรุนแรงของโรค เช่น ภาวะเบาหวาน ภาวะความดันโลหิตสูง โรคปอด และโรคไต ประการถัดมาทารกมีเนื้อเยื่อที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อโรคและเป็นการได้รับเชื้อต่อจากผู้อื่นมาหลายทอด จึงทำให้ตัวเชื้อโรคมีกำลังอ่อนลง และเหตุผลสุดท้าย ทารกมีปริมาณตัวรับเชื้อภายในเซลล์ ที่ชื่อ แองจิโอเทนซิน-คอนเวอร์ติง เอนไซม์ 2 (angiotensin-converting enzymes 2 receptors: ACE2) น้อยกว่าผู้ใหญ่ (Zimmermann & Curtis, 2020)

อาการหลงเหลือของเชื้อโควิด-19 ระยะยาว (Long COVID-19)

แม้บางสายพันธุ์ของเชื้อโควิด-19 ที่แพร่ระบาดในช่วงต้นปี พ.ศ. 2565 ทำให้ผู้ติดเชื้อมีอาการไม่รุนแรงหรือไม่แสดงอาการ แต่มีรายงานผู้ที่หายจากการติดเชื้อโควิด-19 แล้ว อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพต่อเนื่อง ที่เรียกว่า “อาการหลงเหลือของเชื้อโควิด-19 ระยะยาว” (Long COVID-19 หรือ post-acute COVID-19 syndrome) ซึ่ง The National Institute for Health and Care Excellence ประเทศอังกฤษ ได้ให้คำจำกัดความของภาวะ Long COVID-19 คือ ผู้ที่มีอาการของโรคโควิด-19 ภายหลังการติดเชื้อ 4 สัปดาห์และมีอาการต่อเนื่องนานเกิน 12 สัปดาห์ (Robinson, 2021) จากสถิติพบว่าร้อยละ 37 ของผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 มีอาการหลงเหลือ โดยร้อยละ 80 มีอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 73 หายใจลำบากและเหนื่อยง่าย ร้อยละ 58 มีกระบวนการคิดและสติปัญญาช้าลง ร้อยละ 56 มีความรู้สึกเกร็งและกลืนลดลง ร้อยละ 54 ปวดศีรษะ และร้อยละ 51 มีความจำลดลง หรืออาจมีอาการอื่น ๆ เช่น ไอ ปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ ผิวน้ำอักเสบ และมีอาการทางระบบประสาท เช่น เวียนศีรษะ ชักเกร็ง และอัมพฤกษ์อัมพาต (Silverman, 2022) และร้อยละ 2-30 ของผู้ที่เคยติดเชื้อโอไมครอนมีอาการ Long COVID-19 (Wachter, 2022)

เนื่องจากเชื้อโควิด-19 สามารถแพร่กระจายไปตามอวัยวะต่าง ๆ เข้าไปทำลายเซลล์เนื้อเยื่อ โดยเฉพาะที่ปอด หัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบผิวหนัง ทำให้เนื้อเยื่อร่างกายเกิดการอักเสบ และเชื้อโรคยังสามารถหลบหลีกภูมิคุ้มกันจากวัคซีนได้ ภาวะ Long COVID-19 เกิดได้ทั้งเพศหญิงและชายในทุกกลุ่มอายุ อาการอาจคงอยู่จนถึง 4 ปี แม้ผู้นั้นจะเคยได้รับเชื้อและมีอาการเพียงเล็กน้อย (Van Kessel, Olde Hartman, Lucassen, & Van Jaarsveld, 2022) จากการศึกษาโอกาสเกิดความเสี่ยงของภาวะ Long COVID-19 จะสูงขึ้นในสตรีวัยกลางคน สตรีที่มีอาการติดเชื้อโควิด-19 รุนแรงมาก่อน ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และภาวะอ้วน (Garg et al., 2021) ส่วนการติดเชื้อในระยะตั้งครรภ์ยังอยู่ระหว่างการศึกษ แต่มีรายงานโอกาสเกิดลิ้นเลือดอุดตันในหลอดเลือดของรก สูงร้อยละ 119 (Silverman, 2022)

การป้องกันและรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคณะกรรมการด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เพื่อออกแนวทางการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อโควิด-19 สำหรับแนวทางการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 แบ่งออกเป็น การส่งเสริมการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (Department of Health, 2021a) และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในโรงพยาบาล (Department of Health, 2021b) ดังนี้

1. การส่งเสริมการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เป็นการช่วยป้องกันการติดเชื้อหรือลดอาการรุนแรงและการเสียชีวิต เนื่องจากมีการกลายพันธุ์ของเชื้อโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ที่ได้รับวัคซีนโควิด-19 แล้วยังมีการติดเชื้อได้ แต่วัคซีนยังมีประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อได้ดี วัคซีนที่ได้ขึ้นทะเบียนทุกชนิดปลอดภัยต่อการตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ จากการศึกษายังไม่พบการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะแพ้ภูมิตนเอง อัมพฤกษ์อัมพาต โรคหัวใจ และโรคความดันโลหิตสูง (Department of Health, 2021a) และราชวิทยาลัยสูติ-นรีแพทย์แห่งประเทศไทย ได้กำหนดแนวปฏิบัติการรับวัคซีนโควิด-19 สำหรับสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้ (Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists, 2021)



- 1.1 แนะนำให้สตรีตั้งครรภ์เข้ารับการฉีดวัคซีน ยกเว้นมีอาการแพ้รุนแรงจากการฉีดครั้งแรก
- 1.2 ควรฉีดวัคซีนหลังอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ (3 เดือน)
- 1.3 ไม่ควรฉีดวัคซีนโควิด-19 พร้อมกับวัคซีนชนิดอื่น (ยกเว้นมีข้อจำเป็น และการฉีดวัคซีนชนิดอื่น ๆ ควรเว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 สัปดาห์ หลังจากได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19)
2. แนวทางป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 สำหรับสตรีตั้งครรภ์ในโรงพยาบาล ยึดหลักการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (universal precautions) (Department of Health, 2021b)
 - 2.1 แนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 อาทิเช่น การสวมหน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม และการล้างมือบ่อย ๆ เช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป เป็นต้น
 - 2.2 การลดจำนวนครั้งการฝากครรภ์ในสตรีตั้งครรภ์ภาวะเสี่ยงต่ำและแนะนำการฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน เพื่อลดโอกาสของการติดเชื้อโรคในโรงพยาบาลและระหว่างเดินทาง
 - 2.3 สตรีที่มาฝากครรภ์ทุกรายจะได้รับการตรวจคัดกรองภาวะเสี่ยงและอาการของโรคโควิด-19 หากไม่อยู่ในเกณฑ์เสี่ยง สามารถฝากครรภ์ได้ตามปกติ กรณีมีปัจจัยเสี่ยง ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรครุนแรง จะได้รับการตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วย antigen test kit (ATK) และตรวจยืนยันด้วยวิธี RT-PCR ถ้าเบื้องต้นผลการตรวจ ATK เป็นบวก จะแยกดูแลจากผู้ป่วยรายอื่นเสมือนเป็นผู้ป่วยโควิด-19 และรอผล RT-PCR
 - 2.3.1 ผลตรวจ RT-PCR เป็นลบ และมีอาการโควิด-19 รุนแรง จะได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลและตรวจซ้ำอีก 48 ชั่วโมง
 - 2.3.2 ผลตรวจ RT-PCR เป็นบวก แต่อาการไม่รุนแรงจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลในห้องแยกเดี่ยว (single isolation room) หอผู้ป่วยที่มีเตียงนอนห่างกันอย่างน้อย 1 เมตร (cohort ward) หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (hospital) โรงพยาบาลสนาม ศูนย์พักคอย (community isolation) หรือที่บ้าน (home isolation) ตามความเหมาะสม
 - 2.3.3 ผลตรวจ RT-PCR เป็นบวกและอาการรุนแรงจะแยกรักษาในห้องความดันลบ
- ส่วนแนวทางการรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดแนวทางเวชปฏิบัติ (Department of Health, 2022) โดยมีหลักเกณฑ์ดังนี้
 1. สตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อที่ไม่มีอาการรุนแรง ไม่จำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัส
 2. กรณีมีอาการ ให้พิจารณาใช้ยา remdesivir ได้ในทุกไตรมาส
 3. หากไม่มียา remdesivir หรือยาอื่นที่ปลอดภัย อาจพิจารณาใช้ยา favipiravir แต่ไม่แนะนำให้ใช้ในไตรมาสที่ 1 เนื่องจากยา favipiravir อาจทำให้ทารกในครรภ์พิการหรือเสียชีวิตได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพิจารณาของแพทย์ว่าจะได้ประโยชน์มากกว่าความเสี่ยง
 4. หากมีแนวโน้มอาการรุนแรงขึ้น ให้นำส่งโรงพยาบาลที่สามารถดูแลได้ให้เร็วที่สุด ตามดุลยพินิจของแพทย์ทั้งนี้ แนวทางปฏิบัติการดูแลรักษาสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโควิด-19 ของแต่ละโรงพยาบาลอาจมีขั้นตอนรายละเอียดที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับศักยภาพการดูแลผู้ป่วย และทรัพยากรด้านต่าง ๆ ของโรงพยาบาล
- การป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ เป็นบทบาทสำคัญอย่างหนึ่งของพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งนอกจากต้องมีความรู้เรื่องโรค และแนวทางปฏิบัติตามนโยบายด้านการป้องกันแล้ว การปฏิบัติการพยาบาล ควรมีแนวคิดทฤษฎีเป็นกรอบชี้นำ ซึ่งทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรนัลด์ โรเจอร์ส (Ronald Rogers) (Rogers, 1983) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่เหมาะสมในการนำมาเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ เนื่องจากการมีการศึกษาที่สนับสนุนความสัมพันธ์ขององค์ประกอบและตัวแปรย่อยในทฤษฎีจน



นำไปสู่การใช้ทฤษฎีอย่างแพร่หลายในการป้องกันโรคติดเชื้อโรคต่าง ๆ ทำให้บุคคลเกิดความกลัวต่ออันตรายหรือความรุนแรงของโรค และมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมเพื่อป้องกันอันตราย

แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Prevention Motivation Theory) พัฒนาขึ้นโดยโรนัลด์ โรเจอร์ส (Ronald Rogers) เมื่อปี ค.ศ. 1975 ต่อมาโรเจอร์ส ได้ปรับปรุงแก้ไขและนำมาใช้ในปี ค.ศ. 1983 ทฤษฎีได้อธิบายความสัมพันธ์และผลลัพธ์ความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้านแหล่งข้อมูลข่าวสาร กระบวนการทางสติปัญญา และการปรับตัวเพื่อเผชิญต่ออันตรายที่มีผลต่อการเกิดแรงจูงใจให้มีพฤติกรรมป้องกันอันตราย (Clubb & Hinkle, 2015; Rogers, 1983) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. แหล่งข้อมูลข่าวสาร (sources of information) ประกอบด้วยปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (environmental factor) และตัวบุคคล (intrapersonal factor) ด้านสิ่งแวดล้อม เชื่อว่าการสร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรค ด้วยการพูดชักชวน (verbal persuasion) เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญ โดยจะขึ้นอยู่กับความถี่และปริมาณของข่าวสารที่ได้รับ ความสนับสนุนและความสำคัญของบุคคลที่ส่งข่าว เช่น สมาชิกครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน คนในชุมชน และบุคลากรด้านสุขภาพ รวมถึงการเรียนรู้จากการสังเกต (observational learning) เช่น การเห็นเพื่อนบ้านเจ็บป่วย การสังเกตวิธีปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคจากบุคคลใกล้ชิด ส่วนปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย ลักษณะบุคลิกภาพ (personality) และประสบการณ์ (prior experience) ที่เคยเผชิญอันตรายแล้วใช้วิธีป้องกันตนเอง ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้จะมีผลต่อกระบวนการทางสติปัญญาทำให้บุคคลประเมินสถานการณ์และเกิดแรงจูงใจ นำไปสู่การปฏิบัติ

2. กระบวนการทางสติปัญญา (cognitive mediating processes) เป็นกระบวนการประเมินข้อมูลข่าวสารที่ได้รับเกี่ยวกับความน่ากลัวและความสามารถเผชิญสถานการณ์ ได้แก่

2.1 การประเมินความน่ากลัว (threat appraisal) เป็นกระบวนการทางสติปัญญา ที่บุคคลประเมินการได้รับรางวัลจากภายใน (intrinsic reward) เช่น ความสุข และความสบาย ร่วมกับรางวัลที่ได้รับจากภายนอก (extensive reward) เช่น การยอมรับและชื่นชมยินดีจากสังคม โดยเปรียบเทียบกับความรุนแรง (severity) และโอกาสเสี่ยงได้รับอันตราย (vulnerability) เช่น บุคคลรับประทานยาลดน้ำหนัก เพราะต้องการให้มีรูปร่างผอมสวยงาม และได้รับการชื่นชมจากสังคม หรือการดื่มสุราทำให้สับสนความทุกข์ชั่วคราวและมีความสุขสนุกสนาน และยังได้รับการยอมรับจากกลุ่มเพื่อน หากบุคคลประเมินว่าพฤติกรรมนั้นจะได้รับรางวัลตอบแทนมากกว่าอันตราย ทำให้บุคคลเกิดความกลัว (fear arousal) ลดลงหรือไม่กลัว บุคคลจึงยอมมีพฤติกรรมเสี่ยงนั้นต่อไป

2.2 การประเมินการปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ (coping appraisal) เป็นกระบวนการทางสติปัญญา เมื่อบุคคลคาดหวังต่อประสิทธิภาพของการป้องกันอันตราย (response efficacy) ว่าพฤติกรรมหรือการปฏิบัติจะสามารถบรรเทาหรือป้องกันอันตรายได้ และคาดหวังต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (self-efficacy) ร่วมกับการคำนึงถึงค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่ต้องใช้ (response cost) เช่น ความไม่สุขสบาย ค่าใช้จ่ายเวลา และความยุ่งยาก เป็นต้น หากบุคคลประเมินแล้วว่าตนเองมีความสามารถปฏิบัติได้และการปฏิบัตินั้นจะส่งผลตามเป้าหมายที่ต้องการ อีกทั้งมีค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนน้อยกว่า จะทำให้บุคคลมีการปรับตัวเพื่อป้องกันอันตราย

3. การปรับตัวเพื่อเผชิญต่ออันตราย (coping modes) เป็นผลลัพธ์ของกระบวนการประเมินความน่ากลัวและการปรับตัวเพื่อเผชิญสถานการณ์ หากบุคคลมีความคาดหวังต่อประสิทธิภาพของการป้องกันและ/หรือความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองสูง การให้ข้อมูลข่าวสารที่เน้นความรุนแรงและ/หรือความเสี่ยงอันตรายจะมีผลทำให้บุคคลมีความตั้งใจมากขึ้น แต่หากบุคคลมีความคาดหวังต่อการป้องกันและ/หรือความคาดหวังต่อ



ความสามารถของตนเองต่ำ การเพิ่มความรุนแรงและ/หรือความเสี่ยงอันตราย จะลดความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การปรับตัวจะแสดงออกในลักษณะ 5 รูปแบบ ได้แก่ 1) การไม่ปฏิบัติ (inhibition of action) อาจเกิดจากบุคคลรับรู้ว่าคุณเองไม่มีความสามารถป้องกันอันตรายได้ 2) การปฏิบัติเพียงครั้งเดียว (single act) เพื่อประเมินผลลัพธ์หรือทำนายพฤติกรรมในการปฏิบัติพฤติกรรมครั้งถัดไป 3) การปฏิบัติซ้ำเป็นครั้งที่สอง (repeated acts) แสดงถึงการปรับปรุงวิธีการที่เคยปฏิบัติให้เหมาะสมกับสถานการณ์ยิ่งขึ้น 4) การปฏิบัติหลายครั้ง (multiple acts) แสดงถึงการป้องกันอันตรายที่เกิดโดยอัตโนมัติในเหตุการณ์แบบเดียวกัน และ 5) การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (repeated multiple acts) แสดงว่าคุณคนได้ปรับปรุงวิธีการจนได้ผลลัพธ์ที่พอใจในการป้องกันอันตราย อย่างไรก็ตามรูปแบบการปรับตัวสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ขึ้นอยู่กับแหล่งข้อมูลข่าวสารและประสบการณ์ของบุคคล

ดังนั้นในการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 จำเป็นต้องให้บุคคลรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคจากผู้ที่มีความรู้ น่าเชื่อถือหรือมีประสบการณ์ เพื่อให้สามารถประเมินอันตรายและความน่ากลัวของโรค รวมถึงประเมินความสามารถของตนเองในการเผชิญอันตราย ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวเพื่อเผชิญกับอันตรายอย่างเหมาะสมต่อไป

แนวทางการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโควิด-19

ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ได้มีการนำไปใช้ในงานวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลปรับเปลี่ยนทัศนคติและมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 และโรคติดเชื้อชนิดอื่น (Subpaiboonkit, Aungwattana, & Tamdee, 2021) ผลการศึกษาสามารถนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดเพื่อสร้างแรงจูงใจในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ของสตรีตั้งครรภ์ ดังนี้

1. ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรค ในการศึกษาของเอล ราซิด (Al-Rasheed, 2020) เรื่องการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ที่ประเทศคูเวต มีการสำรวจออนไลน์พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 679 คน เป็นชาย 99 คน และหญิง 580 คน ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป โดยสอบถามด้านการรับรู้อันตรายของโรคโควิด-19 โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดอันตราย ความคาดหวังต่อประสิทธิภาพของการป้องกันอันตราย ความคาดหวังต่อความสามารถของตนเอง การประเมินค่าใช้จ่ายหรือต้นทุนที่ต้องใช้ และการได้รับรางวัลตอบแทน ผลการศึกษาพบว่าการรับรู้อันตรายหรือความรุนแรงของโรคโควิด-19 ในระดับสูง ทำให้บุคคลมีความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันตนเองด้วยการอยู่บ้าน การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อย ๆ และการเว้นระยะห่างทางสังคม

จากการศึกษานี้ แสดงว่าการให้ข้อมูลข่าวสารมีความสำคัญทำให้บุคคลมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายและความรุนแรงของโรคโควิด-19 และสามารถปฏิบัติตัวตามคำแนะนำขั้นพื้นฐานเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค แต่จำเป็นต้องได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับอันตรายหรือความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค และการส่งเสริมให้เกิดความคาดหวังต่อประสิทธิภาพของการป้องกันและความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถดำเนินการได้โดยจัดการฝึกอบรมให้ความรู้ และการจัดให้มีที่ปรึกษาแนะนำ แต่ยังคงมาตรการลดกิจกรรมการรวมกลุ่มทางสังคม

2. กระบวนการทางสติปัญญา จากรายงานผลการศึกษาของอดันลิน และคณะ (Adunlin et al., 2021) เรื่องการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการทดสอบผลของการกระตุ้นความกลัว เพื่อให้เว้นระยะห่างทางสังคมช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชนบท ประเทศสหรัฐอเมริกา การศึกษานี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับการเว้นระยะห่างทางสังคมที่ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ผลการศึกษาได้สนับสนุนให้ปรับใช้ทฤษฎีเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมเว้นระยะห่างทางสังคมในช่วงการระบาดของโรค



โควิด-19 โดยควรเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมให้มีความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองและให้การสนับสนุนปัจจัยด้านอาหาร ยารักษาโรค และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยง่าย เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเพิ่มแรงจูงใจดังกล่าว เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสกอตแลนด์ เรื่องการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและพฤติกรรมความเสี่ยงระหว่างทางสังคมในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ (Williams, Rasmussen, Kleczkowski, Maharaj, & Cairns, 2015) มีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 คน เป็นชาย 109 คน และหญิง 121 คน อายุเฉลี่ย 32.4 ปี ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้อันตราย ระดับความคาดหวังต่อการป้องกัน และความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยทำนายแรงจูงใจให้เว้นระยะห่างทางสังคมในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ

ผลการศึกษาทำให้ทราบว่า การส่งเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจต่อการป้องกันโรคโควิด-19 จำเป็นต้องส่งเสริมให้เกิดความคาดหวังต่อผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคและความสามารถของตนเอง ร่วมกับการจัดเตรียมทรัพยากรที่เอื้อต่อการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น อาหาร ยารักษาโรค และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นต้น

3. การส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญต่ออันตรายหรือความรุนแรงของโรค มีการศึกษาของลิวอิส และคณะ (Levis et al., 2017) เรื่องการใช้ข้อมูลกระตุ้นความกลัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ cytomegalovirus ในสตรีที่วางแผนตั้งครรภ์และกำลังตั้งครรภ์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 102 คน โดยมีการจัดโปรแกรมให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ผลกระทบต่อสุขภาพสตรีและทารกในครรภ์ การแพร่ระบาด และการป้องกันโรค ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลที่กระตุ้นให้เกิดความกลัวที่เน้นย้ำความรุนแรงของโรคมามากเกินไป ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่เชื่อและปฏิเสธการรับข้อมูล ภายหลังจากการปรับปรุงเนื้อหาความรู้แล้วนำไปศึกษาใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความคาดหวังต่อความสามารถของตนเองและมีแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อดีขึ้น

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมการปรับตัวเพื่อเผชิญต่ออันตราย ขึ้นอยู่กับรูปแบบการให้ความรู้ และความต่อเนื่องของข้อมูล ซึ่งมีผลทำให้บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรมปรับตัวแตกต่างกัน เช่น ปฏิเสธไม่ปฏิบัติตาม ปฏิบัติบางครั้ง และปฏิบัติตามต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลอย่างถูกต้อง ตรงตามความเป็นจริง จากแหล่งที่คุ้นเคย น่าเชื่อถือ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย ช่วยให้ผู้คลามีความเข้าใจสถานการณ์อย่างถูกต้อง และสามารถปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสม

บทบาทพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันสตรีตั้งครรภ์จากการติดเชื้อโควิด-19 โดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค

ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีสตรีตั้งครรภ์และทารกจำนวนหนึ่งติดเชื้อโรคและได้รับผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและอาจมีอาการหลงเหลือในระยะยาว พยาบาลผดุงครรภ์มีหน้าที่ปกป้องสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ซึ่ง The International Confederation of Midwives (ICM) (2020) ได้กำหนดบทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันสตรีตั้งครรภ์จากการติดเชื้อโควิด-19 ให้ปฏิบัติงานครอบคลุมทั้งในโรงพยาบาลและเข้าถึงกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ในชุมชน เน้นการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและชัดเจน และการจัดหาทรัพยากรเพื่อตอบสนองความต้องการของสตรีตั้งครรภ์และครอบครัวตามความจำเป็น

จากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานของพยาบาลผดุงครรภ์ โดยพิจารณาองค์ประกอบด้านข้อมูลความรู้ที่ส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยง การส่งเสริมกระบวนการทางสติปัญญาในการประเมินความน่ากลัวและการเผชิญต่อสถานการณ์ และการส่งเสริมให้ปรับตัวเพื่อเผชิญกับโรคโควิด-19 อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. การให้ข้อมูล ควรคำนึงถึงปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและตัวบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อมควรเริ่มจากการพูดคุย



บอกเล่าของบุคคลใกล้ชิดและเป็นที่ไว้วางใจ เพื่อนบ้านที่มีประสบการณ์ติดเชื้อโควิด-19 หรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หรือการเรียนรู้ผ่านทางสื่อทุกรูปแบบ เช่น แผ่นพับ หนังสือคู่มือ หนังสือพิมพ์ วิดีโอ วิทยุ โทรทัศน์ สื่อออนไลน์ และทางแอปพลิเคชัน เป็นต้น ด้านบุคคล เป็นการประเมินการรับรู้และประสบการณ์ของผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 มาก่อน ซึ่งมีความเข้าใจสถานการณ์และจะรับรู้ข้อมูลได้เร็วกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประสบการณ์การติดเชื้อ การให้ข้อมูลบุคคลกลุ่มนี้ควรเน้นข้อมูลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำและการสังเกตอาการหลงเหลือของโรคโควิด-19 รวมทั้งการขอความร่วมมือในการเป็นฝ่ายทอดประสบการณ์การติดเชื้อโควิด-19 ให้คนในชุมชน

2. การส่งเสริมกระบวนการทางสติปัญญาในการประเมินความน่ากลัวของการติดเชื้อและการประเมินการเผชิญต่อสถานการณ์ ประกอบด้วย

2.1 การประเมินความรุนแรงของโรคและความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 สามารถส่งเสริมโดยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การสร้างบทบาทสมมุติสถานการณ์การติดเชื้อในชุมชน (Williams, Rasmussen, Kleczkowski, Maharaj, & Cairns, 2015) การให้สตรีตั้งครรภ์ได้พูดคุยหรือรับรู้ประสบการณ์ของผู้ที่เคยติดเชื้อโควิด-19 สะท้อนถึงปัญหา และผลกระทบขณะที่ติดเชื้อต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ เช่น การได้รับเชื้อโดยไม่คาดคิดมาก่อน การแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลในครอบครัว การขาดงาน ผลต่อสุขภาพจิตขณะกักตัว การถูกตำหนิและรังเกียจจากบุคคลอื่น ภาวะ Long COVID-19 และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เป็นต้น

2.2 การประเมินการปรับตัวเพื่อเผชิญต่อสถานการณ์ เป็นการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์เกิดความมั่นใจในประสิทธิภาพของการป้องกันอันตรายจากโรคโควิด-19 ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

2.2.1 การสร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพของการป้องกัน โดยการจัดทำและแจกหนังสือคู่มือวิธีป้องกันการติดเชื้อโรค และการสาธิตวิธีใช้อุปกรณ์ป้องกัน เช่น วิธีสวมหน้ากากอนามัย การสวมถุงมือ การล้างมือ หรือทำความสะอาดมือด้วยแอลกอฮอล์ วิธีตรวจการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเอง และยกตัวอย่างบุคคลที่มีการปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ

2.2.2 การสร้างความมั่นใจในความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ โดยการให้ข้อมูลสถิติการติดเชื้ออย่างถูกต้องและตรงไปตรงมา นำเสนอวิธีการแก้ไขปัญหาของบุคคลที่เป็นตัวต้นแบบ ซึ่งหากเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงและเป็นที่รู้จักในวงสังคม จะยิ่งทำให้เกิดความมั่นใจในการป้องกันโรคมมากขึ้น และการใช้เว็บแอปพลิเคชันเพื่อให้สตรีตั้งครรภ์เฝ้าระวังการติดเชื้อโควิด-19 ได้ด้วยตนเอง ช่วยให้ผู้ตั้งครรภ์ประเมินความเสี่ยงและอาการของการติดเชื้อ สามารถติดต่อสื่อสารเพื่อขอคำแนะนำจากบุคลากรทีมสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว (Moonchan, Kasatpibal, & Boonchieng, 2021)

2.2.3 การรับรู้ต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา (Adunlin et al., 2021) โดยการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับค่าใช้จ่าย เวลา ขั้นตอนและวิธีปฏิบัติให้แก่สตรีตั้งครรภ์ เช่น ราคาหน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์ทำความสะอาด และชุดตรวจเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเอง เวลาและขั้นตอนการวินิจฉัยด้วยวิธี RT-PCR โดยเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายและการสูญเสียในการรักษาพยาบาลเมื่อติดเชื้อ การหยุดงาน และการแยกจากครอบครัว เพื่อให้ประเมินความสามารถของสตรีตั้งครรภ์และความคุ้มค่าคุ้มทุนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. การส่งเสริมให้ปรับตัวเพื่อเผชิญกับโรคโควิด-19 ในช่วงเวลาที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทางโรงพยาบาลต่างมีนโยบายลดจำนวนครั้งของการมาฝากครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่ำ สามารถไปฝากครรภ์ที่สถานพยาบาลใกล้บ้าน และให้เว้นระยะห่างทางสังคม ดังนั้นการติดต่อสื่อสารที่ช่วยให้สตรีตั้งครรภ์เข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย ต้นทุนน้อย และมีประสิทธิภาพ ช่วยส่งเสริมการปรับตัวในช่วงการแพร่ระบาดของโรค ควรเป็นระบบให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ (telehealth) และการประสานความร่วมมือกับอาสาสมัคร



สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดังนี้

3.1 การให้คำปรึกษาทางไกลด้านสุขภาพ เป็นการบริการให้คำแนะนำด้านสุขภาพผ่านทางสื่อ โดยไม่จำเป็นต้องพบปะกันตัวต่อตัว เป็นการสื่อสารเรื่องโรค โอกาสการติดเชื้อ ความรุนแรง วิธีป้องกัน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค และแนวทางการปฏิบัติตัวเมื่อติดเชื้อแล้ว นอกจากนี้ควรมีบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่มีความกลัวหรือเครียดต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค

ระบบบริการสุขภาพทางไกลแบ่งเป็น 2 ระบบ คือ การสื่อสาร ณ เวลาปัจจุบัน (real-time หรือ synchronous communication) และการสื่อสารต่างเวลากัน (store-and-forward หรือ asynchronous communication) (Rector, 2018) การสื่อสาร real-time ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีการติดต่อสื่อสารในช่วงเวลาเดียวกันผ่านทางโทรศัพท์หรือแอปพลิเคชันที่มีกล้องวิดีโอ เช่น Zoom meeting และ Skype เป็นต้น ส่วนการสื่อสารแบบ store-and-forward ผู้ให้บริการและผู้รับบริการแลกเปลี่ยนข้อมูลด้านสุขภาพในช่วงเวลาต่างกัน ผ่านเทคโนโลยีที่สามารถบันทึกรูปภาพ คำปรึกษา ความรู้ และข่าวสารไว้ ทั้งสองฝ่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ตามเวลาที่สะดวก พยาบาลทางไกล (tele-nurse) จะสื่อสารข้อมูลไปยังผู้รับบริการสุขภาพจากที่ทำงานหรือที่บ้าน ผ่านทางโทรศัพท์หรือวิดีโอ

3.2 การประสานความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เนื่องจาก อสม. เป็นผู้คุ้นเคยกับชุมชน เป็นที่ไว้วางใจ และสามารถเข้าถึงครัวเรือนได้ง่าย จึงเป็นบุคคลที่สามารถช่วยสนับสนุนให้สตรีตั้งครรภ์มีแรงจูงใจเพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 พยาบาลผดุงครรภ์จึงควรจัดการฝึกอบรมแก่ อสม. ให้มีศักยภาพในการให้คำแนะนำแก่สตรีตั้งครรภ์ในเรื่องความรุนแรงของโรค การหลีกเลี่ยงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การรับวัคซีน การคัดกรองโรคโควิด-19 (Akseer, Kandru, Keats, & Bhutta, 2020) และการกระจายข่าวสารด้านสาธารณสุขไปสู่ครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1. การผสมผสานประโยชน์จากเทคโนโลยีอินเทอร์เน็ต ในการรวบรวมข้อมูลและสื่อสารเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการรับรู้อันตรายหรือความรุนแรงของโรค และสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค

2. การจัดตั้งระบบการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพทางไกลมีความเหมาะสมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 เพราะสามารถให้การดูแลสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ที่อยู่บ้าน อีกทั้งเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการหลงเหลืออยู่หลังจากการติดเชื้อโควิด-19 สามารถให้บริการได้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สตรีตั้งครรภ์ไม่ต้องเสียเวลามารับบริการที่โรงพยาบาล ช่วยลดภาระของครอบครัวในการรับ-ส่ง และยังช่วยป้องกันบุคลากรจากการติดเชื้อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในโรงพยาบาล และประหยัดงบประมาณด้านอุปกรณ์เครื่องใช้ในโรงพยาบาล

3. การส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ควรเน้นข้อมูลเรื่องโอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรค และผลกระทบของโรคในระดับพอดี การให้ข้อมูลความรุนแรงของโรคมักเกินไปโดยไม่ได้ประเมินความสามารถของบุคคล อาจทำให้บุคคลไม่เชื่อ ปฏิเสธข้อมูล และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ

4. การกระตุ้นให้บุคคลมีความคาดหวังต่อประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 และปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ควรดำเนินการไปพร้อมกับการจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นอย่างเพียงพอและให้ทั่วถึง เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตัวจากการได้รับเชื้อโรค



บทสรุป

ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านสรีรวิทยาในระยะตั้งครรภ์ ทำให้สตรีมีโอกาสติดเชื้อโรคมามากกว่าผู้ที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เกิดความเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ แม้หายจากโรคโควิด-19 แล้ว บางคนอาจมีภาวะ Long COVID-19 เกิดอาการทางระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาท และระบบกล้ามเนื้อและผิวหนัง มีผลคุกคามคุณภาพชีวิตเป็นระยะเวลานาน

ในการป้องกันสตรีตั้งครรภ์ให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโควิด-19 สามารถนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมารับกรอบแนวคิด เนื่องจากทฤษฎีแสดงองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน แต่ละด้านอธิบายความหมายของตัวแปรย่อยและแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรไว้ชัดเจน อีกทั้งมีการนำทฤษฎีไปศึกษาการส่งเสริมแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 และโรคติดเชื้อชนิดอื่น แล้วได้ผลลัพธ์ที่ดี ทำให้บุคคลสามารถประเมินความรุนแรงหรืออันตรายของโรค แล้วปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคได้

บทบาทของพยาบาลผดุงครรภ์ในการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ ภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เป็นการเน้นให้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โอกาสการติดเชื้อ ผลกระทบต่อสุขภาพมารดาและทารก และอาการหลงเหลือของโรค มีการส่งเสริมกระบวนการทางสติปัญญาในการประเมินความน่ากลัวของการติดเชื้อ และการเผชิญต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ด้วยการสร้างความมั่นใจในประสิทธิภาพของการป้องกันโรค และการสร้างความมั่นใจในความสามารถของสตรีตั้งครรภ์ การนำทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคมารับกรอบแนวคิดสำหรับการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในสตรีตั้งครรภ์ จะช่วยให้พยาบาลผดุงครรภ์สามารถปฏิบัติงานได้ตรงตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้สตรีตั้งครรภ์สามารถปรับตัวเพื่อเผชิญกับโรคโควิด-19 ได้อย่างเหมาะสม

References

- Adunlin, G., Adedoyin, A. C. A., Adedoyin, O. O., Njoku, A., Bolade-Ogunfodun, Y., & Bolaji, B. (2021). Using the protection motivation theory to examine the effects of fear arousal on the practice of social distancing during the COVID-19 outbreak in rural areas. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 31(1-4), 168-172. doi:10.1080/10911359.2020.1783419
- Akseer, N., Kandru, G., Keats, E. C., & Bhutta, Z. A. (2020). COVID-19 pandemic and mitigation strategies: Implications for maternal and child health and nutrition. *American Journal of Clinical Nutrition*, 112(2), 251-256. doi:10.1093/ajcn/nqaa171
- Al-Rasheed, M. (2020). Protective behavior against COVID-19 among the public in Kuwait: An examination of the protection motivation theory, trust in government, and sociodemographic factors. *Social Work in Public Health*, 35(7), 546-556. doi:10.1080/19371918.2020.1806171
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Covid data tracker*. Retrieved from <https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#pregnant-population>
- Center for Medical Genomics. (2022). *Knowing omicron XE variant, spreading and severity*. Retrieved from https://www.khaosod.co.th/covid-19/news_6992054 (in Thai)



- Chailek, C. (2022). *Omicron, what do we know?* Retrieved from <https://thestandard.co/key-messages-omicron-subspecies-ba-2/> (in Thai)
- Clubb, A. C., & Hinkle, J. C. (2015). Protection motivation theory as a theoretical framework for understanding the use of protective measures. *Journal of Criminal Justice Studies*, 28(3), 336-355. doi:10.1080/147860X.2015.1050590
- Dashraath, P., Wong, J. L. J., Lim, M. X. K., Lim, L. M., Li, S., Biswas, A.,...Su, L.L. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic and pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(6), 521-531. doi:10.1016/j.ajog.2020.03.021
- Department of Health. (2021a). *Guideline for Covid-19 vaccination in Thailand 2021*. Retrieved from <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1628849610213.pdf> (in Thai)
- Department of Health. (2021b). *Guideline for Practice, diagnosis, management, and prevention of COVID-19 infection in the hospital*. Retrieved from https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25641103093725AM_update-CPG_COVID_v19.5_n_02211102.pdf (in Thai)
- Department of Health. (2022). *Guideline for Practice, diagnosis, management, and prevention of COVID-19 infection in the hospital*. Retrieved from https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650422162203PM_CPG_COVID-19_n_v.22_20220422.pdf (in Thai)
- Di Toro, F., Gjoka, M., Di Lorenzo, G., De Santo, D., De Seta, F., Maso, G.,...Ricci, G. (2021). *Impact of Covid-19 on maternal and neonatal outcomes: A systematic review and meta-analysis*. *Clinical Microbiology and Infection*, 27(1), 36-46. doi:10.1016/j.cmu.2020.10.007
- Garg, M., Maralakunte, M., Garg, S., Dhooria, S., Sehgal, I., Bhalla, A. S.,...Sandhu, M. S. (2021). The conundrum of Long-COVID-19': A narrative review. *International Journal of General Medicine*, 14, 2491-2509. doi:10.2147/ijgm.S316708
- Golden, T. N., & Simmons, R. A. (2020). Maternal and neonatal response to COVID-19. *American Journal of Physiology Endocrinology and Metabolism*, 319(2), E315-E319. doi:10.1152/ajpendo.00287.2020
- Hayden, J. (2019). *Introduction to health behavior theory* (3rd ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Hui, Y., Bin, H., Sudong, Z., Li-ye, Y., & Guoping, X. (2020). Effects of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection on pregnant women and their infants: A retrospective study in Wuhan, China. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 144(10), 1217-1222. doi:10.5858/arpa.2020-0232-SA
- International Federation of Midwives. (2020). *Global call to action*. Retrieved from <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/05/1call-to-action.pdf>



- Kingsley, J. P., Vijay, P. K., Kumaresan, J., & Sathiakumar, N. (2021). The changing aspects of motherhood in face of the COVID-19 pandemic in low-and middle-income countries. *Maternal & Child Health Journal*, 25(1), 15-21. doi:10.1007/s10995-020-03044-9
- Levis, D. M., Hillard, C. L., Price, S. M., Reed-Gross, E., Bonilla, E., Amin, M.,...Cannon, M. J. (2017). Using theory-based messages to motivate U.S. pregnant women to prevent cytomegalovirus infection: Results from formative research. *British Medical Journal of Women's Health*, 17, 1-11. doi:10.1186/s12905-017-0482-z
- Liu, H., Wang, L. L., Zhao, S. J., Kwak-Kim, J., Mor, G., & Liao, A. H. (2020). Why are pregnant women susceptible to COVID-19?: An immunological viewpoint. *Journal of Reproductive Immunology*, 139, 103-122. doi:10.1016/j.jri.2020.103122
- Maleki Dana, P., Kolahdooz, F., Sadoughi, F., Moazzami, B., Chaichian, S., & Asemi, Z. (2020). COVID-19 and pregnancy: A review of current knowledge. *Le Infezioni in Medicina Journal*, 28(suppl. 1), 46-51.
- Moonchan, P., Kasatpibal, N., & Boonchieng, W. (2021). Web application development for postdischarge surgical site infection surveillance. *Nursing Journal*, 48(2), 37-50. (in Thai)
- Perinatal Society of Thailand. (2021). *Situation of covid-19 among pregnant women*. Retrieved from <https://thaiperinatal.com/news/5-26-26052564> (in Thai)
- Puttnont, W. (2022). *Situation of covid-19 in pregnant women, 6 weeks postpartum, and newborns between 1st April-5th March 2021*. Retrieved from <https://www.thebangkokinsight.com/news/politics-general/covid-19/822983/> (in Thai)
- Ramos Amorim, M. M., Rolland Souza, A. S., De Oliveira Melo, A. S., Magno Delgado, A., Carneiro da Cunha Florencio, A. C. M., Villarim de Oliveira, T.,...Katz, L. (2021). COVID-19 and pregnancy. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, 21, S337-S353. doi:10.1590/1806-9304202100S200002
- Rector, C. (2018). *Community and public health nursing* (9th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.
- 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
- Roger, R. W. (1983). Cognitive and physiological processes in fear appeals and attitude change: A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), *Social psychophysiology* (pp. 153-177). New York, NY: Guilford Press.
- Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists. (2021). *Covid-19 vaccination for pregnant women and breastfed women*. Retrieved from <https://www.thaiperinatal.com/news/category/4-0-0-COVID-19> (in Thai)
- Silverman, R. G. (2022). For COVID long-haulers syndrome: You can't control the virus, but you can control the host. *Chiropractic Economics Journal*, (1), 19-24.



- Subpaiboonkit, P., Aungwattana, S., & Tamdee, D. (2021). Effects of the motivation program on dietary behaviors and blood sugar level among uncontrolled diabetic persons. *Nursing Journal*, 48(4), 80-92. (in Thai)
- Van Kessel, S. A. M., Olde Hartman, T. C., Lucassen, P., & Van Jaarsveld, C. H. M. (2022). Post-acute and long-COVID-19 symptoms in patients with mild diseases: A systematic review. *Family Practice Journal*, 39(1), 159-167. doi:10.1093/fampra/cmab076
- Wachter, R. (2022). An epidemic of long COVID may be the legacy of omicron. *Hospital Employee Health*, 41(3), 1-4.
- Williams, L., Rasmussen, S., Kleczkowski, A., Maharaj, S., & Cairns, N. (2015). Protection motivation theory and social distancing behavior in response to a simulated infectious disease epidemic. *Psychology, Health & Medicine*, 20(7), 832-837. doi:10.1080/13548506.2015.1028946
- World Health Organization. (2022). *WHO coronavirus (COVID-19) dashboard*. Retrieved from <https://covid19.who.int/>
- Zhao, X., Jiang, Y., Zhao, Y., Xi, H., Liu, C., Qu, F., & Feng, X. (2020). Analysis of the susceptibility to COVID-19 in pregnancy and recommendations on potential drug screening. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Disease*, 39(7), 1209-1220. doi:10.1007/s10096-020-03897-6
- Zimmermann, P., & Curtis, N. (2020). Covid-19 in children, pregnancy and neonates: A review of epidemiologic and clinical features. *Pediatric Infectious Disease*, 39(6), 469-477. doi:10.1097/inf.0000000000002700